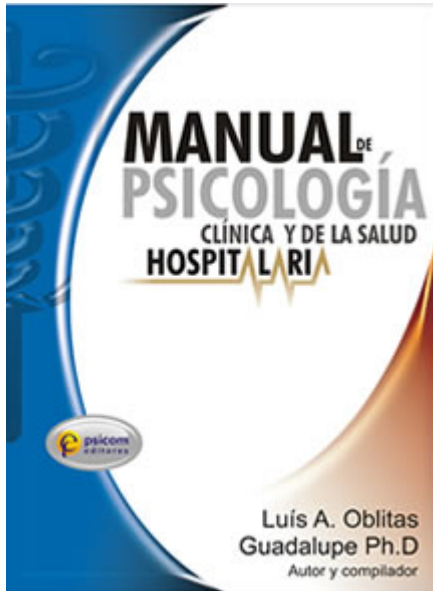


MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD HOSPITALARIA



ISBN: 958-33-6974-8

Luis A. Oblitas Guadalupe Ph.D.
Autor y Compilador

PSICOM Editores

Julio César Salamanca
Editor

Lyria Esperanza Perilla Toro
Revisión Editorial

©PSICOM Editores - Bogotá D.C. Colombia
Cubierta: Taller Creativo PSICOM Editores
Impresión Digital: PSICOM Editores

E-Mail: edicion@psicomeditores.com
www.PsicomEditores.com

Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria

CONTENIDO

I. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1. Elisardo Becoña Iglesias (España) y Luis A. Oblitas Guadalupe (México). Psicología de la Salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas.
2. Jorge A. Grau Abalo y Carmen Regina Victoria García (Cuba). Calidad de vida, salud y psicología de la salud: hechos y reflexiones
3. Mónica Ma. Novoa (Colombia). Pertinencia de las interacciones entre la ciencia médica y la psicología.
4. Zuleima Pérez Orta y María Gabriela Pastori Nahi (Venezuela). De la medicina conductual a la psicología positiva y salud.
5. Maricela Osorio Guzmán, Georgina E. Bazán Riverón y Patricia Paredes Rivera (México). La psicología de la salud infantil.
6. Susan Pick y Martha Givaudan (México). Teoría y estrategia para desarrollar e instrumentar intervenciones para la promoción de la salud.
7. Pablo Vera-Villaruel y Valeria Herrera. (Chile) Intervenciones apoyadas en la evidencia para trastornos emocionales en salud pública.
8. Enrique Barra Almagiá. (Chile) Influencia del estado emocional en la salud física.
9. Esperanza Angola Rossi. (Colombia). Enfoque psicoanalítico y salud.
10. Ricardo García Valdez (México) Aportaciones psicoanalíticas de actualidad al campo de la psicología de la salud.
11. Constanza Londoño Pérez (Colombia). Modelos de prevención aplicados a la conducta de consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes.
12. Adela Fusté-Escolano (España). Comportamiento y salud.

II. SALUD HOSPITALARIA

13. Benjamín Domínguez Trejo, Yolanda Olvera López, Irma Zaldivar Martínez, Consuelo Hernández Troncoso y Rafael Hernández Santos (México). Regulación cognoscitiva y emocional del dolor crónico en la psicología hospitalaria mexicana.

14. Wilfredo Pérez Rodríguez, María Elena Rodríguez La Fuente, Geidy Rodríguez López, Jeannette Vía Ampuero y Leonardo Lucero Niubó (Cuba). Psicología de la salud hospitalaria. 20 años de experiencia.
15. Lourdes Pérez Rosiles y María Luz Márquez Barradas (México). La percepción de calidad en la atención médica en los prestadores y usuarias de un hospital de segundo nivel.
16. Georgina E. Bazán Riverón, Mirna Patricia Paredes Rivera y Maricela Osorio Guzmán (México). Evaluación del miedo ante la muerte y su impacto en la salud de médicos mexicanos.
17. Yamilet Ehrenzweig Sánchez (México). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer.
18. Maricela Osorio Guzmán, Georgina E. Bazán Riverón, Patricia Paredes Rivera y Manuel Osorio Guzmán (México). Influencia del juego en la adherencia terapéutica de niños con leucemia.
19. Yalilis Castellero Amador y Marilín Pérez Lazo de la Vega (Cuba). La comunicación médico-paciente en el marco de las enfermedades médicas.
20. Horacio C. Folador (Chile). Burnout: el trabajo psíquico con equipos de salud.
21. Yalilis Castellero Amador y Marilín Pérez Lazo de la Vega (Cuba). La retroalimentación biológica: una reflexión sobre su uso en la práctica clínica.
22. Marilín Pérez Lazo de la Vega y Yalilis Castellero Amador (Cuba). Tratamiento de la cefalea tensional con biofeedback.

III. ENFERMEDADES CRÓNICAS

23. Mariela Dejo Vásquez y Roberto Llanos Zuloaga (Perú). Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica.
24. Carmen Regina Victoria García-Viniegras y Maritza González Blanco (Cuba). Bienestar psicológico y cáncer de mama.
25. Yalilis Castellero Amador (Cuba). Intervención psicológica en cirugía cardíaca.
26. Ingrid Johana Taymal Ortega, Milena Benítez Restrepo y Lina Paola Cardona Escobar (Colombia). Relación entre las creencias y el nivel de autoeficacia en pacientes adultos con cáncer.
27. Maricela Osorio Guzmán, Georgina Bazán Tiverón y Patricia Paredes Rivera (México). Programa de afrontamiento para pacientes pediátricos con leucemia: la perspectiva de la psicología de la salud infantil.
28. Lilia Mabel Labiano, Claudia Brusasca y Alberto Gargani (Argentina). Control de la presión arterial a través de técnicas de relajación.
29. María Lourdes Tapia y Lilia Mabel Labiano (Argentina). Aspectos emocionales asociados a la hipertensión arterial.

30. Mónica Ma. Novoa Gómez y Karen Wilde Linz (Colombia). El cáncer de próstata localizado, la calidad de vida y el ajuste.

31. Marilín Pérez Lazo de la Vega y Yalilis Castellero. Amador (Cuba). Apoyo social. Su lugar en el proceso salud enfermedad.

IV. CALIDAD DE VIDA

32. Jorge A Gau Aalo, Ivette Barbat Soler, Margarita Chacón Roger, Maria del C. Llantá Abreu y Coralía Massip Pérez (Cuba). Calidad de vida en enfermos de cáncer: problemas y perspectivas.

33. José Ignacio Baile Ayensa (España). Evaluación psicológica de los trastornos de la conducta alimentaria.

34. Juan M. Mancilla y Karina Franco Paredes (México). Factores cognitivo-conductuales en los trastornos de la conducta alimentaria.

35. Alejandra Velázquez Castañeda, José Ignacio Baile Ayensa y Emilio Garrido Landívar (España). Riesgo de sufrir trastorno de conducta alimentaria y su relación con el hábito de comer sola o acompañada.

36. Juan Carlos Sierra (España). La calidad de sueño como factor relevante de la calidad de vida.

37. Hernán Andrés Marín Agudelo y Stefano Vinaccia Alpi (Colombia). Calidad de vida en personas con somnolencia excesiva.

38. Mabel Labiano. Estrategias de mejoramiento de la calidad de vida.

39. Georgina Eugenia Bazán Riverón (México). Confiabilidad y validez de la escala conflictos de estrés laboral.

40. Maria Luisa Lodo-Platone. La noción de "resiliencia" en el asesoramiento.

41. Pablo Alfonso Sanabria Ferrand (Colombia). Personalidad y conducta de riesgo, sus implicaciones en la promoción y prevención.

V. FAMILIA, EDUCACIÓN Y SALUD

42. Irma Aída Torres Fermán, Francisco Javier Beltrán Guzmán, Adela Ayulia Beltrán Torres, Christian Velázquez Ahumada y Francisco Javier García Díaz (México). Actitudes de niños escolares ante un programa de educación para la salud. Su evaluación como factor motivacional y de valoración de la tarea.

43. Poncelis, M, Alvarado, I y Huitrón, B. (México). Evaluación de la permanencia de los padres en un programa de control y seguimiento del niño sano.

44. Irma Rosa Alvarado Guerrero y Erzsebet Marosi Holczberge (México). Educación temprana del recién nacido prematuro.

45. Diana Moreno Rodríguez, Susana Robles Montijo, Beatriz Frías Arroyo y Martha Rodríguez Cervantes (México). Un estudio exploratorio de las variables de riesgo asociadas al uso del condón en una muestra de varones universitarios.

46. Patricia Ortega Silva, Adriana Garrido Garduño y Alejandra Salguero Velásquez (México). Salud, discapacidad y paternidad en México.

47. Patricia Ortega Silva, Adriana Garrido Garduño y Alejandra Salguero Velásquez (México). La vivencia de ser padre de un niño o niña discapacitado.

48. Ma. Refugio Ríos Saldaña, Zilda A.P. Del Prette, Almir Del Prette, Araceli Álvarez Gasca y Laura Ruth Lozano Treviño (México y Brasil). Entrenamiento en habilidades sociales para reducir indicadores depresivos en adolescentes mexicanos.

49. Norma Y. Rodríguez, Leticia Sánchez y Laura E. Torres (México). Bajos índices académicos en educación superior: su relación con autoestima y alteraciones en la salud.

50. Sheilla Rodríguez y José Toro (Puerto Rico). El legado de la violencia intergeneracional en las relaciones de pareja en un grupo de hombres *gay* puertorriqueños.

INDICE

PREFACIO

I. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1. PSICOLOGIA DE LA SALUD: ANTECEDENTES, DESARROLLO, ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS

Antecedentes y desarrollo
Salud y comportamiento
El surgimiento de la psicología de la salud
Áreas relacionadas con la psicología de la salud

Medicina comportamental
Salud comportamental
Medicina psicosomática
Psicología médica
Psicofisiología experimental
Psicología clínica
La sociología médica
Antropología médica

Estado actual y perspectivas
Actividades de los psicólogos de la salud
El futuro de la psicología de la salud
Conclusiones
Referencias

2. CALIDAD DE VIDA, SALUD Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD: HECHOS Y REFLEXIONES

Problemas fundamentales en la investigación de la calidad de vida en el contexto de salud
La medición de la calidad de vida con relación a la salud
La evaluación de la calidad de vida en el proceso salud-enfermedad: proyecciones
Calidad de Vida y Psicología de la Salud: reflexiones finales
Referencias

3. PERTINENCIA DE LAS INTERACCIONES ENTRE LAS CIENCIAS BIOMÉDICAS Y LA PSICOLOGÍA

La etiología de la enfermedad
Definir Salud

La dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad
Referencias

4. DE LA MEDICINA CONDUCTUAL A PSICOLOGÍA POSITIVA Y SALUD

Referencias

5. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD INFANTIL

Psicología de la salud infantil
Antecedentes de la psicología de la salud infantil
Características de la psicología de la salud infantil
Roles del psicólogo de la salud infantil
Tipos de intervención
Modelos de consulta
Líneas de investigación
El modelo biopsicosocial en la psicología de la salud infantil
Los objetivos del Paciente y los objetivos del Medioambiente
Métodos de Evaluación
De los métodos que más se utilizan dentro de este campo son
Estrategias de intervención
Referencias

6. TEORÍA Y ESTRATEGIA PARA DESARROLLAR E INSTRUMENTAR INTERVENCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Introducción
Marco conceptual
Contexto
Persona
Demandas situacionales
Conductas
Etapas en el desarrollo e instrumentación de los programas
Etapa 1: Identificación de las necesidades y definición del problema
Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención
Etapa 3: Piloteo del Programa
Etapa 4: Cabildeo y diseminación
Etapa 5: Aplicación a gran escala
Conclusión
Referencias

7. INTERVENCIONES APOYADAS EN LA EVIDENCIA PARA TRASTORNOS EMOCIONALES EN SALUD PÚBLICA

Trastornos de Ansiedad
Trastornos del Estado de Ánimo
Trastornos Somatomorfos

Tratamientos apoyados en la evidencia para trastornos emocionales
Comentarios Finales
Referencias

8. INFLUENCIA DEL ESTADO EMOCIONAL EN LA SALUD FISICA

Estado Emocional y Funcionamiento Fisiológico
Estado Emocional y reporte de síntomas físicos
Estado Emocional y búsqueda de Atención Médica
Estado Emocional y conductas relevantes para la salud
Estado Emocional y relación entre Apoyo Social y Salud
Revelación Emocional y Salud
Referencias

9. ENFOQUE PSICOANALÍTICO Y SALUD

10. APORTACIONES PSICOANALÍTICAS DE ACTUALIDAD AL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Referencias

11. MODELOS DE PREVENCIÓN APLICADOS A LA CONDUCTA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes
Prevención
 Prevención Primaria
 Prevención Secundaria
 Prevención Terciaria
Dimensión Psicológica de la Prevención
Modelos de Prevención
 Modelo Tradicional o Racional Informativo
 Modelo de Influencias Sociales
 Modelo de Habilidades Generales
 Modelos de Etapas
 Modelo Transteórico de Prochaska (MTT)
 Modelos Cognitivo-Sociales
 Modelo de Creencias en Salud (MCS)
 Modelo de Locus de Control (MLC)
 Modelo de Autoeficacia (MA)
Validez empírica de los Modelos
Dimensión Psicológica de la Prevención del Consumo de Alcohol
 Dimensión Biológica
 Dimensión Psicológica del Consumo
Referencias

12. COMPORTAMIENTO Y SALUD

Introducción
Comportamiento, estilos de vida y salud

- El estrés. Conceptualización
- Activación fisiológica en el estrés
- Estilos de vida. Definición
- Modelos de relación entre personalidad y salud
 - Personalidad como inductora de hiperactividad
 - Modelo de la predisposición constitucional
- La psiconeuroinmunología como disciplina integradora
 - Una historia reciente
 - Conceptualización del sistema inmunológico. Generalidades
- Tipos de respuesta inmune
 - Regulación genética de la respuesta inmune
 - Sistemas psicofisiológicos implicados en el complejo psiconeuroinmunológico
 - Relación entre el Sistema Neuroendocrino y la respuesta inmune
 - Relación entre el Sistema Neuroendocrino, Sistema Nervioso, variables de personalidad y respuesta inmune
- Personalidad y respuesta inmune: evidencia empírica
 - Personalidad y afecciones virales
 - Personalidad y diferencias individuales en parámetros del sistema inmune
 - Personalidad y diferencias individuales en respuesta inmune específica
- Las relaciones entre comportamiento y salud desde una perspectiva psiconeuroinmunológica
 - Comportamiento y cáncer. La personalidad tipo C-
- Referencias

II. SALUD HOSPITALARIA

13. REGULACION COGNOSCITIVA Y EMOCIONAL DEL DOLOR CRONICO EN LA PSICOLOGIA HOSPITALARIA MEXICANA

- Algunos roles y responsabilidades de los psicólogos en la práctica hospitalaria
- Estados Emocionales y Salud Física
- Atención y modulación del dolor
- Retroalimentación Biológica
- Detección de señales y procesamiento en la EMGs
- Valoración del paciente
- Tratamiento
- Limitaciones
- Casos Clínicos
- Objetivo General
- Método
- Procedimiento
- Categorías de Análisis
- Resultados
- Conclusiones
- Referencias

14. PSICOLOGÍA DE LA SALUD HOSPITALARIA 20 AÑOS DE EXPERIENCIA

La atención psicológica a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en el

"Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras"
¿qué son las clínicas psico educativas?
Etapas de la intervención en la cesación tabaouica
Objetivos generales
Objetivos específicos
Método empleado
Procedimientos terapeuticos
Criterios de inclusion en el grupo
Criterios de exclusion
Recursos humanos necesarios
Recursos materiales
La inserción del psicólogo en los grupos multidisciplinarios
Intervención psicológica en el transplante de órganos: puntos críticos de un programa
Paradigmas interventivos del psicólogo en el equipo de trasplantología cardiovascular
Atención psicológica en unidades de cuidados al paciente grave
Atención psicológica al paciente
Diagnóstico psicológico
Tratamiento
Atención psicológica al acompañante y familiares
Principales misiones asistenciales del servicio de psicología del Hospital Hermanos Ameijeiras
Referencias

15. LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN LOS PRESTADORES Y USUARIAS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Introducción
Método
Instrumentos
Procedimiento
Resultados
Características psicosociales de las usuarias
Características psicosociales del personal de salud
Significado de calidad de la atención médica para el personal de salud
Significado de la calidad de la atención médica para las usuarias
Conclusiones y Discusión
Referencias
Anexos
Graficas

16. EVALUACIÓN DEL MIEDO ANTE LA MUERTE Y SU IMPACTO EN LA SALUD DE MÉDICOS MEXICANOS

Método
Instrumentos
Diseño
Resultados

Conclusiones
Referencias

17. MODELOS DE COGNICIÓN SOCIAL Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON CÁNCER

Introducción
Epidemiología del cáncer
Cáncer
Respuesta psicológica ante la enfermedad
Adherencia
Creencias en salud
Modelos de Cognición Social
El Modelo de Creencias en Salud (MCS)
Auto eficacia y Conductas de Salud
Valor asignado a la salud
Planteamiento del problema
Resultados
 Adherencia
 Modelo de Creencias en Salud
 Modelo del Valor Asignado a la Salud
 Modelo de Autoeficacia Generalizada
Discusión
Referencias

18. INFLUENCIA DEL JUEGO EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE NIÑOS CON LEUCEMIA

Introducción
Método
Resultados
Discusión y Conclusiones
Referencias

19. LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL MARCO DE LAS ENFERMEDADES MÉDICAS

La comunicación: un elemento siempre presente
La información no es un problema nuevo
El Paciente: modelos tradicionales acerca de la información
El médico: el temor a ofrecer la información
¿Cómo y cuánto comunicar?
Si la noticia que le va a ofrecer es negativa
A modo de conclusión
Referencias

20. BURN OUT: EL TRABAJO PSÍQUICO CON EQUIPOS DE SALUD

Acerca del burn out y la "autoayuda"
¿El trabajo enferma?
Producción y reproducción institucional
Sobre la naturaleza del grupo de trabajo
El grupo institucionalizado y su conflicto
Normativas institucionales y ejercicio del poder
Intervención en los equipos de trabajo. El grupo de esclarecimiento
Trabajando con equipos de salud
Notas
Referencias

21. LA RETROALIMENTACION BIOLÓGICA UNA REFLEXION SOBRE SU USO EN LA PRÁCTICA CLINICA

Introducción
¿Qué es la biorretroalimentación?
Un poco de historia
Aplicaciones de la biorretroalimentación
Consideraciones finales: Implicaciones para la Psicología
Referencias

22. TRATAMIENTO DE LA CEFALEA TENSIONAL CON BIOFEEDBACK

Introducción
Objetivos
Material y Método
Procedimientos
Análisis y discusión de los resultados
Conclusiones
Recomendaciones
Referencias

III. ENFERMEDADES CRÓNICAS

23. SENTIDO DE COHERENCIA, AFRONTAMIENTO Y SOBRECARGA EN CUIDADORES FAMILIARES DE ANCIANOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Método
Resultados
Discusión
Referencias

24. BIENESTAR PSICOLÓGICO Y CÁNCER DE MAMA

Introducción
Bienestar Psicológico y cáncer de mama
Referencias

25. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CIRUGÍA CARDIACA

- Fundamentos Epidemiológicos
- Necesidad de la Intervención Psicológica
- La Intervención Psicológica. Resultados
- Metodología de Trabajo
- La evaluación psicológica
- Nueva propuesta terapéutica
- Estructuración por sesiones
- Sesion No.1
 - Contenidos
 - Secuencia de actividades
- Sesion No.2
 - Contenidos
 - Secuencia de actividades
- Sesion No.3
 - Contenidos
 - Secuencia de actividades
- Consideraciones finales
- Referencias

26. RELACION ENTRE LAS CREENCIAS Y EL NIVEL DE AUTOEFICACIA EN PACIENTES ADULTOS CON CANCER

- Introducción
- Método
- Resultados
- Creencias sobre Enfermedad y Tratamiento
- Auto-Eficacia
- Correlación entre Auto-eficacia y Creencias
- Discusión
- Conclusiones
- Referencias

27. PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO PARA PACIENTES PEDIATRICOS CON LEUCEMIA LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD INFANTIL

- Afrontamiento
- Afrontamiento infantil
- Programa para pacientes pediátricos con leucemia
- Leucemia Linfoblástica Aguda
- Tratamiento
- Cirugía
- Radioterapia
- La Quimioterapia
- Inmunoterapia
- Transplante de Médula Ósea
- Problemas físicos derivados del tratamiento del cáncer
 - Anemia

Sangrado debido a la Trombositopenia
Constipación, Estreñimiento
Diarrea
Dificultad para tragar
Sequedad en la boca
Fatiga
Pérdida de cabello
Infecciones
Pérdida de apetito
Náusea y vómito
Dolor
Alteraciones del Gusto
Efectos colaterales

Proyecto

Método

Metodología

Ambiente

Análisis de resultados

Datos aportados en la Primera Entrevista por los papas

Evaluación General de los sujetos

Análisis de casos

Tratamiento

Postevaluación

Sujeto 5

Tratamiento

Conclusiones

Referencias

28. CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL A TRAVÉS DE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Introducción

Método

Análisis de los resultados

Conclusiones

Referencias

29. ASPECTOS EMOCIONALES ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Introducción

Enojo o cólera

Depresión y Ansiedad

Estrés

Sentido del humor y otras emociones positivas

Conclusiones

Referencias

30. EL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO, LA CALIDAD DE VIDA Y EL AJUSTE MARITAL

En la función sexual
En la función urinaria
En la función intestinal
La calidad de Vida
Conclusiones
Referencias

31. APOYO SOCIAL. SU LUGAR EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

Introducción
Desarrollo
Diferentes conceptualizaciones del apoyo social
Funciones de los sistemas de apoyo social
Apoyo Social y Salud Humana
Conclusiones
Referencias

32. MASTECTOMÍA, AFRONTAMIENTOS Y AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL

Introducción
Objetivos
Control semántico
Material y métodos
Definición operacional
Instrumentos
Procedimientos
Estadística
Resultados
Discusión de los resultados
Conclusiones
Referencias
Anexos

IV. CALIDAD DE VIDA

33. CALIDAD DE VIDA EN ENFERMOS DE CÁNCER: PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS

La evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer
La evaluación de la calidad de vida en pacientes terminales
Proyecciones en los estudios de calidad de vida y su repercusión en Oncología
Consideraciones finales
Referencias

34. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Introducción
Los Trastornos de la Conducta Alimentaria
Técnicas para la Evaluación Psicológica
 Técnicas de screening
 Evaluación de la psicopatología asociada
 Evaluación de Imagen Corporal
 Evaluación de otros aspectos
Resumen
Referencias

34. FACTORES COGNITIVO-CONDUCTUALES EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Introducción
Factores socioculturales
Factores familiares
Factores biológicos
Factores cognitivo-conductuales
Conclusión
Referencias

35. RIESGO DE SUFRIR TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL HÁBITO DE COMER SOLA O COMPAÑADA

Introducción
Material y Métodos
Resultados
Discusión
Referencias
Anexos

36. LA CALIDAD DE SUEÑO COMO FACTOR RELEVANTE DE LA CALIDAD DE VIDA

Introducción
Perspectiva comportamental del sueño
Factores determinantes de la calidad del sueño
 Tiempo circadiano
 Factores intrínsecos
 Conductas facilitadoras e inhibidoras del sueño
 Factores ambientales
Autoinformes para evaluar la calidad del sueño
Conclusiones
Referencias

37. CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON SOMNOLENCIA EXCESIVA

Introducción
Calidad de Vida y Sueño

Descripción del problema de somnolencia excesiva diurna
Somnolencia excesiva y calidad de vida
Deprivación de sueño, somnolencia excesiva y calidad de vida
Factores de riesgo o alteraciones diurnas que causa la somnolencia excesiva diurna
Métodos de intervención en medicina conductual del sueño de la somnolencia
excesiva,
 en personas con déficit de sueño acumulado
Poblaciones criterio más afectadas por el problema de somnolencia excesiva diurna
Conclusiones
Referencias

38. ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA

Fundamentos teóricos
Dimensión física
 Ejercicio físico
 Respiración
 Respiración diafragmática o profunda (RD)
Procedimiento (Schwartz, 1987)
Aplicaciones de la RD
 Calidad ambiental y contacto con la naturaleza.
Dimensión subjetiva cognitivo - emocional
 Identificación de pensamientos automáticos
 Importancia del lenguaje y de la escritura
 Pensamientos irracionales
 Tipos de pensamientos irracionales
Relajación
 Relajación muscular progresiva
 Aplicación del procedimiento
 Relajación diferencial
 Entrenamiento Autógeno (EA)
 Efectividad del EA
Procedimiento
 Meditación
 La respiración sirve siempre como apoyo central en las prácticas meditativas
Recomendaciones para la práctica: Elija un momento en el que no tenga que realizar
otra tarea
Ejercicio de respuesta de relajación (M concentrativa)
Siguiendo a Davis, et al. (1985) se presenta a continuación un ejercicio de M abierta
 Visualización
 Imaginería o visualización receptiva
 Imaginaría y cambio conductual
 Humor – Risa
Dimensión social
 Asertividad
 Ensayo de conducta
Referencias
Anexos

39. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ESCALA CONFLICTOS DE ESTRÉS LABORAL

- Método
- Análisis de Resultados
- Resultados
- Conclusiones
- Referencias

40. LA NOCIÓN DE "RESILIENCIA" EN EL ASESORAMIENTO

- La noción de resiliencia
- Precursores de la noción de resiliencia
- Cuáles son las características de la resiliencia
- Reflexiones en torno de la resiliencia en la familia
- Qué cambios importantes han experimentado los núcleos familiares en nuestra sociedad
- Una aproximación al estudio de los contextos sociales
- Los procesos de cambio y la resiliencia
- Premisas centradas en el individuo
- Premisas del enfoque eco-sistémico
- Influencia de las nociones teóricas en el asesoramiento
- La visión optimista en los programas de asesoramiento
- ¿Cuáles son los métodos que parecen dar más resultados para construir la resiliencia?
- A manera de síntesis: Aportes y reflexiones
- Referencias

41. PERSONALIDAD Y CONDUCTA DE RIESGO, SUS IMPLICACIONES EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- Referencias

42. PERSONALIDAD ADOLESCENTE Y RESILIENCIA

- Introducción
- Marco teórico
- Concepto de resiliencia
- Las fuentes de la resiliencia
- Los pilares de la resiliencia
- Escuela y resiliencia
- Hipótesis
- Método
- Instrumentos
- Procedimiento
- Resultados
- Análisis de los resultados
- Conclusiones
- Referencias

V. FAMILIA, EDUCACIÓN Y SALUD

42. ACTITUDES DE NIÑOS ESCOLARES ANTE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD. SU EVALUACIÓN COMO FACTOR MOTIVACIONAL Y DE VALORACIÓN DE LA TAREA

Introducción

La educación para la salud como estrategia para la subsistencia humana

El contexto o marco del estudio

La problemática de estudio

Métodología

Estrategias de recolección de datos

Escenarios e informantes

Sujetos y contextos investigados

Tiempo y extensión del estudio

Resultados de la evaluación de actitudes de los niños sometidos al programa Manual de higiene para niños escolares

Referencias

43. EVALUACIÓN DE LA PERMANENCIA DE LOS PADRES EN UN PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO SANO

Método

Resultados

Discusión

Referencias

44. EDUCACIÓN TEMPRANA DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Introducción

Características del neonato prematuro

Los padres del bebé prematuro

Programas de intervención

Consideraciones generales

Área socio- emocional

Área Motriz

Lenguaje

Tacto

Visión

Audición

Olfato

Conclusiones

Referencias

45. UN ESTUDIO EXPLORATORIO DE LAS VARIABLES DE RIESGO ASOCIADAS AL USO DEL CONDÓN EN UNA MUESTRA DE VARONES UNIVERSITARIOS

Método
Resultados y Discusión
Referencias

46. SALUD, DISCAPACIDAD Y PATERNIDAD EN MÉXICO

La paternidad en un grupo de varones
Conclusiones y Discusión
Referencias

47. LA VIVENCIA DE SER PADRE DE UN NIÑO O NIÑA CON DISCAPACIDAD

La paternidad en un grupo de varones
Conclusiones
Referencias

48. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA REDUCIR INDICADORES DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES MEXICANOS

Introducción
Método
Resultados
Análisis y Discusión
Referencias

49. BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO EN EDUCACIÓN SUPERIOR: SU RELACIÓN CON AUTOESTIMA Y ALTERACIONES EN LA SALUD

Método
Resultados
Discusión
Referencias

50. COMO EN TU CASA: EL LEGADO DE LA VIOLENCIA INTERGENERACIONAL EN LAS RELACIONES DE PAREJA EN UN GRUPO DE HOMBRES GAY PUERTORRIQUEÑOS

Violencia en la Pareja: Una Mirada a la Transmisión Intergeneracional
Método e Instrumentos
Resultados
Discusión
Referencias

PREFACIO

Dedicatoria:

*Para Reynaldo Alarcón (Perú),
Rubén Ardila (Colombia)
y Rogelio Díaz-Guerrero (México),
con admiración y agradecimiento para la Dra. Angie Oblitas*

Después de impartir varios seminarios sobre Psicología de la salud en universidades de varios estados de México (Puebla, Estado de México, Hidalgo, Tamaulipas, Baja California y Aguascalientes), durante el 2003 y el primer semestre del 2004, incluyendo universidades de la ciudad de México; y en especial dos seminarios profesionales sobre el tema a un grupo de psicólogos de carrera de la FEZ Iztacala (UNAM): "Psicología de la salud" (2003) y "Psicología de la salud y enfermedades crónicas terminales", me surgió la inquietud editorial de coordinar una obra que reuniera trabajos de destacados psicólogos e investigadores de Iberoamérica que reflejara el avance que esta área de la psicología está teniendo en la actualidad.

Otro dos antecedentes relevantes a la presente publicación son definitivamente la amplia aceptación que tuvieron las dos obras que había coordinado anteriormente; "Psicología de la salud" (Plaza y Valdez, 2001) y "Psicología de la salud y calidad de vida" (Thomson, 2003), así como mi participación en el "3er. Congreso Latinoamericano de Psicología de la salud" (Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, ALAPSA, Cartagena, Colombia, septiembre, 2003) y en el "VII Congreso PSICOCIMEQ" (Centro de Intervenciones Médico Quirúrgicas, La Habana, Cuba, mayo, 2004), eventos científicos que me motivaron aún más por la edición de un libro que tuviera que ver con los avances de la psicología de la salud en Iberoamérica.

Otro factor externo es la gran cantidad de programas de posgrado que existe actualmente en varias universidades de México y del extranjero, así como el Interés sobre la Psicología de la salud que se percibe en los congresos nacionales e internacionales, el cual es impresionante.

La obra reúne 51 (EN EL CONTENIDO HAY 50) contribuciones de reconocidos psicólogos de Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, España, Chile, México, Perú, Puerto Rico, y Venezuela, y abarca temas como

la psicología de la salud, promoción de la salud, instrumentos, prevención, trastornos cardiovasculares, cáncer, SIDA, diabetes, transplantes, burnout, calidad de vida, dolor crónico, medicina conductual, psicología de la salud infantil, y un gran etcétera.

Deseo agradecer ampliamente a **PsicologíaCientífica.Com** y **PSICOM Editores** por el interés en publicar la obra, así como el compromiso de promover la obra en todo Hispanoamérica el primer título como tal que surge de América Latina, el cual tiene el objetivo ambicioso de convertirse en la obra más consultada sobre el tema, ya que cada seis meses se le agregarán contribuciones importantes a cargo de prestigiados especialistas.

Luis A. Oblitas

Director

Verano 2004, Ciudad de México

I. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

PSICOLOGÍA DE LA SALUD: ANTECEDENTES, DESARROLLO, ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS

[Elisardo Becoña Iglesias](#)

Facultad de Psicología
Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología
Universidad de Santiago de Compostela

España

[Luis A. Oblitas Guadalupe](#)

Universidad del Valle de México, Campus Tlalpan,

D.F. - México

Antecedentes y desarrollo

La preocupación por la salud y la enfermedad ha sido una constante para el hombre, pues son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia.

En las primeras sociedades la enfermedad se debía a que los demonios u otras fuerzas espirituales tomaban posesión y controlaban a la persona. La recuperación requería que los espíritus malignos fueran exorcizados del cuerpo afligido. Los griegos estuvieron entre los primeros en comprender la enfermedad como fenómeno natural. El ejemplo paradigmático de esta medicina es la teoría hipocrática de los humores: la enfermedad surgía como consecuencia de un desequilibrio entre los humores que circulaban por el cuerpo. La recuperación conllevaba el buscar el equilibrio de los mismos.

Durante la Edad Media la comprensión de la enfermedad se sustentó en términos espirituales. La violación de las leyes divinas desembocaba en enfermedad. En el Renacimiento se retoman las explicaciones naturales de la enfermedad.

El estudio de las matemáticas, química y física, la invención del microscopio, los trabajos de Morgagni en autopsia, los de Virchow en patología y los de Pasteur en bacteriología, preparan el camino para los avances médicos, siendo los cimientos de la medicina moderna (Laín, 1978). La salud de los individuos mejorará cuantitativa y cualitativamente con el desarrollo de la teoría del germen en el siglo XIX, así como con los avances en la inmunología, salud pública, patología y técnicas quirúrgicas. Las tasas de mortalidad declinaron sensiblemente en enfermedades tan conocidas como el cólera, la fiebre tifoidea, la escarlatina, etcétera.

A lo largo del presente siglo, los avances en la medicina han sido si cabe todavía más decisivos con el desarrollo de fármacos (por ejemplo, la penicilina), vacunas y los avances espectaculares en las técnicas quirúrgicas y en la tecnología médica. La importancia dada a la salud física ha ido en aumento, sobre todo a partir de los años cincuenta.

Tradicionalmente los médicos han tenido la exclusiva en este campo, entendiendo la salud como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales (accidentes, infecciones...) (Oblitas y Becoña, 2001; Oblitas, 2003; Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990), utilizando la cirugía y la farmacología como armas para cumplir dicho objetivo. Sin embargo, en las últimas décadas ha habido un giro en el modelo de salud: se considera a la salud como algo que hay que desarrollar y no como algo a conservar. Tanto la cirugía como la farmacología son métodos ineficaces para encarar el reto (labores de tipo preventivo) que conlleva la nueva concepción de salud.

Cuando las personas se refieren a la salud, generalmente piensan sólo en los aspectos físicos, raramente en los aspectos psicológicos y conductuales asociados también a la misma. Hoy también debemos considerar sus aspectos económicos. Por ejemplo, en 1991 los americanos gastaron más de 738 billones de dolares en cuidados de salud y en España, en 1990, 2,3 billones de pesetas.

Definir la salud es difícil. Callaham (1977) decía que "como la mayor parte de los conceptos generales como paz, justicia y libertad, el de la salud presenta enormes dificultades en cuanto a su definición" (p. 25-26). Una de las definiciones de salud más extendida en nuestra sociedad es que "la salud es la ausencia de enfermedad". En 1974, la *Organización Mundial de la Salud* (O.M.S.) propone una definición de salud en la que se contemplan tres dimensiones: "la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades" (O.M.S., 1974). El problema de dicha definición radica en explicar qué es el bienestar de un individuo (Breslow, 1972; Fernández-Ballesteros y Carrobbles, 1988; Santacreu, 1991; Seeman, 1989; Oblitas, 2004).

Pronto, los psicólogos, una vez que comenzaron a realizar intervenciones clínicas, a partir de la Segunda Guerra Mundial, y conforme se iba consolidando el campo de la psicología clínica y de la salud mental, se percataron de que en ocasiones los problemas "mentales" tenían concomitantes de tipo físico. Así mismo, la medicina iba paulatinamente asumiendo esta idea, favoreciéndose con el tiempo el que se superase en parte la dicotomía físico-mental o mente-cuerpo planteada por Descartes (Gatchel, Baum y Krantz, 1989). La aparición de las técnicas de modificación de conducta y todo un movimiento psicológico a partir de la misma (Kazdin, 1978) permitieron en unos años este cambio y esta asunción que desembocaría en la aparición de la medicina comportamental y de la psicología de la salud.

Hay factores que contribuyeron al interés por una aproximación teórica y clínica más comprensiva que el tradicional modelo médico de enfermedad. Bishop (1994), en concreto, cita tres importantes hechos: 1) el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas; 2) el coste elevado de los cuidados de salud; y, 3) un mayor énfasis en la calidad de vida.

Cierto tipo de problemas, en concreto las enfermedades crónicas, debidas a causas múltiples (factores psicológicos, sociales, culturales y medioambientales), requieren un manejo diferente al de los estados mórbidos agudos, cuya principal característica es la de ser producidas por agentes patógenos específicos. El modelo biomédico presenta numerosas lagunas en cuanto a la conceptualización de los

estados crónicos. Este modelo asume que la enfermedad puede ser explicada en términos de variables biológicas mensurables; la conducta social no tiene cabida en el mismo o, en su extremo, que las anormalidades conductuales se reduzcan a procesos somáticos, biomédicos o neurofisiológicos.

La filosofía inherente al modelo médico, implica un reduccionismo (todos los fenómenos biológicos son reducibles a procesos bioquímicos básicos) y el mantenimiento del dualismo mente-cuerpo: los procesos somáticos y psicológicos se excluyen mutuamente y el cuerpo y la mente son dos entidades separadas (Friedman y DiMateo, 1989).

Muchos teóricos han apoyado la idea de que es necesario un nuevo modelo si se quiere progresar en la comprensión y control de la enfermedad (Brody, 1973; Engel, 1977; Jasnoski y Schwartz, 1985). Así, Engel (1977) planteó un modelo alternativo al biomédico, el modelo biopsicosocial, y apoyó su alternativa en argumentos sólidos, aunque no describió con detalle el mismo. Hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento: "El modelo médico debe tener en cuenta el paciente, el contexto social en el que vive, y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto es, el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud" (p. 132).

Salud y comportamiento

En la actualidad, existe multitud de evidencia de que nuestra salud está profundamente influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales. Nuestra conducta (hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, etcétera) tiene un efecto inmenso en nuestra salud (Matarazzo, Weiss, Herd, Miller y Weiss, 1984; Oblitas y Becoña, 2001; Oblitas, 2003, 2004 y 2004^a).

Por ejemplo, un hábito como el de fumar es el responsable de un 12% a un 15% de las muertes de los países avanzados, un 30% de todos los cánceres, junto con una importante morbilidad (*Center for Disease Control*, 1991; Peto y López, 1994; U.S.D.H.H.S., 1989). Esto significa cifras de muertes tan elevadas como más de 400.000 muertos anuales por el tabaco en Estados Unidos o 44.000 en España y 14.000 en México (Becoña, 1994a).

Los estados psicológicos influyen en nuestra salud. Nuestros sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico. Sentimientos de ser amados y apoyado por otros pueden ayudarnos a tratar con situaciones estresantes (Wallston, Alagna, DeVellis y DeVellis, 1983). Diversas intervenciones pueden reducir el dolor y sufrimiento experimentado tras una operación y acelerar el proceso de curación (Jonhson, 1984).

El estado psicológico con más claros efectos negativos en nuestra salud es el estrés, habiéndose asociado a una gran variedad de efectos negativos sobre la salud, extendiéndose desde la enfermedad cardíaca coronaria al cáncer y supresión del sistema autoinmune (Jemmott y Locke, 1984; Field, McCabe y Schneiderman, 1985; Labrador, 1992).

La esperanza de vida ha aumentado de modo dramático. Mientras que en Estados Unidos era de 46 años para los hombres y 48 para las mujeres en 1900 en la actualidad es de 71 años para los hombres y 78 para las mujeres (*National Center for Health Statistics*, 1989); esto es, casi el doble. Este incremento de la

expectativa de vida ha sido posible gracias a las mejoras en la salud pública y a los cuidados médicos, básicamente gracias a la reducción en la mortalidad infantil y en la reducción de las enfermedades infecciosas (gripe, rubeola, polio...) a través de programas inmunitarios (Lancaster, 1990; Matarazzo, 1984a).

Todo esto ha producido, en contrapartida, un cambio en los patrones de mortalidad en este siglo en las sociedades avanzadas: las enfermedades crónicas (por ejemplo, cáncer, enfermedad coronaria) han sustituido a las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte, junto con accidentes debidos a comportamientos inadecuados (por ejemplo, muertes en accidentes de tráfico).

Por ello hoy podemos hablar de patógenos conductuales y de inmunógenos conductuales. Los *patógenos conductuales* son aquellas conductas que hacen a uno más susceptible a la enfermedad (Matarazzo, 1984a, 1984b). Por ejemplo, fumar, beber alcohol, etcétera, principales causas de muerte y factores de riesgo asociados. Los *inmunógenos conductuales* son aquellas conductas que reducen el riesgo del sujeto a la enfermedad (Matarazzo, 1984b).

Uno de los mejores ejemplos de inmunógenos conductuales nos lo proporciona un amplio estudio realizado en Estados Unidos (E.U.), con una muestra de 7000 personas seguidas a lo largo de nueve años y medio donde se encontró una asociación muy estrecha entre la longevidad y siete conductas de salud a los cinco años y medio (Belloc y Breslow, 1972; Belloc, 1973) y a los nueve años y medio (Breslow y Enstrom, 1980): 1) dormir de 7 a 8 horas; 2) desayunar casi todos los días; 3) tres comidas al día, sin picar entre ellas; 4) mantener el peso corporal dentro de los límites normales; 5) practicar ejercicio físico regularmente; 6) uso moderado del alcohol o no beberlo; y, 7) no fumar.

Las acciones de toda una colectividad, la sociedad, también influyen sobre nuestra salud. En nuestro entorno podemos encontrarnos con 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 encierran un potencial para matar, hacer daño y enfermar a los individuos. Por tanto, ejercen influencias significativas sobre la salud en comunidades enteras.

Todo lo anterior ha desembocado en una idea hoy bien asumida de la necesidad de hacer prevención (prevención primaria) (Caplan, 1964), la cual consiste en adoptar medidas para prevenir la enfermedad en 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) (Becoña, 1994a, 1994b; Oblitas, 1989), y 2) prevenir los hábitos inadecuados desarrollando en primer lugar hábitos positivos y animando a la gente adoptar los mismos (por ejemplo, programas de prevención de fumar entre los adolescentes) (Becoña, Palomares y García, 1994).

Las conductas de salud son conductas en las que toma parte un individuo, cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad (Kasl y Cobb, 1966). Estas 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 en reducir los patógenos conductuales y practicar las conductas que actúan como inmunógenos conductuales. Las conductas de salud no ocurren en un vacío. Para comprender tales conductas uno debe comprender los contextos en que ocurren. Este contexto comprende una constelación de factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales, que incluyen aspectos

como política pública, ambiente físico y social, prácticas institucionales e influencias interpersonales (Winett, King y Atman, 1989).

El surgimiento de la psicología de la salud

Los psicólogos se han interesado en cuestiones de salud desde los primeros años de nuestro siglo (Rodin y Stone, 1987; Stone, 1977). Algunos psicólogos (Stanley Hall en 1904 o William James en 1922) abordaron cuestiones de salud en sus escritos. No obstante, el interés profesional e investigador en esta área creció relativamente poco hasta los años setenta, aunque en la década de los 60 se comenzó a plantear la necesidad de intervenir en los servicios de salud (Schofield, 1969).

Hasta finales de la década de los setenta, no hubo un movimiento dentro de la psicología al que se le pudiese denominar psicología de la salud (Matarazzo, 1980; Stone, 1979). Un número de disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etcétera), con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, se reunió en 1978 para formar la división de la psicología de la salud de la *American Psychological Association* (APA), naciendo así formal, institucional y profesionalmente la psicología de la salud.

Desde su aparición formal hasta la actualidad, el crecimiento de la psicología de la salud ha sido asombroso (Adler y Matthews, 1994; Taylor, 1987). Hay varios hitos en este campo que van a marcar el futuro de la disciplina recién creada. En 1979 sale a la luz el primer libro sobre esta temática (Stone, Cohen y Adler, 1979) titulado *Health Psychology*. En 1982 se publica la primera revista dedicada solamente a este tema, la *Health Psychology*. En 1983 se lleva a cabo una conferencia nacional sobre la educación y el entrenamiento de los psicólogos de la salud (Stone, 1983).

¿Por qué emerge la psicología de la salud como tal y en ese momento? Diversos factores de orden científico y relativos al cuidado de la salud han contribuido al nacimiento de la psicología de la salud (Matarazzo, 1980, 1982; Miller, 1983; Oblitas y Becoña, 2001; Oblitas, 2003, 2004 y 2004^a).

En primer lugar, por el cambio en la concepción de los términos de salud y tener buena salud. Recuérdese que tradicionalmente la salud ha sido conceptualizada como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, más recientemente el concepto de salud ha sido redefinido en términos más positivos como un completo estado de bienestar físico, mental y social (Stone, 1979). Este cambio conceptual conlleva una visión holística de la salud que incorpora los aspectos psicológicos.

En segundo lugar, paralelo al cambio de esta definición ha sido el cuestionamiento del modelo biomédico, modelo dominante en medicina. Téngase presente que en dicho modelo, basado en el reduccionismo y en el dualismo mente-cuerpo, se ha asentado la medicina moderna (Engel, 1977). Este modelo se focaliza en los aspectos físicos de la salud y la enfermedad e ignora los factores psicológicos y sociales.

No cabe duda de que el modelo médico ha generado una investigación, una práctica médica y un desarrollo de nuevas tecnologías, que han sido muy eficaces en la erradicación de las enfermedades mortales en el pasado. No obstante, y si cabe todavía más en la actualidad, el modelo médico por sí mismo ha desempeñado un pobre papel a la hora de justificar muchos fenómenos de la salud y la enfermedad. Además, distintos estudiosos han comenzado a abogar por un modelo nuevo, que no adopte una postura reduccionista y dualista de salud, que incorpore factores psicológicos y sociales a la comprensión y tratamiento de la enfermedad (Engel,

1977; Knowles, 1977; Lipowski, 1977; Oblitas y Becoña, 2001; Oblitas, 2003, 2004 y 2004^a).

En tercer lugar, el cambio en los patrones de enfermedad. Antes de los avances espectaculares de la medicina en el siglo XX, la gran parte de las enfermedades mortales eran de tipo agudo o infeccioso (neumonía, gripe, tuberculosis, difteria...) (*U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979*). El descubrimiento de fármacos efectivos, tales como antibióticos y vacunas, y la mejora de la tecnología médica contribuyó a erradicar el número de víctimas inherentes a estas enfermedades. La reducción en la incidencia de dichas enfermedades y el incremento en la longevidad ha dejado paso a las enfermedades crónicas. Quiere ello decir que la mayoría de estas enfermedades están relacionadas con nuestra conducta y son prevenibles.

Nacemos con buena salud y enfermamos como resultado de una conducta y unas condiciones ambientales inadecuadas, como afirma Knowles (1977). Fruto de ello, los factores psicológicos han pasado a un primer plano, ya que los principales problemas de salud de nuestro tiempo están estrechamente relacionados con nuestra conducta.

En cuarto lugar, cuestiones de índole económica han jugado un papel determinante en la consideración de los factores psicológicos y conductuales en la salud. Los costos por cuidados de salud se han disparado. Por ejemplo, en E.U., en la actualidad, se destina para dichos cuidados el 12% del PIB (Producto Nacional Bruto) y en España el 7% en 1990. Para el año 2000 los norteamericanos calculan invertir un 14% (Carmody y Matarazzo, 1991). Sin embargo, aunque los costos se han incrementado exageradamente, los norteamericanos no han experimentado una mejora de salud proporcional a los mismos (Knowles, 1977; Weiss, 1982).

Además, una cantidad importante de los costos del cuidado de salud van destinados a reparar daños causados por hábitos y estilos de vida no saludables (Knowles, 1977; *U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979*). Por tanto, factores económicos junto con el cambio en los patrones de enfermedad han provocado un giro hacia medidas preventivas y, especialmente, en cambiar las conductas no saludables (Agras, 1982; Weiss, 1982).

En quinto lugar, la madurez de la tecnología conductual ha contribuido de modo claro a la emergencia de la psicología de la salud en ese momento histórico (Agras, 1982), como un hecho casi natural al tener éxito en la salud mental y quedar a un paso la salud física que tiene clara relación con los factores psicológicos y conductuales.

Matarazzo (1980) definió la psicología de la salud como: "El agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas" (p. 815). Esta definición ha sido ampliamente aceptada y apoyada por la división 38 de la APA denominada psicología de la salud.

Aunque la psicología de la salud, tal y como la ha definido Matarazzo es una disciplina relativamente reciente, ya se han propuesto modelos para conceptualizar el campo de la misma. Por ejemplo, Stone (1982) en su modelo enfatiza el concepto de sistema de salud y los problemas de interacción dentro de ese sistema.

La psicología de la salud incluye un rango amplio de conductas humanas y estados psicológicos, los cuales influyen la salud física y son influenciados por la misma. En general, el campo de la psicología de la salud comprenden varias áreas extensas (Matarazzo, 1980; Krantz, Grunberg y Baum, 1985; Rodin y Salovey, 1989), ocupándose de 1) la promoción y el mantenimiento de la salud; 2) la prevención y el tratamiento de la enfermedad; y, 3) los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad.

Durante muchos años se ha discutido acerca del papel de los factores psicológicos y sociales en el desarrollo de la enfermedad (Carmody y Matarazzo, 1991; McMahon, 1976; McMahon y Hastrup, 1980). Gran parte de este trabajo se ha centrado en el concepto de estrés como un determinante de la salud física. Y, 4) la psicología de la salud está interesada, en general, en el sistema de cuidados de la salud y en la formulación de la política de cuidados de la salud.

También, la psicología de la salud, cuando fue formulada, tenía como principales metas (Matarazzo, 1979): aplicar las contribuciones de la psicología como disciplina al conocimiento de la salud y de la enfermedad a través de la investigación básica y clínica y alentando la integración de la información biomédica sobre la salud y la enfermedad con el conocimiento psicológico; promover la educación y servicios de la psicología de la salud y de la enfermedad; e, informar a la comunidad psicológica y biomédica, como al público en general, de los resultados de las actuales investigaciones y servicios que presta en esta área.

Áreas relacionadas con la psicología de la salud

Hay otras disciplinas, dentro y fuera de la psicología, que tratan cuestiones similares a las de la psicología de la salud. Esas áreas difieren de la psicología de la salud, pero también se solapan con ella. Son la medicina comportamental, salud comportamental, psicología clínica, medicina psicosomática, psicología médica, psicofisiología experimental, sociología médica y antropología médica.

Medicina comportamental

En 1973, Birk acuñaba el concepto de medicina comportamental. En un primer momento, este término se restringió a las técnicas de biofeedback. En 1974, se crean los dos primeros centros de medicina comportamental: el *Center for Behavioral Medicine* de la Universidad de Pensilvania y el *Laboratory for the Study of Behavioral Medicine* de la Universidad de Stanford.

La conferencia de Yale sobre medicina comportamental, celebrada en 1977, y la reunión del *Instituto de Medicina* de la *Academia Nacional de Ciencias* en 1978 (Schwartz y Weiss, 1978), sirvieron para concretar lo que se entendía por medicina comportamental: "La medicina comportamental es el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas, propios de las ciencias comportamental y biomédica, relacionados con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación" (Schwartz y Weiss, 1978, p. 250).

En 1978 se fundan las dos primeras sociedades científicas de medicina comportamental: la *Academy of Behavioral Medicine Research*, en Washington, presidida por N.E. Miller y la *Society of Behavioral Medicine*, en Chicago, cuya presidencia recayó en S. Agras. Este mismo año hace acto de presencia la primera revista especializada en el campo, la *Journal of Behavioral Medicine*. Al año

siguiente, en 1979, se publicaron los primeros libros sobre medicina comportamental (ej. Pomerleau y Brady, 1979; McNamara, 1979). Posteriormente, hay una explosión en lo concerniente a las publicaciones.

Los factores que han colaborado al desarrollo de la medicina comportamental han sido, según Labrador, Muñoz y Cruzado (1990) los siguientes:

1) el cambio en los patrones de mortalidad y morbilidad, pasándose de enfermedades infecciosas a enfermedades funcionales, trastornos asociados al tipo de vida y degenerativos; 2) la mayor parte de los retos actuales en el área de la salud tienen que ver con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas, muy influenciadas por el estilo de vida de las personas (no ya de enfermedades agudas); 3) el hecho de que al trabajar de forma independiente los investigadores biomédicos y conductuales no han sido capaces de explicar satisfactoriamente por qué en igualdad de condiciones según sus criterios, algunas personas enferman y otras no, o presentan distinto grado de enfermar; 4) la madurez alcanzada en la investigación de las ciencias sociales y conductuales, tanto en sus desarrollos como en sus logros, así como los avances en epidemiología conductual; 5) el interés que progresivamente se ha despertado por los temas de prevención de enfermedades, salud pública o "salud comportamental", en parte provocado por el drástico incremento en los costos de los cuidados médicos; 6) el resurgir y rápido desarrollo de la psicología médica, que ha añadido una dimensión de aplicación clínica de la que carecía la medicina psicosomática; y, 7) la evidencia de la importancia de los factores conductuales en la salud y en la enfermedad a partir tanto de estudios clínicos como epidemiológicos y experimentales.

La medicina comportamental contempla como objetivos básicos (Collins, Rici y Burkett, 1981; Gentry 1984): 1) la intervención directa; 2) entrenar a los profesionales de la salud para que mejoren sus intervenciones; 3) entrenar a los pacientes en seguir adecuadamente lo prescrito por el médico; 4) la modificación de patrones de conducta para la prevención de enfermedades; y, 5) el diseñar nuevas estrategias de intervención.

Aunque inicialmente las técnicas utilizadas se limitaron a los procedimientos de biofeedback, pronto se aplicaron todos los métodos de la modificación de conducta, aunque con un predominio de aquellas intervenciones (relajación, técnicas de biofeedback) cuya finalidad estriba en modificar las respuestas fisiológicas.

En los últimos años se aprecia por parte de varios autores la utilización indistinta de medicina comportamental y psicología de la salud (ej. Blanchard, 1994; Phares, 1992) para referirse a lo mismo. Realmente, diferenciar actualmente una de la otra es difícil y poco útil desde la perspectiva del psicólogo que trabaja en el campo de la salud. Unos y otros, aunque tengan denominaciones distintas, hacen lo mismo.

Salud comportamental

Según Matarazzo (1980), la definición de medicina comportamental acordada en 1978 no hacía hincapié en el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Para subsanar esta deficiencia, él propone una subespecialidad, la salud comportamental, cuyo objetivo debe ser la promoción de la salud y la prevención. La definición que propuso fue la siguiente: "La salud comportamental es un campo interdisciplinario dedicado a promocionar una filosofía de la salud que acentúe la responsabilidad del individuo en la aplicación del conocimiento y las técnicas de las ciencias comportamental y biomédica, para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y la disfunción, mediante una variedad de actividades auto-iniciadas, individuales o compartidas" (Matarazzo, 1980, p. 813).

Por tanto, la disciplina de salud comportamental se focaliza en el uso de técnicas conductuales para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad entre individuos que actualmente gozan de buena salud (Matarazzo, 1980; Matarazzo y cols., 1984).

Medicina psicosomática

Cuando se habla de antecedentes de la psicología de la salud y de la medicina comportamental suele citarse, entre otros, a la medicina psicosomática. Esta precede a la psicología de la salud, pero sus raíces se localizan en las ciencias biomédicas, no en la psicología. La medicina psicosomática resultó de los intentos, a principios de los años 1920, para identificar los factores psicológicos específicos que se creía que jugaban un papel fundamental en el desarrollo de enfermedades somáticas específicas.

Esta disciplina fue definida por Weiner (1985) como "una aproximación a la enfermedad que se basa en la hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades". Aunque se pueda considerar que la medicina psicosomática se solapa con la psicología de la salud, su historia y orientación son distintas. Inicialmente su desarrollo se fundamentó en el psicoanálisis y en los estudios de la psicofisiología (Lipowski, 1977; Schwartz y Weiss, 1977).

Desde 1930 a 1950 se hicieron numerosos trabajos que versaban sobre el papel de la ansiedad y el estado emocional en el desarrollo y exacerbación de diversas enfermedades físicas. Los trabajos más representativos de dicho período fueron los de Franz Alexander y Harold Wolff. Sus investigaciones se basaron en su mayor parte en estudios de caso, lo cual dificultaba la generalización de los mismos (Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk, 1986). Además, la aproximación psicoanalítica, llevada a cabo por los profesionales desde un paradigma de la medicina psicosomática, hizo poco por desarrollar intervenciones específicas.

Tradicionalmente el centro de interés de esta disciplina ha sido el papel de los factores psicológicos en el desarrollo de la enfermedad física, especialmente el de los estados emocionales y el estrés. Sin embargo, hasta hace relativamente poco, sólo se le prestó atención a un grupo reducido de enfermedades (úlceras, asma, colitis y artritis reumatoide), que se pensaba que estaban influidas por factores emocionales específicos y por el estrés (Lipowski, 1977). En la actualidad, se ha ampliado el abanico de trastornos, incluyendo los factores psicológicos en la etiología y el curso de casi todas las enfermedades (Adler, Cohen y Stone, 1979; Fuentenebro, Santos, Agud y Dios, 1990; Lipowski, 1977; Schwartz y Weiss, 1977).

Psicología médica

El significado de este término varía según donde se utilice. En Inglaterra, la psicología médica es sinónimo de psiquiatría, como ocurre de modo semejante en España. Sin embargo, en E.U. es una subespecialidad de la psicología clínica, que se caracteriza por la aplicación de métodos psicológicos clínicos a los problemas de enfermedad física (Bishop, 1994).

Una definición de un manual castellano sobre psicología médica es "abarca todos los conocimientos de psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la relación médico-enfermo, la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo y los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia" (Alonso-Fernández,

1978, p. 15). Hoy se puede afirmar que cuando quienes dicen que hacen psicología médica son médicos caen en la confusión entre terminología científica y modelo teórico subyacente. Dado que es un término desafortunado, y por tanto confuso, está abocado a su total desaparición.

Psicofisiología experimental

La psicofisiología experimental tiene como objeto de estudio las bases fisiológicas de los procesos psicológicos. Es una disciplina que intenta explicar una variedad de procesos conductuales por la interacción de sus componentes psicológicos y biológicos. Las investigaciones hechas en este campo contribuyeron a mejorar la instrumentación y a la utilización de nuevas metodologías, que permitieron la exploración de las relaciones entre la emoción, cognición y la fisiología. Así mismo, estos trabajos aportaron descubrimientos empíricos sobre las bases psicofisiológicas de la emoción, motivación y cognición. El conocimiento de estas interacciones facilitó la comprensión y el manejo de numerosos problemas de salud. A nivel clínico, todas las aportaciones mencionadas se tradujeron en el desarrollo de las técnicas de biofeedback, las cuales han jugado un papel significativo en la estimulación del desarrollo de la psicología de la salud (Feuerstein y cols., 1986).

Psicología clínica

La psicología clínica es claramente el tronco central de donde ha surgido posteriormente, dependiendo de la consideración o país en que nos encontremos, la subespecialidad o el campo independiente de la psicología de la salud. Por ello hoy más que dar una definición concreta de psicología clínica, la mayoría de los autores (ej. Hall y Marzillier, 1987; Phares, 1992) prefieren hablar de qué hacen los psicólogos clínicos para aprehender la realidad de los mismos, o hablan de la intervención de los psicólogos clínicos en el campo de la salud (ej. Wallace, 1987), cuando no hay un reconocimiento formal del psicólogo de la salud y sí del psicólogo clínico. Así para Hall y Marzillier (1987) "los psicólogos clínicos son los profesionales del cuidado de la salud que trabajan predominantemente, aunque no exclusivamente, en el campo de la salud mental.

Entre sus actividades principales están: a) evaluación psicológica, b) tratamiento psicológico, y c) investigación psicológica" (p. 1). Phares (1992) define la psicología clínica como "un campo que tiene como objetivo el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos, trastornos psicológicos o la conducta anormal" (p. 3). A continuación describe qué trata, qué técnicas utiliza, dónde trabaja, cómo se forma, etc., para circunscribir su campo.

Lo que sí es cierto, es que cuando se hace una distinción explícitamente entre psicología clínica y psicología de la salud, o entre modificación de conducta y psicología de la salud, se aprecia que el campo de la salud mental queda para la psicología clínica (ej. trastornos de ansiedad, depresión, esquizofrenia, etc.), y los trastornos relacionados con la salud física (ej., asma, cáncer, artritis reumatoide, diabetes, etc.) para la psicología de la salud (cfr. Blanchard, 1994; Donker, 1991; Emmelkamp, 1994).

La sociología médica

Esta especialidad se desarrolló en los años cuarenta y cincuenta (Oleson, 1975). Implica una variedad amplia de cuestiones relacionadas con los aspectos sociales de la salud y del cuidado de la salud.

Para Bishop (1994) la sociología médica es: "La especialidad dentro de la sociología que estudia los aspectos sociales de la salud y la enfermedad" (p. 9). Comprende temas tales como los patrones sociales en la distribución de la enfermedad y la mortalidad, los efectos del estrés social en la salud, las respuestas sociales y culturales a la salud y a la enfermedad, la organización institucional del cuidado de la salud, etc (Mechanic, 1978).

La sociología médica, a veces también denominada sociología de la salud, se focaliza en los factores sociales que influyen en la salud, mientras que la psicología de la salud se centra en los procesos psicológicos.

Antropología médica

La conceptualización del término antropología médica viene a ser similar para los distintos autores. Estudia los aspectos culturales de la salud y la enfermedad (Foster y Anderson, 1978; Miguel, 1980). En el pasado, los profesionales de este campo se interesaron por el estudio de cuestiones de salud en las sociedades tradicionales. En los últimos años, se ha dado un giro hacia el estudio y discusión de los aspectos culturales de la salud de la sociedad occidental (Foster y Anderson, 1978).

La antropología médica y la psicología de la salud difieren en la orientación y el centro de interés. La antropología médica hace hincapié en los aspectos culturales de la salud y como la gente dentro de una cultura comprende las cuestiones de salud como un reflejo de su cultura en su totalidad. La antropología médica hace hincapié en la comparación transcultural de los sistemas de curación y creencias acerca de la salud. Los psicólogos de la salud reconocen la importancia de la cultura en como los sujetos tratan con los asuntos de salud, pero se interesan más por las creencias individuales de salud y los patrones de salud relacionados con la conducta.

En la tabla 1 presentamos un cuadro resumen de las definiciones de los campos o especialidades relacionadas con la psicología de la salud analizados, en donde también hemos incluido los de medicina preventiva (Piédrola, 1988) y educación para la salud (Green, 1973).

Tabla 1 - Contenidos del libro de Ch. K. Prokop, L.A. Bradley, T.G. Burish, K. O. Anderson y J. E. Fox titulado *Health Psychology. Clinical methods and research*. New York: McMillan, 1991.

Parte I. Introducción

Capítulo 1. Psicología de la salud y el sistema de cuidado de la salud

1. Hacia una ciencia de la psicología de la salud
2. El sistema de cuidado de la salud

Capítulo 2. Métodos de investigación en psicología de la

salud

1. Diseños de investigación en psicología de la salud
2. Consideraciones éticas y prácticas en la investigación de la psicología de la salud

Parte II. Modelos en psicología de la salud

Capítulo 3. Bases fisiológicas de la salud y la enfermedad

1. Bases genéticas de la conducta
2. El sistema nervioso y los sistemas orgánicos del cuerpo

Capítulo 4. Principios conductuales y de aprendizaje social

1. Modelos conductuales
2. Terapia de conducta

Capítulo 5. El modelo estrés-diatésis

1. Modelo biológico del estrés de Selye
2. Modelo psicofisiológico del estrés de Lazarus
3. Factores que influyen en el estrés
4. Psiconeuroinmunología
5. El modelo estrés-diatésis y la psicología de la salud

Parte III. Contribuciones de la psicología de la salud a la evaluación, tratamiento y prevención de la enfermedad

Capítulo 6. Conductas de mejora de la salud y de riesgo para la salud

1. Obesidad
2. Alcoholismo
3. Fumar
4. Ejercicio
5. Adherencia

Capítulo 7. Preparación psicológica para procedimientos dentales y médicos estresantes

1. Operación quirúrgica
2. Pruebas de diagnóstico médico
3. Procedimientos dentales
4. Procedimientos obstétricos y ginecológicos

Capítulo 8. Enfermedad cardiovascular

1. Enfermedad coronaria
2. Accidentes cerebrovasculares
3. Fenómeno de Raynaud

Capítulo 9. Cáncer

1. Componentes biológicos y psicofisiológicos
2. Factores conductuales, psicológicos y sociales
3. Reacciones psicológicas y conductuales
4. Intervenciones de tratamiento: médico
5. Intervenciones de tratamiento: psicológico

Capítulo 10. Diabetes mellitus

1. Componentes biológicos y psicofisiológicos
2. Factores conductuales, psicológicos y sociales
3. Reacciones psicológicas, conductuales y físicas
4. Intervenciones psicoterapéuticas

Capítulo 11. Enfermedad respiratoria

1. Componentes biológicos y psicofisiológicos
2. Factores conductuales, psicológicos y sociales
3. Reacciones psicológicas, conductuales y físicas
4. Intervenciones psicoterapéuticas

Capítulo 12. Artritis reumatoide psicofisiológica

1. Componentes biológicos y psicofisiológicos
2. Factores conductuales, psicológicos y sociales
3. Reacciones psicológicas y conductuales
4. Intervenciones de tratamiento

Capítulo 13. Trastornos gastrointestinales

1. El esófago
2. El estómago y el intestino delgado
3. El colon y el recto

Capítulo 14. Los síndromes de dolor crónico

1. Cefalea
2. Dolor benigno crónico

Capítulo 15. Psicología de la salud infantil

1. Cuestiones de desarrollo en la psicología de la salud infantil
2. El período prenatal
3. Problemas de conducta en la infancia
4. Adolescencia
5. Enfermedad crónica en la infancia

Capítulo 16. Psicología de la salud geriátrica

1. El proceso de envejecimiento
2. Problemas de salud relacionados con el envejecimiento

3. Intervenciones de tratamiento

Capítulo 17. Entrenamiento en psicología de la salud

1. Estándares de entrenamiento en psicología de la salud
2. Oportunidades profesionales para los nuevos psicólogos de la salud

Estado actual y perspectivas

La salud es un asunto de vital importancia para todos nosotros. En las últimas décadas ha habido un giro en el modelo de salud, pasándose a considerar la misma como algo que hay que desarrollar y no como algo que hay que conservar. Tradicionalmente, el énfasis recaía en lo curativo, obviando la prevención y promoción de la salud. Actualmente, cuando nos referimos a la salud de un individuo estamos pensando en el bienestar del mismo a nivel biológico, psicológico y social. Esta nueva noción de salud reviste un carácter multifactorial, depende de muchos factores determinantes: factores biológicos, factores ligados al entorno, factores ligados al estilo de vida y factores ligados al sistema sanitario.

Ese pensamiento superficial y negativo de la salud que predominó en nuestra sociedad, y que fue ampliamente aceptada por la misma, se tradujo en una situación de crisis en la que ha entrado la salud y el sistema de servicios de salud en las décadas que siguen a la Segunda Guerra Mundial. Esta crisis fue el propulsor de la meta de Alma Ata, la de alcanzar la "salud para todos en el año 2000".

En el año 1978 la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) celebró la *Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud en Alma Ata*. En ella se promulgó la carta magna mediante la que se pretendía coordinar las estrategias que se desarrollarían en el campo de la salud en todas las partes del globo terráqueo. El detonante de ello era "la necesidad de una acción urgente por parte de los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo, y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo" (OMS, 1978, p. 2). Así mismo, se apostaba por el objetivo básico de proteger y promover la salud como alternativa al simple tratamiento o rehabilitación de las enfermedades.

Existen una serie de factores que están dificultando la obtención de dicha meta: la alta tecnología cuyos costes son excesivamente elevados y de ámbito preferentemente hospitalario en detrimento de la prevención y promoción de la salud, el incremento de un cúmulo de problemas crónicos cuyo origen no se puede buscar en los gérmenes sino en los comportamientos del sujeto (cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidentes de tráfico, enfermedades de transmisión sexual, etcétera) (O'Neill, 1983) y la orientación medicalizada y curativa de los servicios de salud (San Martín, 1982).

Las diez principales causas de muerte en los países desarrollados se encuentran determinadas en gran parte por factores de conducta (Bayés, 1979; Matarazzo, 1984; Oblitas y Becoña, 2001). Podrían prevenirse si las personas mejoraran tan sólo cinco comportamientos: dieta, hábito de fumar, ejercicio físico, abuso del alcohol, uso de fármacos hipotensores (Costa y López, 1986). Es ampliamente

aceptado que el 60%-70% de las visitas a los cuidados médicos primarios son por razones de naturaleza conductual (Broskowski, 1981).

Ante la abrumadora presencia del comportamiento como el gran responsable de la salud y la enfermedad, un nivel de análisis y de intervención prioritario, sobre todo desde la perspectiva de prevención, radica precisamente en el mismo comportamiento. La misma OMS (1982) ha apremiado para que se realicen investigaciones que promuevan comportamientos favorables para la salud, y para que se establezcan metodologías adecuadas para tal fin.

Las primeras aplicaciones prácticas subsiguientes a la conferencia de Alma Ata se tradujeron en la cooperación entre la ciencia del comportamiento y las ciencias biomédicas, fruto de la cual se ha constituido recientemente un área de convergencia científica, metodológica, y técnica: la medicina comportamental (Schwartz y Weiss, 1977; Reig, 1981). Con ello se apuntaló definitivamente el rechazo a la dicotomía entre salud física y salud mental y se apostó definitivamente por el modelo biopsicosocial.

Además, el cada vez menos indiscutible y destacado papel del comportamiento en la salud ha dado lugar muy recientemente a un nuevo campo de investigación e intervención, se trata de la psicología de la salud (Matarazzo, 1984; Reig, 1985). El énfasis de esta nueva área de trabajo se sitúa en la prevención, enfocando sus intervenciones en la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados. La psicología de la salud es un área que se ha introducido a finales de los años 70 (Matarazzo, 1980; Stone, 1979) y su desarrollo ha sido vertiginoso tanto en el campo académico, como en el de investigación, como en el profesional. Como toda nueva área, y en particular una que se ha desarrollado con tanta rapidez, y que en la actualidad ha madurado como disciplina, comienza la tarea ardua de enjuiciar los progresos e identificar las cuestiones críticas.

Actividades de los psicólogos de la salud

En los últimos años ha habido una verdadera explosión de la psicología de la salud. Las tareas de los psicólogos de la salud se agrupan en tres grandes categorías: investigación, aplicaciones y formación (Weiss, 1982).

La faceta de investigación es la actividad preponderante entre los psicólogos de la psicología de la salud. La investigación en la psicología de la salud está orientada a cuestiones que atañen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Posteriormente, los conocimientos aportados por la investigación serán el sustento de las aplicaciones en la clínica y en otros marcos de aplicación.

Uno de los temas más en boga en este momento, al que se le está prestando una gran atención, es el referente a las prácticas sexuales y sus implicaciones para las enfermedades transmitidas sexualmente (herpes genital y el sida) (Joseph, Montgomery, Emmons, Kessler, Ostrow, Wortman, O'Brien, Eller y Eshleman, 1987; Bayés, 1994). Así mismo, los psicólogos de la salud han investigado otro tipo de temas: la prevención de fumar y la obesidad, el uso del cinturón de seguridad, prácticas dietéticas saludables, etcétera. (Buceta, 1987; Buceta y Bueno, 1990; Simón, 1993).

Con respecto al tratamiento, los psicólogos de la salud han desarrollado nuevas estrategias de afrontamiento para el dolor (Melzack y Wall, 1982; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983; Oblitas, 2003). También han desarrollado nuevas técnicas para tratar distintas enfermedades: por ejemplo, para el asma (Creer, 1982), trastornos gastrointestinales (Whitehead y Bosmajian, 1982), hipertensión

(Shapiro y Goldstein, 1982), entre otros padecimientos. Igualmente, dichos profesionales se han interesado por la evaluación de la efectividad de diferentes estrategias de tratamiento (Prokop y Bradley, 1981).

Una línea de investigación importante, dentro de la psicología de la salud, ha sido aquella que ha estudiado los factores asociados al desarrollo de la enfermedad: los asuntos más estudiados han sido el modo en como los sujetos afrontan el estrés (Labrador, 1992; Labrador y Crespo, 1995, en este número) y cómo las relaciones interpersonales afectan a nuestra salud (ej. Wallston y cols., 1983; Wilcox, Kasl y Berkman, 1994; Oblitas, 2004 y 2004a).

Los psicólogos de la salud tampoco han descuidado las cuestiones relacionadas con el sistema de cuidados de la salud y la política de la salud. En este punto se incluyen trabajos tales como los efectos de la hospitalización (Raps, Peterson, Jonas y Seligman, 1982), el impacto del cuidado del personal de enfermería (Timko y Moos, 1989), etcétera).

Los descubrimientos hechos en las distintas investigaciones posteriormente se aplican a la prevención y al tratamiento de la enfermedad. Así, se han hecho programas para la prevención del tabaquismo (Hirschman y Leventhal, 1989); para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (Schlesier-Stropp; 1984), programas para el manejo del estrés (Meichenbaum y Jaremko, 1983); problemas cardiovasculares (Amigo, Buceta, Becoña y Bueno, 1991); asma bronquial (Vázquez y Buceta, 1995, en este número), etcétera.

Otras facetas, en las que se han implicado los psicólogos de la salud, son en el ofrecer evaluación psicológica a los pacientes médicos y asesorar en cuestiones psicológicas a los distintos profesionales del cuidado de la salud. Para no hacer muy extensa la lista de aplicaciones, mostramos en la tabla 1 el índice del libro de Prokop, Bradley, Burish, Anderson y Fox (1991), sobre temas de intervención del psicólogo de la salud, que nos sirve de muestra de las aplicaciones que los psicólogos de la salud hacen actualmente en los Estados Unidos.

Los psicólogos de la salud también han utilizado una gama amplia de técnicas (métodos psicoterapéuticos, modificación de conducta, biofeedback, etcétera) para tratar con numerosos y variados trastornos, que van desde la obesidad a enfermedades cardiovasculares (Prokop y Bradley, 1981).

Los psicólogos de la salud también participan en la educación y el entrenamiento. Muchos psicólogos de la salud han orientado su trabajo a la educación en marcos académicos, transmitiendo sus conocimientos acerca de los factores psicológicos respecto a la salud. Los marcos médicos, tales como las escuelas de medicina (Thompson y Matarazzo, 1984) o las escuelas de salud pública (Matthews y Avis, 1982), también son centros en los que los psicólogos de la salud enseñan sus conocimientos. Desde la aparición del campo de la psicología de la salud se han desarrollado distintos programas tanto de pregrado como de posgrado para entrenar a los psicólogos de la salud (Sheridan, Matarazzo, Boll, Perry, Weiss y Belar, 1988; Stone, 1983).

En concreto, en España hasta hace poco eran escasos los departamentos universitarios que habían implantado programas para formar a estudiantes en psicología de la salud. Sin embargo, en la actualidad con la puesta en práctica de nuevos planes de estudios en las distintas facultades de psicología de las universidades españolas, se está subsanando esta deficiencia. A nivel de posgrado el panorama es menos satisfactorio. A esto hay cada vez más excepciones como Programas de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud (ej., Universidad de

Santiago de Compostela), Masters de Especialización (ej., Universidad Complutense, Universidad de Alicante). Sin embargo, en los próximos años se va a producirse una eclosión de programas en esta importante área de la psicología.

Lo que si está claro es que los psicólogos de la salud deben ser ampliamente entrenados en psicología junto con amplios conocimientos de las ciencias biomédicas necesarias para la comprensión de los síntomas clínicos, patofisiológicos y los fundamentos biológicos que estudian o tratan dichos profesionales. También el conocimiento de la salud pública y el sistema de cuidado de la salud es un requisito para investigar en prevención. Estos elementos interdisciplinarios son constituyentes importantes del cuerpo de la teoría y del conocimiento de la psicología de la salud (Krantz, Grunberg y Baum, 1985).

Tabla 2 - Definición de distintas ramas que estudian la salud.

Psicología de la salud. Es el agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad, y disfunciones relacionadas.

Medicina comportamental. Un campo interdisciplinario que aplica las teorías y las técnicas de las ciencias conductuales para el tratamiento y la prevención de la enfermedad.

Salud comportamental. Un campo interdisciplinario que se focaliza conductualmente promoviendo buenos hábitos de salud y previniendo la enfermedad entre los que actualmente gozan de buena salud.

Medicina psicosomática. Es una aproximación a la enfermedad que se basa en la hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades.

Psicología médica. Abarca todos los conocimientos de psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la relación médico-enfermo, la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo y los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia.

Psicofisiología experimental. Su objeto de estudio son las bases fisiológicas de los procesos psicológicos.

Psicología clínica. Un campo que tiene como objetivo el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos, trastornos psicológicos o la conducta

anormal.

Sociología médica. La especialidad dentro de la sociología que estudia los aspectos sociales de la salud y la enfermedad.

Antropología médica. La especialidad dentro de la antropología que estudia los aspectos culturales de la salud y la enfermedad.

Medicina preventiva. Se ocupa de impedir, en el individuo, familia o grupos de población, la aparición, desarrollo y prolongación de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, manteniendo y promoviendo la salud, por el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación, así como evitando y limitando las invalideces que aquellos pueden ocasionar.

Educación para la salud. Un proceso cuyas dimensiones intelectual, psicológica y social se relacionan con actividades que incrementan las capacidades de las personas para tomar decisiones bien informadas que afectan a su bienestar personal, familiar y comunitario.

Fuente: Alonso-Fernández (1978; Bishop (1994); Green (1973); Matarazzo (1980); Phares, (1992); Piédrola (1988); Weiner (1985).

El futuro de la psicología de la salud

No cabe duda que el futuro de la psicología de la salud está aún en parte por realizarse. Incluso siendo reciente la introducción de los psicólogos en el campo de la salud, y las aplicaciones en parte aún en desarrollo y evaluación, en un espacio corto de tiempo ha tenido un desarrollo espectacular. En las páginas que siguen presentamos, cuáles son en nuestra consideración aquellas líneas que más caracterizarán el futuro más cercano, los próximos años, del campo de la psicología de la salud. Estas líneas las fundamentamos en la evolución que la psicología de la salud ha tenido desde sus inicios hasta el presente, así como en los desarrollos y aplicaciones que a la misma se le están demandando tanto desde dentro como desde fuera de la psicología de la salud. Son un total de 22:

1) *Mayor asunción 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.*

El avance del modelo conductual ha sido imparable en las últimas décadas, convirtiéndose incluso en casi la alternativa de la intervención psicológica en la década de los 60, al surgir las técnicas de modificación de conducta (Kazdin, 1978) y ser éstas aplicadas primero al campo de la salud mental y posteriormente, como una ampliación lógica de lo anterior, al campo de la salud física y de la enfermedad.

Las aportaciones del modelo conductual van siendo aceptadas por el resto de los profesionales. Como dice Prokop y cols. (1991) "el sistema de cuidado de la salud está admirablemente equipado para extirpar un cáncer de pulmón pero está menos bien equipado para prevenir fumar cigarrillos o para ayudar a los fumadores a romper con su hábito" (p. 12). Por ello, en el futuro próximo, va a haber una

importante eclosión de intervenciones comportamentales en el campo de la denominada en otras épocas salud física, y que va a favorecer el desarrollo de la psicología de la salud, o de la medicina comportamental como gustan llamarle otros (Amezcuá, 1992).

2) Gran desarrollo de los programas preventivos para distintas enfermedades que están causadas básicamente por malos hábitos, es decir, por comportamientos inadecuados.

Esta es una clara consecuencia de que "es mejor prevenir que curar" como dice un clásico refrán castellano. Actualmente, y más en los próximos años, asistiremos al desarrollo de programas preventivos, dado que es en la prevención donde está el modo de evitar muchas de las enfermedades actuales (Bermúdez, 1993; U.S.D.H.H.S., 1993).

Dados los enormes costos sanitarios de las distintas enfermedades, especialmente por la realización de conductas inadecuadas (Doll y Peto, 1989; Peto y López, 1994), hoy está claro que la prevención (prevención primaria) se convierte en el procedimiento de elección, especialmente para las tres C responsables de la mayoría de las muertes: carretera, cáncer y corazón. Una parte muy importante de las mismas, al menos la mitad, podrían evitarse o acortar su aparición en varias décadas si la gente no fumase, llevase una dieta alimenticia adecuada, no abusase del alcohol, siguiese normas de seguridad adecuadas e hiciese revisiones periódicas de su estado de salud a partir de una cierta edad.

Algunos autores (Blancarte, Murphy y Reiley, 1991) sostienen que los aspectos preventivos serán los que más interés acapararán en los próximos diez años.

3) Necesidad de clarificar el concepto de psicología de la salud y otros conceptos relacionados con ella, especialmente el de medicina comportamental.

Como ya hemos analizado anteriormente, cada vez son más los autores que empiezan a equiparar la medicina comportamental a la psicología de la salud, y no siempre están claras las diferencias de la psicología de la salud con otras ramas del saber, nuevas, y preocupadas también por la salud. Las cuestiones terminológicas son importantes para diferenciar unas ramas del saber de otras, como han mostrado Duncan (1990, 1991) y Donker (1991), entre otros. A ello habrá que prestar más atención y llegar a un mayor consenso en el futuro.

4) Delimitación en el campo práctico del modelo biopsicosocial (Engel, 1977).

La psicología de la salud utiliza como modelo central explicativo el modelo biopsicosocial. Este modelo asume, primeramente, una perspectiva interdisciplinaria y, en segundo lugar, reconoce el peso de los componentes biológicos, procesos psicológicos y conductuales de la persona y el componente social. Aunque el psicólogo se va a centrar principalmente en la parte psicológica y conductual no olvida las otras partes y, con la perspectiva interdisciplinaria, se posibilita intervenir de modo comprensivo. Sin embargo, con mucha frecuencia se confunde los términos multidisciplinario con interdisciplinario y, más aún, se aprecia una clara falta de desarrollo del modelo biopsicosocial en las distintas aplicaciones. Es un desarrollo que se hace del todo necesario.

5) Construir modelos explicativos de los distintos problemas en los que interviene la psicología de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria, integrando la distinta información existente sobre el problema, como la biológica, la psicológica, la

conductual y la social, sin perder de vista el contexto cultural y sanitario en que se desarrolla esa enfermedad o trastorno.

Esto exige un intercambio importante de conocimientos entre distintas ciencias, aunque como sabemos la aportación fundamental por parte de la psicología son las técnicas de modificación de conducta basadas en los principios del aprendizaje y en la psicología científica.

6) Cada vez los programas de intervención serán más comprensivos, al ser necesario utilizar aquellos procedimientos que obtengan los mejores resultados posibles al mejor costo-efectividad.

Hoy no sólo tenemos que disponer de técnicas que sean efectivas. También es necesario que tengan un adecuado costo-efectividad. Históricamente, la psicología de la salud, como previamente la psicología clínica, la psicología comportamental y la psicología preventiva, han surgido al demostrar que poseían técnicas de intervención adecuadas para problemas que hasta ese momento no tenían una solución adecuada o del todo adecuada, tienen un buen costo-efectividad, tema este de gran preocupación en el campo conductual (Yates, 1985).

Pero, además, en el campo de la psicología de la salud este hecho es claro. La psicología de la salud surge debido a los altos costos sanitarios, que se vienen incrementando progresivamente en las últimas épocas en los países avanzados, no consiguiendo, por contra, que la gente viva más en la misma relación en que se incrementan los costos. En los últimos años, además, se aprecia un estancamiento en la esperanza de vida aunque se incremente la inversión para ello. La psicología de la salud surge precisamente con la idea de que con ella y su bagaje teórico y aplicado es posible reducir los costos.

Por este motivo cobra gran relevancia hacer sistemáticamente estudios de costo-eficacia, costo-eficiencia y costo-resultados para demostrar tanto a los administradores, como a los políticos y otros profesionales, que las intervenciones que se llevan a cabo no sólo son efectivas sino que compensan con creces la inversión (García y Becoña, 1994).

7) Mejorar las técnicas de intervención actualmente disponibles, evaluar adecuadamente las existentes y desarrollar nuevas técnicas de intervención.

Dado el amplio campo de intervención que cubre la psicología de la salud (Prokop y cols., 1991), y la complejidad que tal intervención conlleva en ciertos contextos, se hace necesario junto a la mejora y evaluación de las existentes, desarrollar nuevas técnicas de intervención para cubrir las necesidades que se vayan presentando conforme se va paulatinamente incrementando el campo de intervención.

La eclosión de programas de intervención en psicología de la salud no siempre ha venido acompañada de una correlativa evaluación de los mismos (Kazdin, 1994). La necesidad urgente de intervención y la presión de contar con programas para los distintos trastornos de salud en los que interviene la psicología de la salud, junto con un desarrollo fulminante del campo en muy pocos años, ha producido que en muchas ocasiones los programas han ido por delante, antes que la evaluación de los mismos y, que como sabemos, no es lo que debe caracterizar al desarrollo de cualquier campo científico.

Partiendo de la base de la potencia de las técnicas de modificación de conducta, claramente demostrada para distintos trastornos psicológicos (Caballo, 1991; Labrador, Cruzado y Muñoz, 1993; Vallejo y Ruíz, 1993), se ha procedido a

extender las aplicaciones de estas técnicas a otros trastornos de salud hasta hace pocos años impensables, como la hipertensión esencial (Amigo, Buceta, Becoña y Bueno, 1991), patrón conductual tipo A (Sánchez-Elvira y Bermúdez, 1990), asma (Vázquez y Buceta, 1995, en este número), diabetes (Polaino-Lorente y Gil, 1994), cáncer (Bayés, 1985; Ibañez y Durá, 1990), sida (Bayés, 1994, 1995), etcétera.

Sin embargo, las técnicas de intervención, o más bien los paquetes de intervención utilizados, no siempre han mostrado funcionar adecuadamente, y en algunos casos ni han funcionado, bien debido a problemas metodológicos tales como el bajo tamaño de la muestra, grupos de control inadecuados, falta de entrenamiento en la persona encargada de la aplicación del tratamiento, bajo seguimiento de las instrucciones y tareas asignadas, etcétera (Kazdin, 1992, 1994), o bien a la mala selección del paquete de tratamiento o al desconocimiento "real" de qué es lo mejor, en el sentido de técnicas de intervención efectivas, para cada trastorno.

A diferencia del sentido tan estricto de las técnicas de modificación de conducta y de su evaluación en las décadas de los años 60 hasta ahora, no siempre se puede decir lo mismo en el campo de la psicología de la salud, a pesar de que hay excelentes ejemplos de buenas y sólidas evaluaciones de las técnicas de intervención a distintos trastornos, como puede verse en revistas como *Health Psychology* y *Journal of Behavioral Medicine*.

8) *Incremento del interés y desarrollo de la psiconeuroinmunología.*

Como ha ocurrido en la última década, y es evidente en la actual, en el futuro se incrementará el interés, estudio y desarrollo de técnicas de intervención a partir de los estudios de la psiconeuroinmunología, que a partir del libro pionero de Ader (1981), en donde planteó el estudio de las interacciones del sistema inmune, el sistema nervioso central y el sistema endocrino, se han realizado gran número de estudios (Ader, Cohen y Felth, 1991) y se ha visto la mútua interacción entre estos tres componentes y las posibilidades que ello plantea tanto a nivel teórico, como aplicado (Freixa, 1991).

9) *Existe la necesidad de desarrollar estrategias de intervención sencillas (ej., basadas en el entrenamiento en relajación) para que puedan ser aplicadas en formato de autoayuda o a través de los medios de comunicación de masas a aquellas personas que lo precisen.*

Ejemplos de estos grupos de personas son los que padecen estrés crónico, alto nivel de colesterol, dietas inadecuadas, abuso de tabaco, conductas sexuales de riesgo, etcétera. El formato de autoayuda, y aún mejor, la utilización de los medios de comunicación de masas, y especialmente la televisión, permite llegar a un gran número de personas, y con un buen costo-efectividad, como ha quedado claramente demostrado en programas de tratamiento de fumadores (García y Becoña, 1994), entre otros muchos.

10) *Dentro del desarrollo de nuevos programas cobra gran relevancia desarrollar estrategias efectivas de prevención de la recaída de los hábitos y enfermedades tratadas exitosamente (Taylor, 1990).*

Hoy en día la prevención de la recaída es un tema de enorme relevancia en las conductas adictivas (Becoña, 1994; Casas y Gossop, 1993; Gossop, 1989; Marlatt y Gordon, 1985). Sin embargo, hoy se hace necesario ampliar el campo de intervención de la prevención de la recaída a otras conductas, en la línea de lo apuntado por Foa y Emmelkamp (1983) de que tan importante como los que mejoran son los que mantienen esa mejoría a largo plazo. En muchas

intervenciones médicas y psicológicas es necesario seguir manteniendo comportamientos adecuados para conservar las ganancias terapéuticas conseguidas con un procedimiento médico o psicológico. De ahí, la relevancia de desarrollar para distintos trastornos este tipo de estrategias.

Por ejemplo, el sujeto que supera exitosamente un régimen de adelgazamiento debe seguir con el mismo, quizás para toda la vida (Saldaña, García, Sánchez-Carracedo y Tomás, 1994), para que pueda mantenerse en el peso adecuado; una persona a la que se le ha extirpado tres cánceres de piel debe regular su exposición al sol, si hasta ese momento abusaba de dicha exposición, para evitar otro cáncer; si después de un infarto la persona deja de fumar, beber y hace una dieta adecuada, hay que mantener esa nueva forma de vida a lo largo del tiempo; si la úlcera péptica está influenciada por factores psicológicos y dieta, es necesario controlar éstos y que se mantengan controlados a lo largo del tiempo, a pesar de los sacrificios que ello supone en un previo buen comedor, pero es el modo de quizás no sufrir las consecuencias negativas de abrirse la misma. Estos, y otros muchos ejemplos que podríamos indicar, muestran que el desarrollo de estrategias de prevención de la recaída o de mantenimiento de las ganancias terapéuticas es un elemento de suma importancia para los tratamientos y que cobrará mayor importancia en el futuro al mismo tiempo que se incremente el peso e importancia de la psicología de la salud.

11) *Dado que el tiempo de ocio va a ocupar una parte muy importante de nuestro tiempo en el futuro inmediato, es necesario que una parte del mismo se dedique a actividades saludables o, en el sentido contrario, a reducir factores de riesgo para la salud.*

Potenciar que en ese tiempo libre se haga ejercicio físico, reducción del estrés y de la tensión, reducción de conflictos interpersonales y maritales, como contrario a la potenciación de adicciones como el tabaco, alcohol, juego, sustancias psicoactivas, etcétera (Graña, 1994), facilita el proceso de cuidado de la salud. Entrenarlos en habilidades de afrontamiento, manejo del tiempo libre, incremento de la camaradería y de las redes sociales, entre otras, facilita conseguir este objetivo.

12) *Se hace evidente que, desde la perspectiva de la psicología de la salud, hay que hacer consciente a la población de que existen importantes factores de riesgo para la salud que no están en organismos externos o en causas genéticas, sino en los comportamientos de las personas.*

Es importante transmitirles la idea de que la gente en la actualidad se muere o enferma prematuramente por causas comportamentales, tales como conducir ebrio, a alta velocidad, o sin cinturón de seguridad; fumar cigarrillos; tomar drogas ilegales o abusar de medicamentos psicoactivos; tener prácticas sexuales de riesgo, como no utilizar preservativos o no utilizar métodos anticonceptivos adecuados; llevar una vida sedentaria; abusar de alimentos ricos en calorías o en sal; beber alcohol en exceso; llevar una vida desordenada en el patrón sueño-vigilia; tener como principal valor en la vida la competitividad a ultranza, etcétera, son los causantes principales de la morbilidad y mortalidad de nuestros conciudadanos (Costa y López, 1986).

Junto a esta necesaria toma de conciencia por parte de la población se impone proporcionar estrategias eficaces, sencillas y fáciles de poner en práctica para que se reduzcan tales factores de riesgo. Y, aquí, las ciencias del comportamiento, tiene mucho que aportar, y deben y tienen la obligación de hacerlo.

13) *Necesidad de convencer a los planificadores sociales (administradores públicos, políticos, parlamentarios), junto al personal sanitario y de la enseñanza, periodistas y agrupaciones relevantes (ej., sindicatos, universitarios, amas de casa, etcétera.), de la necesidad de que es necesario cambiar estilos de vida no saludables por otros saludables.*

Hablamos de estas agrupaciones porque son ellos, en unos u otros casos, los que tienen la prerrogativa de promover tales cambios o de facilitarlos o de ser más o menos receptivos a los cambios propuestos. Concientizarlos primero, para luego que sirvan de ejemplos y no que meramente propugnen un estilo de vida saludable a nivel *ideológico* pero no a nivel *conductual* (objetivo, visible y evaluable) en ellos mismos, que es lo que realmente importa para que el cambio sea real o vaya en la dirección adecuada.

14) *Se va a producir un incremento muy importante de los programas dirigidos a dos grupos concretos: a las personas con sida y a la vejez.*

El problema del sida ha desbordado todas las previsiones sanitarias y sociales que teníamos hace unos años. Esta epidemia, surgida hace escasos años, se ha convertido en un grave y serio problema de salud pública con consecuencias letales en los infectados después de unos años de incubación y la posterior aparición de la enfermedad. Pero, curiosamente, aunque el sida es un virus que se transmite fundamentalmente por la sangre, conductualmente a través de relaciones sexuales sin medidas profilácticas. Por tanto, es posible frenar el sida y, más aún, tomar medidas para no contagiarse con él aún en situaciones de alto riesgo (Bayés, 1994, 1995). La psicología de la salud tiene mucho que decir en este tema, como ya lo está haciendo (Bishop, 1994).

A pesar de que una parte muy importante de nuestra población muere prematuramente por comportamientos inadecuados, también es cierto que el envejecimiento de la población en los países avanzados, esto es, vivir muchos más tiempo que hace 50 o 100 años, es un hecho evidente. El incremento de la esperanza de vida en los últimos años, motivada por factores que ya hemos visto, trae consigo nuevos e importantes problemas. La psicología de la salud comienza ya a dar los primeros pasos en este sentido (Prokop y cols., 1991), esperándose que en los próximos años haya un claro incremento del interés por esta temática, dada la necesidad de intervenir en este importante grupo de edad (Becoña y Fuentes, 1993).

De modo semejante a lo que afirmaron Baer, Wolf y Risley (1968) cuando definieron el análisis conductual aplicado e indicaron que su objetivo era centrarse en "conductas socialmente importantes", lo mismo podemos afirmar hoy sobre la psicología de la salud y, mas aún, en lo que debe intervenir en el futuro. Hemos indicado muchos ejemplos de intervenciones de la psicología de la salud. En ellas están presentes los problemas más relevantes en el campo de la salud en la actualidad, pero debe hacer lo mismo en los nuevos problemas de salud que se presenten en el futuro, como va a ser cada vez más el de la vejez, y lo está siendo y lo será el del sida y el de la prevención de distintos comportamientos nocivos para la salud (ej., fumar, beber, dietas inadecuadas, etcétera).

15) *Se irá incrementando el papel de la psicología de la salud como punto de referencia de los planificadores en el campo de la salud, dado que hoy como así en el futuro serán los comportamientos los principales responsables de la morbilidad y mortalidad de los ciudadanos.*

Para ello, los psicólogos de la salud tendrán un papel importante que desempeñar en la toma de decisiones de las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud (Coates y Demuth, 1984), ya sea como funcionarios en instituciones gubernamentales de salud, así como consejeros o consultores profesionales en el ramo, en el diseño e implementación de programas comunitarios destinados a la prevención de los grandes problemas de salud.

16) *Los conocimientos de la psicología de la salud deben integrarse en otras áreas del conocimiento ajenas a la psicología, pero en íntima relación con la psicología de la salud, por su multidisciplinariedad y deseada interdisciplinariedad.*

Nos referimos a los campos de la sociología de la medicina, medicina preventiva, salud pública, antropología de la medicina, etcétera. También, se hace necesario e imprescindible, como ya se empieza a reconocer (Piédrola, 1988) que los conocimientos conductuales pasen a constituir un conocimiento básico más de los futuros médicos y cirujanos y para el resto de los profesionales de la salud (personal de enfermería, personal auxiliar). De igual modo, la población debe cada vez más conocer la terminología y los conocimientos que aporta la psicología de la salud para la prevención de sus posibles futuras enfermedades, lo que en muchos casos implica cambios en el sistema de creencias sobre el mundo y sobre uno mismo.

17) *Incremento de la investigación y la publicación en este campo.*

No cabe duda que cualquier ciencia se basa en los conocimientos y aportaciones que hace al campo del saber. Ello exige, tanto en la psicología de la salud, como en cualquier otro campo, la realización de adecuadas investigaciones. Tal como se va apreciando cada vez más, se incrementa el número de investigaciones en psicología de la salud y un ejemplo claro podemos verlo en la revista *Health Psychology* o en los manuales que se publican cada año y en donde se recogen las investigaciones más relevantes en esta área. Como es lógico, conforme se incrementa el campo aplicado correlativamente se incrementa el campo de la investigación.

En México y España, así como en otros países hispanoamericanos, se incrementa cada vez más el número de investigaciones sobre diferentes tópicos de la psicología de la salud. Así, por ejemplo, una muestra de ello es la abundancia de trabajos presentados bajo la forma de ponencias libres y simposios realizados en los dos últimos congresos realizados por la *Sociedad Interamericana de Psicología* (SIP) en San José (Costa Rica, 1991) y en Santiago (Chile, 1993), a los cuales el tercer autor ha tenido oportunidad de asistir; una situación similar ocurrió en el VII Congreso Mexicano de Psicología realizado en el mes de febrero de 1995, en el cual se abordaron temas como sida, estrés, dolor de cabeza, salud y trastornos circulatorios, avances psicoterapéuticos, etcétera.

18) *De una parte de lo expuesto hasta aquí se deduce la necesidad de formar adecuadamente a los psicólogos de la salud.*

Aunque esta es una rama nueva de la psicología, ya existen actualmente adecuados programas de formación, especialmente en Estados Unidos (Belar, 1990; cfr. Matarazzo, Best, Belar, Clayman, Jansen, Jones, Russo, y Sheridan, 1983; Sheridan, Matarazzo, Boll, Perry, Weiss, y Belar, 1988) y, en general, en distintas universidades de países en donde hay un importante desarrollo de la psicología (Rodríguez-Marín, 1991). Igualmente, hoy están claramente definidos aquellos contenidos básicos que debe dominar el futuro psicólogo de la salud (Bishop, 1994).

19) *Evitar que la psicología de la salud se convierta en un cajón de sastre en donde todo valga, se pueda aplicar a todo y, finalmente, todo sea psicología de la salud.*

Esta es una visión que a veces se aprecia incluso revisando publicaciones relevantes sobre el tema (Edelmann, 1994), en donde casi se puede hablar de cajón de sastre al revisar los contenidos que incluye. En la actualidad, aunque se intenta hacer diferencias entre psicología de la salud, medicina comportamental y psicología clínica no siempre es posible, y se aprecia en los últimos años una equiparación intercambiable de medicina comportamental y psicología de la salud (Blanchard, 1994), con contenidos claramente distintos de la psicología clínica y la modificación de conducta (Emelkamp, 1994), aunque realmente quien en muchos casos hace tal diferencia es el nivel profesional y las posibilidades de empleo en uno u otro campo y lo que cubre cada uno de ellos.

20) *Prestar especial atención al valor social de la salud.*

Díaz-Guerrero (1984), así como otros autores, ha apuntado la importancia del contexto cultural acerca de la idea que una comunidad tiene sobre la salud. Conocer tal concepción es importante para poder producir o no cambios en ella sobre aspectos relacionados con la salud. Y, dentro de cada comportamiento, cuál es el sistema de valores de un comportamiento que queremos cambiar respecto a otros relacionados que para ese grupo poblacional puede ser más importante. Esto claramente se ejemplifica con las creencias sobre el sida en distintos grupos poblacionales y la puesta en marcha o no de medidas preventivas.

21) *Surgimiento de nuevos problemas éticos.*

Cada vez más, al volverse complejas las intervenciones, se presentan problemas de tipo ético que antes no existían. En este, como en otros campos, tales problemas exigen nuevas soluciones dentro de los marcos éticos de la profesión, del contexto social y de las normas sociales.

22) *Finalmente, la psicología de la salud es una verdadera promesa para mejorar el estilo de vida del individuo, para mejorar la calidad de los servicios hospitalarios y de salud pública y para reducir los costes de los mismos.*

Esta afirmación de Moscoso y Oblitas (1994) es una promesa que se hará realidad en unos años y que ayudará a mejorar no sólo nuestra calidad de vida sino la de las siguientes generaciones. Aunque no todo es salud y enfermedad, sí que es uno de los elementos más importantes que conforman el ser humano. Un cambio, en la línea comportamental de la salud, ayudaría más fácilmente a otros cambios en una sociedad tan compleja como la nuestra, desigual, hipócrita y deshumanizada en ocasiones, pero que puede recomponerse hacia un sentido más positivo del ser humano, lo que al final redundaría también en un sentido positivo de nosotros mismos.

Conclusiones

En conclusión, hoy podemos afirmar que las diferencias son difusas entre medicina comportamental y psicología de la salud. Aunque hace unos años podía afirmarse claramente que la psicología de la salud representaba la contribución específica de la psicología a la medicina comportamental, hoy esto ya no es así (cfr. Blanchard, 1994). La distinción fundamental entre ambas es la aproximación interdisciplinaria

a la salud y a la enfermedad adoptada por la medicina comportamental versus la aproximación de disciplina específica de la psicología de la salud (Feuerstein y cols., 1986).

La medicina comportamental se preocupa fundamentalmente por el tratamiento y la rehabilitación (tiene más interés en los aspectos de enfermedad que en los de salud), es decir, la intervención es de tipo curativo. La psicología de la salud tiene como objetivo prioritario la prevención, dirigiendo sus intervenciones a la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados de los individuos. La psicología de la salud resultó del movimiento de la medicina comportamental y se distingue de la misma y de la salud comportamental por el énfasis en una perspectiva psicológica, además de la ya comentada no interdisciplinariedad.

Sin embargo, a pesar de que en la literatura existen innumerables distinciones conceptuales sobre ambos términos (Matarazzo, 1980; Taylor, 1986; Santacreu, 1991; Serafino, 1990), la práctica de los psicólogos de la salud en contextos clínicos pronto solapó la medicina comportamental y la psicología de la salud y, hoy, como ya hemos apuntado, en aquellos países en donde existe claramente delimitado el papel del psicólogo de la salud se ha ido imponiendo este término, coincidiendo las mismas aplicaciones para la persona que trabaja en medicina comportamental y en psicología de la salud.

La psicología de la salud es hoy en día una de las ramas de la psicología de mayor vitalidad. Aparecida a finales de los años 70, en muy pocos años se ha ido convirtiendo en los países desarrollados en un campo de intervención central para el psicólogo, siendo lo más probable que desplace en importancia al psicólogo clínico en el futuro. En Estados Unidos se puede ya hablar de la consolidación de la psicología de la salud tanto a nivel teórico, como investigador, formativo y profesional. Su sistema de salud, distinto a otros existentes en Europa o en Latinoamérica, también han favorecido este hecho, ante los enormes costos del sistema de salud y al hecho hoy incontestable de que la causa de la mortalidad y de la morbilidad está básicamente en nuestros comportamientos inadecuados. La situación no es la misma en España o en los distintos países de América Latina, aunque se va en la misma dirección.

En España podemos afirmar que el nivel de investigación en psicología de la salud es bueno (Reig, 1989; Rodríguez-Marín, 1991) y el nivel docente aceptable, dado que existen diversos Master de posgrado en varias universidades y los contenidos esenciales de esta disciplina se cursan a lo largo de la licenciatura. Donde la situación no es tan buena es en el nivel profesional, o lo que es lo mismo, del número de psicólogos de la salud empleados como tales. Esto todavía no es una realidad sino un deseo al que le quedan pocos años por cumplirse. Algo semejante ocurre en Latinoamérica y la razón es bien sencilla: la psicología de la salud no aparece, se desarrolla y se implanta, hasta que previamente se ha desarrollado extensamente la psicología clínica (Pérez, 1991).

Aunque la psicología de la salud propone como central el modelo biopsicosocial (Engel, 1977; Santacreu, 1991), éste no es el modelo predominante en la psicología clínica (Belloch y Olabarría, 1993) y, aunque no estemos de acuerdo con distinciones como salud física y salud mental, son distinciones que muchos planificadores consideran como tales y, consiguientemente sólo es posible llegar a intervenir en esa parte "física" cuando se ha establecido y consolidado la intervención en esa otra parte "mental" y, además, siempre que se utilicen técnicas comportamentales que permitan posteriormente desarrollar el campo de la psicología de la salud. Sino, estaríamos hablando de otros términos y áreas como psicología médica, medicina psicosomática, educación para la salud, etcétera. Y,

cuando ambas están implantadas, es la "división del trabajo", en palabras de Pérez (1991) la que delimita la psicología clínica de la psicología de la salud, y de nuevo volvemos a caer en la división del trabajo a nivel real, como claramente se aprecia en los más recientes manuales disponibles de psicología clínica (Phares, 1992) y psicología de la salud (Bishop, 1994), como en los currículos académicos de formación de una y otra área, sea de pregrado o de posgrado y en donde la psicología clínica queda reducida a los trastornos clásicos "mentales" y la psicología de la salud a los nuevos, para la psicología, trastornos "físicos" en que puede intervenir eficazmente la psicología con las técnicas comportamentales. Por ello, volvemos a insistir, si no se consolida primeramente la psicología clínica va a ser difícil llegar a ver la aparición, y menos la consolidación, de la psicología de la salud (Santacreu, 1991).

En España, el actual sistema de formación posgraduado de los Psicólogos Internos Residentes (P.I.R.) de la administración sanitaria pública forma a los psicólogos en el "campo de la salud mental" y, por ello, su formación básicamente se hace en salud mental y escasamente en las temáticas relacionadas con el campo de estudio y aplicación de la psicología de la salud. En cambio, hay que reconocer, que el nivel investigador existente en psicología de la salud en España es bueno y amplio, como lo muestran varios libros publicados (Buceta, 1990; Buceta y Bueno, 1990; Simón, 1993) y una revista dedicada a esta temática (la *Revista de Psicología de la Salud*).

El campo de la psicología de la salud está muy influenciado por la historia y el estatus actual de la psicología del contorno sociocultural en cuestión (Stone, 1990). En Latinoamérica el desarrollo de la psicología de la salud depende del desarrollo de la psicología en cada país, del modelo teórico dominante y de la mayor o menor consolidación de la psicología clínica, que es, como ya hemos visto, el antecedente para la posterior consolidación de la psicología de la salud. Destacaríamos en este sentido distintos números monográficos de revistas publicados en la *Revista Latinoamericana de Psicología* (Donovan, 1988), en la de *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana* (Ardilla, 1992), y este mismo número monográfico sobre psicología de la salud de la revista *Psicología Contemporánea*. En México el desarrollo de la modificación de conducta también se ha visto favorecido desde la elaboración de modelos teóricos (Ribes, 1990), como distintas aplicaciones de la psicología de la salud (Oblitas, 1989; Oblitas y Becoña, 2001; Oblitas, 2003, 2004 y 2004^a) y revisiones sobre el tema (Moscoso y Oblitas, 1994). Algo semejante ha ocurrido en otros países, como Colombia (Vinaccia, 1989).

Como conclusión más importante, la psicología de la salud es el campo de mayor futuro de la psicología para las próximas décadas y, por tanto, es 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.

Referencias

- Ader, R. (ed.) (1981). *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.
- Ader, R., Cohen, N. y Feltn, D.L. (eds.) (1991). *Psychoneuroimmunology, 2nd ed.* New York: Academic Press.

Amezcuca, C. (1992). Medicina conductual: hacia una definición. *JANO*, 42, 289-294.

Amigo, I., Buceta, J.M., Becoña, E. y Bueno, A.M. (1991). Cognitive behavioural treatment for essential hypertension: A controlled study. *Stress Medicine*, 7, 103-108.

Ardilla, R. (ed.) (1992). Salud y psicología. Número monográfico de *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 10, 1-109.

Baer, D.M., Wolf, M.M. y Risley, T.R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.

Bayés, R. (1979). *Psicología y Medicina*. Barcelona: Fontanella.

Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez-Roca.

Bayés, R. (1994). Podemos parar el Sida. *JANO*, 47 extra, 44-51.

Bayés, R. (1995). *Sida y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.

Becoña, E. (1994). La recaída y la prevención de la recaída en los exfumadores. *Psicología Contemporánea*, 1, 29-38.

Becoña, E. y Fuentes, M.J. (1994). El juego patológico en la tercera edad en Galicia. En *Actas de la IV Reunión de la Sociedad Española de Psicogeriatría y Gerontopsiquiatría*. Madrid: Sociedad Española de Psicogeriatría y Gerontopsiquiatría.

Becoña, E., Vázquez F.L. y Oblitas, L. (1995). Antecedentes y desarrollo de la Psicología de la Salud. *Psicología Contemporánea*, 2. Belar, C.D. (1990). Issues in training clinical health psychologists. *Psychology and Health*, 4, 31-37.

Belloch, A. y Olabarría, B. (1993). El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Clínica y Salud*, 4, 181-190.

Bishop, G.D. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Singapore : Allyn y Bacon.

Blancarte, A.L., Murphy, K.J. y Reilley, R.R. (1991). *Health Psychology: Status and trends*. *Psychological Reports*, 69, 189-190.

Blanchard, E.B. (1994). Behavioral medicine and health psychology. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th ed. (pp. 701-733). New York: Wiley.

Bermúdez, J. (1993). Psicología de la salud. Programas preventivos de intervención comunitaria. En M.A. Vallejo y M.A. Ruíz (coord.), *Manual práctico de modificación de conducta*, vol. 2 (pp. 747-780). Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Broskowski, A. (1981). The health-mental health connection: An introduction. En A. Broskowski, E. Marks y S. Budmands (eds.), *Linking Health and Mental Health Services*. Beverly Hills: Sage.

Buceta, J.M. (ed.) (1987). *Psicología clínica y salud. Aplicación de estrategias de intervención*. Madrid: UNED.

Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (ed.) (1990). *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema.

Caballo, V. (comp.) (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.

Casas, M. y Gossop, M. (coord.) (1993). *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Sitges, Barcelona: Ediciones en Neurociencias-Citrán FISP.

Coates, T.J. y Demuth, N.M. (1984). An analysis of competencies and training needs for psychologists specializing in health enhancement. 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* (pp. 1196-1203). New York: Wiley.

Costa, M. y López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez-Roca. Creer, T.L. (1982). Asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 912-921.

Díaz-Guerrero, R. (1984). Behavioral health accross cultures. 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* (pp. 164-178). Nueva York: Wiley.

Doll, R. y Peto, R. (1989). *Las causas del cáncer*. Barcelona: Salvat.

Donker, F.J.S. (1991). Medicina conductual y psicología de la salud. En G. Buela-Casal y V. Caballo (comps.), *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 3-14). Madrid: Siglo XXI.

Donovan, D. A. (ed.) (1988). Psicología de la salud. Número monográfico de la *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20, 1-126.

Duncan, D.F. (1990). Health education and health psychology: A comparison throught content analysis of representative journals. *Psychological Reports*, 66, 1057-1058.

Duncan, D.F. (1991). Health psychology and clinical psychology: A comparison through conten analysis. *Psychological Reports*, 68, 585-586.

Edelmann, R.J. (1994). An introduction to health psychology. En S.J.E. Lindsay y G.E. Powell (eds.), *The handbook of clinical adult psychology, 2nd ed.* (pp. 486-514). London: Routledge.

Emmelkamp, P.M.G. (1994). Behavior therapy with adults. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th ed.* (pp. 379-427). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136. Foa, E.B. y Emmelkamp, M.G. (eds.) (1983). *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.

Freixa, E. (1991). Psiconeuroinmunología: El condicionamiento de las respuestas inmunitarias. En G. Buéla-Casal y V. Caballo (comps.), *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 15-25). Madrid: Siglo XXI.

García, M.P. y Becoña, E. (1994). Manuales de autoayuda para dejar de fumar. *Adicciones*, 6, 73-89.

Gossop, M. (ed.) (1989). *Relapse and addictive behaviour*. London: Tavistock/Routledge.

Graña, J.L. (ed.) (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.

Hirschman, R.S. y Leventhal, H. (1989). Preventing smoking behavior in school children: An initial test of a cognitive-development program. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 559-583.

Ibañez, E. y Durá, E. (1990). Tratamientos psicológicos específicos para el enfermo oncológico: una revisión. *Cadernos de Psicología*, 9, 21-27.

Joseph, J. G., Montgomery, S.B., Emmons, C.A., Kessler, R.C., Ostrow, D.G., Wortman, C.B., O'Brien, K., Eller, M. y Eshleman, S. (1987). Magnitude and determinants of behavioral risk reduction: Longitudinal analysis of a cohort at risk for AIDS. *Psychology and Health*, 1, 73-96.

Kazdin, A.E. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer (original 1978)

Kazdin, A.E. (1992). *Research design in clinical psychology*, 2nd ed. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

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*, 4th ed. (pp. 19-71). New York: Wiley.

Krantz, D.S., Grunberg, N.E. y Baum, A. (1985). Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 36, 349-383.

Labrador, F.J. (1992). *El estrés*. Madrid: Temas de Hoy.

Labrador, F.J. y Crespo, M. (1995). Caracterización de los aspectos cognitivos en la respuesta de estrés. *Psicología Contemporánea*, 2.

Labrador, F., Cruzado, J. y Muñoz, M (eds.) (1993). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford Press.

Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.

Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral Health: A 1990 challenge for the health services professions. En J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herder, N.E. Miller y S.M.

Weiss (eds.), *Behavioral health. A handbook of health enhancement and disease prevention*. Nueva York: Wiley.

Matarazzo, J.D., Best, J.A., Belar, C., Clayman, D., Jansen, M., Jones, P., Russo, D. y Sheridan, E. (1983). Working group on postdoctoral training for health psychology service provider. *Health Psychology, 2*(Suppl.), 141-145.

Matthews, K.A. y Avis, N.E. (1982). Psychologists in schools of public health: Current status, future prospects, and implications for other health settings. *American Psychologist, 37*, 949-954.

Meichenbaum, D.H. y Jaremko, M.E. (Eds.) (1983). *Stress regulation and prevention*. Nueva York: Plenum.

Melzack, R. y Wall, P.D. (1982). *The challenge of pain*. Nueva York: Basic Books.

Moscoso, M.S. y Oblitas, L.A. (1994). Hacia una psicología de la salud en el año 2.000: Retos y promesas. *Psicología Contemporánea, 1*, 7-15

Oblitas, L. (1989). Características del hábito de fumar en una población universitaria. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 2*, 165-175.

Oblitas, L. y Becoña, E. (2001). *Psicología de la salud*. México: Triliza y Valdes

Oblitas, L. (2003). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.

Oblitas (2004). 20 enfoques psicoterapéuticos contemporáneos. Bogotá: www.psicologiacientifica.com

Oblitas, L. (2004^a). Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria. Bogotá: www.psicologiacientifica.com) (en prensa) OMS (1978). *Atención Primaria de Salud. Alma-Ata*. "Salud para todos" núm. 1.

OMS (1982). *Séptimo Programa General de Trabajo para el período 1984-1989*. Informes Técnicos núm. 8.

O'Neil, P. (1983). *La salud en peligro en el año 2000*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pérez, M. (1991). Medicina, psicología de la salud y psicología clínica. *Revista de Psicología de la Salud, 3*, 21-44

Peto, R., López, A., Boreham, J., Thun, M. y Heath, C. (1994). *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*. Oxford, U.K.: Oxford University Press.

Phares, E.J. (1992). *Clinical psychology. Concepts, methods, and profession*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Piédrola, G. (1988). Concepto de medicina preventiva y salud pública. En G. Piédrola y cols. (eds.), *Medicina preventiva y salud pública* (pp. 3-14). Barcelona: Salvat.

Polaino-Lorente, A. y Gil, J. (1994). *Psicología y diabetes infantojuvenil*. Madrid: Siglo XXI.

Prokop, C.K. y Bradley, L.A. (eds.) (1981). *Medical psychology. Contributions to behavioral medicine*. Nueva York: Academic Press.

Prokop, C.K., Bradley, L.A., Burish, K.O., Anderson, K.O. y Fox, J.E. (1991). *Health psychology. Clinical methods and research*. New York: McMillan.

Raps, C.S., Peterson, C., Jonas, M. y Seligman, M.E.P. (1982). Patient behavior in hospitals: Helplessness, reactance, or both? *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 1036-1041.

Reig, A. (1985). *La Psicología en el sistema sanitario*. Papeles del Colegio, 20, 7-12.

Reig, A. (1989). La psicología de la salud en España. *Revista de Psicología de la Salud*, 1, 5-49.

Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez-Roca.

Rodríguez-Marín, J. (1991). Psicología de la salud: situación en la España actual. *Revista de Psicología de la Salud*, 3, 55-91.

Saldaña, C., García, E., Sánchez-Carracedo, D. y Tomás, I. (1994). Aproximación conductual al tratamiento de la obesidad y del seguimiento crónico de dietas. En J.L. Graña (ed.) (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 667-703). Madrid: Debate.

San Martín, H. (1982). *La Crisis Mundial de la Salud. Problemas actuales de epidemiología social*. Madrid: Karpos.

Sánchez-Elvira, A. y Bermúdez, J. (1990). Intervención sobre el patrón de conducta tipo A. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (eds.) (1990). *Modificación de conducta y salud* (pp. 85-125). Madrid: Eudema.

Santacreu, J. (1991). Psicología Clínica y Psicología de la Salud: Marcos teóricos y modelos. *Revista de Psicología de la Salud*, 3, 3-20.

Schlesier-Stropp, B. (1984). Bulimia: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 95, 247-257.

Schwartz, G.E. y Weiss, J.M. (1977). *What is behavioral medicine?* *Psychosomatic Medicine*, 6, 187-198.

Shapiro, A.K. y Goldstein, I.B. (1982). Biobehavioral perspective on hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 841-858.

Sheridan, E.P., Matarazzo, J.D., Boll, T.J., Perry, N.W., Weiss, S.M. y Belar, C.D. (1988). Postdoctoral education and training for clinical service providers in health psychology. *Health Psychology*, 7, 1-17.

Simón, M.A. (coord.) (1993). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.

Stone, G.C. (1979). Psychology and the health system. In G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Adler (Eds.), *Health psychology*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Stone, G.C. (1983). Proceedings of the National Working Conference on Education and Training in Health Psychology. *Health Psychology, 2* (suppl.5).

Stone, G.C. (1990). An international review. *Psychology and Health, 4*, 2-17.

Taylor, S.E. (1990). Health Psychology. The science and the field. *American Psychologist, 45*, 40-50.

Thompson, R.J. y Matarazzo, J.D. (1984). Psychology in United States medical schools: 1983. *American Psychologist, 39*, 988-995.

Timko, C. y Moos, R.H. (1989). Choice, control, and adaptacion among elderly residents of sheltered care settings. *Journal of Applied Social Psychology, 19*, 636-655.

Turk, D.C., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. Nueva York: Guilford Press.

U.S.D.H.H.H. (1993). *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.

Vallejo, M.A. y Ruiz, M.A. (eds.) (1993). *Manual práctica de modificación de conducta, 2 vols*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Vázquez, M.I. y Buceta, J.M. (1995). Intervención psicológica en el asma bronquial. *Psicología Contemporánea, 2*.

Vinaccia, S. (1989). Psicología de la salud en Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología, 21*, 255-260.

Whitehead, W.E. y Bosmajian, L.S. (1982). Behavioral medicine approaches to gastrointestinal disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 972-983.

Weiss, S.M. (1982). Health psychology: The time is now. *Health Psychology, 1*, 81-91.

Wilcox, V.L., Kasl, S.v. y Berkman, L.F. (1994). Social support and physical disability in older people after hospitalization: A prospective study. *Health Psychology, 13*, 170-179.

Yates, B.T. (1985). Cost-effectiveness analysis and cost-benefit analysis: An introduction. *Behavioral Assessment, 7*, 207-234.

CALIDAD DE VIDA, SALUD Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD: HECHOS Y REFLEXIONES

*Jorge A. Grau Abalo
Carmen Regina Victoria García-Viniegras*

Si algún vocablo técnico ha pasado a formar parte del lenguaje popular en los últimos años, además del de "estrés", es el de "calidad de vida". En efecto, todo el mundo habla de estos fenómenos y su uso ha llegado a ser tan extenso que se ha formado una aureola de indistinción con los mismos, al ser empleados para muy variados contextos. Políticos, economistas, médicos, psicólogos, educadores, sociólogos y periodistas, hablan indistintamente de calidad de vida (CV), al tiempo que este fenómeno representa una especie de premisa o aspiración, sustento de todo tipo de discursos. Su abordaje científico constituye un terreno donde varios especialistas aportan sus enfoques. A la altura del siglo XXI todas las opciones y contribuciones en este tema aún no se pueden integrar armónicamente.

Intentaremos apenas una aproximación a los problemas más actuales de su estudio desde las perspectivas de la Psicología y para la Salud. Tal aproximación no podría lograrse sin una clara convicción de los límites de cada disciplina, ni tampoco con la hiperbolización de una vertiente en su conceptualización o medición, a expensas de otra. El estudio de la CV invita a abandonar posiciones tradicionales y vislumbrar fuentes comunes de abordaje, aún cuando nos centremos en la perspectiva psicológica. Si la prevención de la enfermedad o la promoción de la salud constituyen también metas indiscutibles para la Psicología de la Salud, habría que aceptar que el tema de "calidad de vida" es prioritario para esta disciplina.

Casi todos los autores coinciden en afirmar que el término aparece en la década del 70 y tuvo su expansión hacia los años 80, encubierto por el desarrollo de conceptos tales como los de bienestar, salud y felicidad. Aunque su prehistoria data de las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea, es en el contexto del debate entre los indicadores materiales y subjetivos del bienestar en el que surge propiamente el término. Algunos (Ferrel y cols, 1989; Grau, 1997) remontan las primeras contribuciones del término a trabajos teóricos de Filosofía y Ética y aseguran que en algunos trabajos clásicos se usó este término para discutir los problemas del significado de la vida y las dimensiones espirituales del sufrimiento. Bech (1993) reporta que la primera persona pública que utilizó el término fue el presidente estadounidense Lyndon B. Johnson, en 1964. Otros señalan que su desarrollo inicial tuvo lugar en las Ciencias Médicas, para extenderse rápidamente a la Psicología y la Sociología, intentando desplazar otros términos más difíciles de operativizar como bienestar y felicidad (Moreno, Ximénez, 1996). Lo cierto es que, mientras la mayoría de los trabajos sobre CV a principios de la década de los 80 provenía de las ciencias médicas, en una proporción de 10:1 con relación a trabajos psicosociales, hacia finales de esta década, tal proporción se había invertido (Friedman, DiMatteo, 1989). Otros autores (Reimel, Muñoz, 1990) plantean que el término fue popularizado en los años 50 en el marco de los estudios de opinión pública del economista norteamericano J. K. Galbraith, en estudios realizados en consumidores que buscaban el mejor sitio para residir, basándose en datos "objetivos" que fueron criticados al brindar información sesgada por no incorporar la dimensión valorativa.

De cualquier modo, hay consenso en que la evolución de este concepto se caracterizó por una continua ampliación. Si en las antiguas civilizaciones se asociaba al cuidado de la salud personal, luego se centró en la preocupación por la salud e higiene públicas, extendiéndose posteriormente a los derechos humanos,

laborales y ciudadanos, e incluyendo sucesivamente la capacidad de acceso a los bienes económicos y, finalmente, la preocupación por la experiencia del individuo de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. En este decurso, los indicadores han evolucionado desde la vertiente de las "condiciones de vida" hasta la experienciación (percepción, valoración) de estas condiciones.

Ya en el contexto de salud, este concepto se convirtió, desde 1977, en categoría de búsqueda en el *Index Medicus* y en palabra clave en el sistema *Medline*, aunque llegó a ser realmente popular entre los investigadores de la salud durante la década del 80 (Hollandsworth, 1988). A partir de entonces, la tendencia ha sido al crecimiento, en gran parte determinado por la prevalencia de enfermedades crónicas y el aumento en la esperanza de vida, lo que hace de la CV un objetivo de la atención médica, cuando no es posible aumentar la cantidad de la vida misma, o cuando comienza a importar más la satisfacción con la vida que el incremento en pocos años, al acercarse la cantidad de la vida a sus propios límites biológicos (Lara-Muñoz y cols, 1995). En una búsqueda computarizada de tres años (1978-1980) se encontraron aproximadamente 200 artículos que incluían en el título el término "CV". En un sólo año (enero-diciembre de 1991), Lara-Muñoz y cols (1995) encontraron 829 trabajos en las que se incluía la CV como descriptor, 205 de ellos en español e inglés. En 1990, la revista *Medical Care* publicó una lista de trabajos relacionados con la CV de pacientes con diferentes padecimientos, 108 de estos trabajos eran en pacientes oncológicos. De esta forma, a la par que crecía el número de estudios sobre CV, este concepto iba sufriendo un proceso de maduración, aumentando de complejidad y, a la vez, enriqueciendo su vulnerabilidad.

Problemas fundamentales en la investigación de la calidad de vida en el contexto de salud

Subsisten tres grandes grupos de problemas al abordar el desarrollo de los estudios en este tema. El primero es el de su *indistinción conceptual*, determinada en gran parte por su naturaleza compleja. Como resulta con muchos otros constructos, ha resultado más fácil medirla que definirla; suele confundirse con otras acepciones como bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad (Grau, 1997; Victoria, 2000). Campbell y cols (1976) han señalado que la CV es una entidad vaga y etérea, algo de lo que todo el mundo habla, pero que nadie sabe exactamente de qué se trata. A tal punto ha llegado su indistinción.

En realidad, el concepto de CV es extenso o ambiguo. Si a un fenómeno tan complejo como es la vida humana se le despoja de su dimensión temporal (la cantidad), todos los atributos restantes corresponden a la calidad. La cantidad de vida se expresa en esperanza de vida en años, tasas de mortalidad, etc., pero la calidad requiere otro tipo de indicadores (Ware, 1987). No por gusto se afirma que definirla adquiere connotación filosófica (Slevin y otros, 1988). Históricamente, se le ha asociado a conceptos como los de "felicidad" y "bienestar", y también con el de "virtud" (Bradburn, 1969; Fordyce, 1988; Marías, 1989; García-Riaño, 1991; Strack, Argyle y Schwartz; 1991; Argyle, 1992; Nordenfelt, 1993; Diener, 1994). Levi y Anderson, asumiendo una propuesta de la ONU, afirman que es una "medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa...las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenencia a ciertas instituciones y confianza en otros..." (1980, p. 6-7). Brengelmann entiende por calidad de vida "cosas como disfrutar de libertad, desarrollar la iniciativa, cultivar hábilmente las relaciones sociales, estar satisfecho,

presentar escasas molestias psicosomáticas, ingerir pocas pastillas, no estar enfermo, poseer una buena profesión, tener un buen empleo y encontrar sentido a la vida, independientemente de si éste consiste en valores materiales o ideales..." (1986, p. 48). Andrews y Withey (1976) insisten en que no es el reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de su evaluación por el individuo.

La diversidad de definiciones es enorme..., algunos autores proponen "sustituir" el concepto de CV por otros (Kaplan y Bush, 1982; Gafni, Birch y Menrez, 1993). Otros autores la definen atendiendo únicamente al ámbito de la salud y entienden que es el valor asignado a la duración de la vida en la medida que puede ser modificada por los deterioros, estados funcionales, percepciones y oportunidades sociales que son influenciados por la enfermedad, las lesiones, los tratamientos o la política de salud (Patrick y Erickson, 1993a, 1993b). Últimamente se ha logrado consenso en definirla con referencia al bienestar de las personas (Szalai, 1980; Wiklund y otros, 1986; Celia y Tulsy, 1990; De Haes, Van Knippenberg, 1989; Chaturvedi, 1991; Schmale y otros, 1983; Wood-Dauphine, Williams, 1987; Victoria 2002; Victoria, 2003; y muchos otros). Griffin (1986), por ejemplo, considera el bienestar como aquel en el que el ser humano consigue satisfacer sus necesidades básicas. Muchos otros autores han ofrecido otras fórmulas; en realidad, no existe un marco teórico general al que acudir; las investigaciones generan más y más definiciones (Grau, 1997; Moreno, Ximénez, 1996).

Asociado a lo anterior, se erigen los problemas relacionados con la naturaleza de la CV, de sus *componentes subjetivos y objetivos*. Al primero de ellos corresponden definiciones globales basadas en el bienestar y sus dos marcadores básicos: la satisfacción y la felicidad. La satisfacción adquiere aquí carácter de componente más "cognitivo", mientras que la felicidad sería un componente más "afectivo". Veenhoven (1991), por ejemplo, define la satisfacción vital como el grado en que un individuo juzga favorablemente la calidad de vida como un todo. Se ha planteado si la felicidad es un rasgo o un estado pasajero (Veenhoven, 1994; Argyle, 1992; Grau, 1997); Veenhoven afirma que no es un rasgo temporalmente estable ni situacionalmente consistente, ni tampoco es totalmente intrínseco al individuo, sino el resultado de la interacción de la persona y sus condiciones sociomateriales de existencia. El componente objetivo de la CV se refiere a las condiciones materiales de vida, al nivel de vida e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto (presencia o no de síntomas, funcionamiento físico) y que suelen aparecer en las definiciones multidimensionales usadas para el desarrollo de instrumentos de medición (Grau, 1997). No hay duda de que "la calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida" (Cabrera, 1998).

Por otra parte, la cuestión de la objetividad puede referirse al viejo problema de quién hace la evaluación: si un observador externo o la propia persona (Slevin y otros, 1988; Fayos y Beland, 1981; De Haes, Van Knippenberg, 1987). Esto es particularmente importante en lo que se refiere a la CV con relación a la salud, y, especialmente, en la resolución de los *problemas metodológicos* de su evaluación. En los últimos años, parece mucho más útil el estudio de su componente subjetivo, de su naturaleza psicológica, evaluada por el propio individuo (De Haes y Van Knippenberg, 1987, 1989; Lara-Muñoz y cols, 1995; Grau, Jiménez, Chacón y otros, 1995; Grau, 1997). Como se ha planteado (Moreno, Ximénez, 1996; Grau, 1997), las condiciones "objetivas" se refractan a través de las aspiraciones, de las expectativas, de referencias vividas y conocidas, de las necesidades y valores de las personas, de sus actitudes y emociones, y es a través de este proceso que se convierte en bienestar subjetivo. No basta con que aumenten los indicadores

socioeconómicos para generar satisfacción, bienestar y felicidad; está claro que no siempre el sufrimiento o la felicidad están determinados por el nivel de vida; la opulencia social y el consumismo de bienes no significan, definitivamente, CV (Campbell y otros, 1976; Grau, 1997).

Si la CV es una valoración subjetiva, no puede prescindirse entonces de la valoración del sujeto; cada uno debe ser considerado la persona más capaz de sopesar satisfacciones e insatisfacciones con su vida (De Haes, Van Knippenberg, 1989; Gill y Feinstein, 1994; Winefeld, 1995, Victoria, 2002). En el contexto de la atención sanitaria, este asunto es particularmente importante. Slevin y cols (1988) han concluido que el juicio exclusivo de los agentes de salud no es suficiente, debe contarse con la evaluación de los pacientes. Es conocido el trabajo de Jachuk y cols (1982; cit: Friedman y DiMatteo, 1989), quienes preguntaron a médicos, pacientes y familiares sobre la CV de hipertensos que habían iniciado un nuevo tratamiento: el 100 % de los médicos consideraron que había mejorado la CV de sus pacientes, el 49 % de los enfermos percibieron alguna mejoría, mientras que el 96 % de los familiares consideraron que era igual o peor....Discernir de qué depende esta evaluación que realiza cada individuo es la clave para mejorar realmente la CV de las personas (Batista-Foguet, Artés, 1994).

El papel de los factores psicológicos que condicionan el grado de satisfacción o bienestar, es determinante para el proceso de evaluación. Así, desde el campo de la Psicología, la CV se convierte en un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones de la vida; se centra en la percepción de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y en los elementos integrantes de la misma. Si se considera la calidad de vida en su dimensión subjetiva, determinada por la valoración que hace el sujeto de su propia vida, entonces lo más importante es la percepción que el sujeto tiene de ella. Joyce y colaboradores desarrollaron una escala denominada *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life* (SEIQoL), partiendo de que "la calidad de vida es claramente un atributo de la persona, que algunos autores identifican como una actitud, un rasgo de personalidad, una respuesta situacional o un estado sentimental o un juicio racional, pero que, de cualquier manera, es un asunto personal" (Joyce, 1999).

Teniendo en cuenta que la CV debe conceptualizarse como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de sus ambientes de vida y, por tanto, depende de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno, al incorporar la dimensión subjetiva hay que subrayar el papel que tiene la satisfacción y su medición a través de juicios cognitivos y reacciones afectivas (Diener, 1984, 1994, Victoria, 2004). Sin embargo, existen opiniones divergentes con relación a la satisfacción (Reimel, Muñoz, 1990), asociándola a factores intrínsecos (reconocimiento, progreso, autorrealización) y extrínsecos (status, salarios, seguridad), o conceptualizándola en términos de una actitud. Esto ha permitido examinarla bajo el prisma de diferentes modelos teóricos: el modelo de medición perceptual de Rice y sus cols, los modelos basados en la teoría social-cognitiva de Bandura y Jeller, la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen, la teoría de la ecología del desarrollo de Bronfenbrenner, y otras propuestas que pueden revisarse con detenimiento en la bibliografía (Reimel y Muñoz, 1990). Este es aún un camino incipiente que habrá de desarrollarse en los próximos años y puede servir de substrato al enfoque psicológico en la conceptualización de la CV y su evaluación.

Un problema de trascendencia metodológica que se discute actualmente es el de los componentes, es decir, si la CV debe definirse como medida global que se evalúa en su totalidad (Szalai, 1980; Fayos y Beland, 1981; De Haes y Van Knippenberg,

1987) o si se define en función de determinadas dimensiones relevantes en cierto contexto (Harwood, 1976; Shaw, 1977; Hörsnquit, 1982). La primera opción ha sido hiperbolizada; al considerar que es mejor preguntar simplemente a la persona sobre ello. El "HAY" (How are you?) sería un sencillo instrumento que sirve de ejemplo de esta tendencia (Maes, Bruil, 1995). Muchos autores han enlistado esferas o dimensiones de CV (Flannagan, 1978; Hutchinson y cols, 1979; Ware, 1984; Jenkins y cols, 1990). Al estar ausente una clara definición teórica, la elección de estas áreas resulta arbitraria, con base en intentos particulares de operacionalización del concepto. Se observa cierto consenso últimamente en considerar a la CV total como un constructo incluyente de todos los factores que impactan la vida del individuo. Pero el problema no es tan sencillo y no se resuelve fácilmente por consenso.

Un tercer grupo de problemas al que se enfrentan los investigadores de la CV es el de las dificultades inherentes a su *evaluación*. Su naturaleza bipolar objetiva-subjetiva y su multidimensionalidad, compleja e indeterminada, otorgan a su evaluación diversos matices en función de la alternativa a ejecutar. A estos problemas se añade el que los instrumentos no siempre cumplen requisitos mínimos de construcción y generalización de resultados (Victoria, 1992; Grau, 1997). Un problema instrumental frecuente es el de la validez y la fiabilidad de los métodos de evaluación. Para poder medir fiabilidad hay que suponer la estabilidad de la variable medida. Sin embargo, este supuesto no resulta válido en muchas mediciones de CV; en particular, cuando se intenta evaluar el estado de salud o su impacto en el bienestar subjetivo a través de variables inestables. Por otra parte, no siempre es posible establecer la consistencia interna a través del establecimiento de grupos de variables que tienden a covariar conjuntamente. La propia validez depende en mucho de la definición operacional de la variable medida, por lo que muchos autores reportan dificultades al establecer elementos criteriosales o al intentar validaciones de constructo (Grau, 1997).

La primera característica que tiene que tener un instrumento de evaluación es la validez de constructo. Consecuentemente, Gill y Feinstein (1994) han introducido el concepto de "validez aparente" para explicar y suplir la falta de claridad en el significado y medición de la CV. Ellos afirman: "...desde los años 70, las mediciones de la CV han aumentado desde una pequeña industria hasta una gran empresa académica. Además, el desarrollo de nuevos instrumentos para medirla se ha hecho más complejo y actualmente se caracteriza por una multiplicidad de pasos que consumen tiempo y una intensa labor en la selección de ítems, su reducción posterior, pre-pruebas y evaluaciones cuantitativas para lograr reproducibilidad y validez...". En consecuencia, se preguntan "si los principios psicométricos académicos, aunque quizás estadísticamente elegantes, serían satisfactorios para las metas clínicas de indicar lo que los médicos y los pacientes perciben como CV..."

Unido a estas dificultades, el escaso tamaño de las muestras, el descuido de variables intervinientes, la generalización de instrumentos que no han tenido suficiente validación previa, entre otras, empeoran el cuadro general que se refiere a la medición apropiada de la CV (Kaplan, Bush, Berry, 1976; De Haes, Van Knippenberg, 1987; Bowling, 1994; Moreno, Ximénez, 1996; Grau, 1997). Un problema específico es el de la limitada estandarización y generalización de los resultados. Algunos de ellos pueden, en la clínica, ser interpretados directamente; otros, con valores cuantitativos, deberán ser interpretados a la luz de resultados normativos procedentes de estudios en muestras representativas, lo cual no siempre se ha logrado. Esto entorpece el avance del conocimiento científico (Grau, 1997).

Además de todo lo anterior, es importante tener en cuenta el relativismo sociocultural en la medición de la CV. Aún son pocas las adaptaciones transculturales de instrumentos para evaluar CV y categorías afines (Victoria, 1999). Hoy se considera muy cuestionable el intento de desarrollar un modelo de consenso para evaluarla, ya que las diferencias transculturales imposibilitarían llegar a un sistema único. En realidad, la gente valora ciertas cosas en función de cómo lo han inducido su cultura y su biografía (Lolas, 1991; Lara-Muñoz y cols, 1995, Victoria, 2002).

Desde la perspectiva de la Psicología para la Salud, la evaluación de la CV tiene como objetivo principal determinar los efectos de los cuidados de salud, como intervenciones positivas, estimar las necesidades de la población, optimizar las decisiones terapéuticas y estudiar las causas e impacto de variables psicosociales intervinientes en el estado de salud (Moreno, Ximénez, 1996; Grau, 1997). Estas tareas han adquirido especial relevancia en los últimos años, toda vez que el interés médico se ha estado centrando actualmente no sólo en la supervivencia, sino en una supervivencia con calidad (Torrance, 1987; Grau, 1997; Victoria 1998). El hecho de que la mayoría de los estudios evaluativos se hayan desarrollado en el campo de la salud no es, entonces, casual. Es frecuente, incluso, encontrar en la literatura el concepto "calidad de vida relacionada con la salud" (quality of life-health related) (Grau, 1997). La salud es considerada uno de los principales valores del hombre, uno de los determinantes más importantes de la CV total, a la vez que repercute en el resto de los elementos o valores presentes en la CV y ésta es una resultante también de la atención a la salud. Por ello, muchos autores consideran que el concepto de salud no sólo es el valor predominante, sino aglutinante, entre los distintos integrantes de la CV (Kaplan, 1985; Moreno, Ximénez, 1996).

La medición de la calidad de vida con relación a la salud

La indefinición conceptual y metodológica en torno a la calidad de vida ha influido en el hecho de que los autores no se pongan de acuerdo en cuanto a las formas de evaluarla, y esta diversidad de instrumentos, generados por unos y otros autores, a su vez, ha redundado negativamente en la clarificación del constructo (Campbell, Converse y Rogers, 1976; Spilker, 1990; Stewart y Ware, 1992; Anderson, Aaronson y Wilkin, 1993; Cummins, 1993a, 1993b, 1994; Naughton y Wiklund, 1993; Walker y Rosser, 1993; Albrecht y Fitzpatrick, 1994; Bowling, 1994; Orlen y Kauyken, 1994; Parmenter, 1994; Rodríguez-Marín, 1994, 1995; Hays, Donald y Mazer, 1995; Fernández-Ríos y García-Fernández, 1999). Algunos autores, como Fernández-Ríos y García-Fernández (1999) distinguen entre evaluación de la CV en un nivel general y en un nivel específico. Ejemplos de los primeros pueden ser:

- *El Cuestionario de Calidad de Vida/The Quality of Life Questionnaire*, de Evans y cols. (1985), con 192 ítems agrupados en 15 escalas de contenidos y 1 de deseabilidad social, incluyendo los dominios: bienestar general (bienestar material, bienestar físico, desarrollo personal), relaciones interpersonales (maritales, con la familia extensa, extramatrimoniales o con amigos), actividad organizacional (altruismo, conducta política), actividad ocupacional (características laborales, relaciones en el trabajo, satisfacciones del trabajo), ocio y actividad recreativa (conducta creativa, actividad deportiva, conducta durante las vacaciones). Tiene buenas propiedades psicométricas y es un instrumento útil no sólo para evaluar la CV de una población, sino para diseñar intervenciones preventivas.

- *El Inventario de Calidad de Vida/Quality of Life Inventory*, de Frisch (1988), que evalúa satisfacción vital en 17 áreas; salud, autoconsideración, filosofía de la vida,

nivel de vida, trabajo, tiempo de ocio, aprendizaje, creatividad, servicio social, acciones cívicas, relaciones de afecto, amistad, relaciones con los hijos, relaciones familiares, hogar, vecindad y comunidad.

- *El Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud/World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL)*, de la OMS (1993). Persigue la evaluación transcultural de la CV más allá de los indicadores clásicos de salud, la propuesta inicial tiene 5 dominios, evaluados desde una percepción objetiva y subjetiva: dominio físico (dolor e incomodidad, energía y fatiga, actividad sexual, sueño, descanso y funciones sensoriales óptimas), dominio psicológico (sentimientos positivos, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos), nivel de dependencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de medicación o tratamientos, dependencia de sustancias no alcohólicas como tabaco y drogas, capacidad de comunicación, capacidad de trabajo, relaciones sociales, apoyo social práctico y actividades como proveedor o sostén), ambiente (seguridad física, ambiente del hogar, satisfacción en el trabajo, recursos financieros, disponibilidad y calidad de cuidado social y de salud, oportunidades para adquirir nueva información y destrezas, disponibilidad y participación en actividades de ocio, ambiente físico y transporte) y espiritualidad (religión y creencias personales).

Además de estos instrumentos de CV general, se dispone de otros instrumentos específicos para evaluarla ante problemas concretos de salud o en poblaciones concretas en temas no relacionados con la salud (estudiantes, profesores, atletas, en el trabajo, etc.) (Fernández-Ríos y García-Fernández, 1999). Así, los instrumentos para evaluar CV en la enfermedad mental difieren considerablemente de los utilizados para evaluarla en cáncer, o en VIH, o ante problemas cardíacos, o en la tercera edad, y no es correcto extrapolarlos para utilizarlos en otro campo diferente a aquel para el cual han sido diseñados y evaluados (Grau, 1997). Una amplia revisión de los principales trabajos que se han generado en esta dirección, puede encontrarse en bibliografía especializada (Fernández-Ríos y García-Fernández, 1999). En la evaluación de la CV ante trastornos específicos, se han diseñado instrumentos para los siguientes problemas de salud: drogadicción (Grichting y Barber, 1989; Welsh y cols, 1993; Eklund y cols, 1994), artritis reumatoide (Deyo, 1993; Krol y cols, 1993), asma (Marks y cols, 1992; Jones, 1993; French y cols, 1994), hiperplasia prostática (Epstein y cols, 1992); diabetes (Wilkby y cols, 1993); alopecia (Donk y cols, 1994); usuarios de atención primaria (Pakerson y cols, 1992); epilepsia (Vickrey y cols, 1992), enfermos crónicos (Buckhardt y cols, 1989; Bech, 1993); personas con trastornos del desarrollo (Dennis y cols, 1993; Evans y cols, 1993; Cummins, 1994; Schalock, 1994); personas con deterioro visual (Drummond, 1990); enfermedad de Parkinson (Shindler y cols, 1993); enfermedades de la piel (Salek, 1993); problemas hepáticos (Allen-Mersh y cols, 1994); incontinencia urinaria (Shumaker y cols, 1994), y muchos otros. Aquí, los que estudian CV en diferentes tipos de enfermos pueden encontrar una variedad de instrumentos más o menos idóneos para el propósito de su trabajo.

Desde una perspectiva general, los instrumentos empleados para evaluar CV podrían agruparse como: 1) Escalas o índices de problemas específicos: actividad, validez, etc.; los más conocidos son los Índices de Karnofsky y de Katz, 2) Pruebas o escalas de evaluación psicológica, como el Inventario de Personalidad de Eysenck, el Cuestionario General de Salud (CHQ), la Escala de Ajuste Psicológico a la Enfermedad (PAIS) y el Inventario Breve de Síntomas, 3) Instrumentos especialmente diseñados para evaluar CV, como el Índice de Spitzer y el Índice Funcional de Vida en Cáncer (FLIC) (Lara-Muñoz y cols, 1995). El tercer subgrupo puede clasificarse desde diversos ejes: a) de acuerdo con sus objetivos:

instrumentos que evalúan variables aisladas relacionadas con la CV (dolor, por ejemplo) e instrumentos que intentan evaluar la CV misma (el Índice de Spitzer). Los instrumentos, a su vez, pueden ser genéricos (para cualquier problema de salud) o específicos (por ejemplo, para cáncer de mama); b) dependiendo del número de dimensiones: medidas unidimensionales o globales (el HAY), y multidimensionales (el FLIC); c) de acuerdo con su forma de aplicación: la mayoría son escalas autoadministrables, unas pocas son calificadas por el entrevistador, como el Vitagrama y la Escala de Beretta; d) de acuerdo con su forma de respuesta: cuestionarios con respuesta en escalas tipo Likert, o en escalas análogas visuales. Por otra parte, teniendo en cuenta que las medidas usadas para evaluar CV se han utilizado frecuentemente para: 1) evaluar la satisfacción y el bienestar subjetivo, 2) determinar los niveles de salud (estatus de salud), y, 3) evaluar la preservación de habilidades funcionales ante la enfermedad (Moreno, Ximénez, 1996), sería imposible obviar una referencia panorámica a estas tendencias.

La *evaluación del bienestar subjetivo* se ha hecho con diferentes tipos de escalas y cuestionarios, dirigidos al estudio de la "satisfacción" global con la vida, como componente esencialmente cognitivo que expresa la valoración por el sujeto de las discrepancias entre sus expectativas y los logros alcanzados, y a la investigación de la "felicidad", componente de mayor connotación emocional que expresa el grado de afectividad positiva, es decir, alegría y regocijo como un estado actual (Grau, 1997). Entre estas medidas, las más conocidas son la "Escala de Equilibrio Afectivo" de Bradburn, las Escalas que miden bienestar y satisfacción de Andrews y Withey, el "Instrumento de Evaluación Multinivel" de Lawton, y las "Escalas de Satisfacción con la Vida" de Neugarten (Moreno, Ximénez, 1996; Grau, 1997).

En lo que se refiere estrictamente a la *evaluación de la salud en función de la calidad de vida*, resulta aún más difícil la operacionalización. La propuesta de un modelo multidisciplinar de salud, con su enfoque positivo, el desarrollo de los modelos salutogénicos con relación a la personalidad y algunos otros aspectos, hacen complejo el proceso de instrumentación de estas medidas. Así, si se considera que en el enfoque positivo de la salud tienen que ver las habilidades para enfrentarse a situaciones difíciles, el mantenimiento de fuertes sistemas de apoyo social, la integración en la comunidad, una alta moral y autoestima, el bienestar psicológico y el buen funcionamiento físico, se podrá comprender cuán inalcanzable resulta la operacionalización de estos modelos en función de la evaluación de la CV. De hecho, muchas medidas de salud se hacen a través de indicadores como "bienestar", "ajuste", "ejecución" o "funcionamiento social", reflejando la formulación multivariada de la salud.

Varios autores emplean indistintamente los términos de "estado de salud" y "calidad de vida" y los evalúan con los mismos instrumentos. De acuerdo con Spitzer (1987) y Lara-Muñoz y cols (1995), deben ser diferenciados, para lo cual suele emplearse el criterio del tipo de sujetos que se pretende sean evaluados. En el caso de los estados de salud, el foco sería la población general, sana o enferma, y el propósito es tener una medición grupal; en la CV, sería más pertinente restringirla a la experiencia individual, según sea afectada, digamos, por la enfermedad. Gill y Feinstein (1994) apoyan esta diferenciación; ellos señalan: "...desafortunadamente, mientras se logran con rigor las metas estadísticas de altos coeficientes de correlación y bajos valores de p , los investigadores pueden olvidar que, a diferencia de la belleza que descansa en el ojo del espectador, la CV es un atributo del paciente (sujeto) como persona. Consecuentemente, mientras declaran medir CV, muchos investigadores están realmente midiendo varios aspectos del status de salud. Los instrumentos pueden ser satisfactorios para indicar este status, pero la CV es percibida por cada persona individualmente. La necesidad de incorporar valoraciones y preferencias de pacientes (sujetos) es lo que distingue la CV de todas las otras mediciones de salud. Ellos recomiendan

incorporar la valoración, no sólo de la magnitud de las dimensiones que se consideren, sino la significación para cada persona en particular, y para ello sugieren permitir en los instrumentos ítems o escalas suplementarias, para que los sujetos identifiquen factores que no hayan sido inicialmente incluidos.

De esta manera, el enfoque subjetivo de la salud se ha centrado más en la percepción personal de salud, como aspecto importante relacionado con creencias, atribuciones, conductas de salud (incluyendo acciones protectoras y conducentes a la búsqueda de atención médica). Se ha señalado que la percepción del propio estado de salud está más asociada al uso de los servicios de salud que la condición clínica o patológica misma de la persona (Goldstein y cols, 1984; Friedman y DiMatteo, 1989); de aquí la importancia de contar con medidas que permitan estudiar la apreciación que las personas hacen de su salud.

Los instrumentos utilizados varían en un amplio espectro; muchos de ellos aún no han podido desprenderse del modelo centrado en la enfermedad, al incorporar en la lista síntomas emocionales o físicos. No es raro encontrar entre ellas, muchas escalas dirigidas a estudiar diferentes atributos o dimensiones del dolor, como uno de los aspectos más importantes en la evaluación de la salud (Moreno, Ximénez, 1996, Grau, 1997). Muchas de estas medidas han adquirido suficiente validez al evaluar con sensibilidad los cambios en el estado de salud, algunas son muy usadas en el campo de la Salud Mental, como el "Cuestionario General de Salud" de Goldberg y el "Índice de Cornell", de Brodman y cols. Es muy conocida el "Perfil de Impacto de la Enfermedad" (SIP) de Bergner y cols (Moreno, Ximénez, 1996; Grau, 1997), un método de evaluación conductual del estado de salud, originalmente desarrollado para evaluar el impacto de los servicios de atención médica. Muchos instrumentos posteriores se han basado en las 12 categorías que se proponen en el SIP (Grau, 1997).

Un tercer grupo de medidas evaluativas tiene que ver con las *habilidades funcionales en la enfermedad*. Este grupo se ha fortalecido a raíz del replanteamiento en la Medicina contemporánea del hombre enfermo como un agente social y de la preocupación creciente por las repercusiones de los cuidados médicos en la vida y en las necesidades propias del individuo. Es obvio que si la CV es importante para las personas que pueden sanar, aún más lo es para aquellos a quienes sólo queda la capacidad de disfrutar de los aspectos positivos de cada momento presente. Se trata de medir aquí las respuestas del sujeto a sus propias disfunciones, las cuales pueden variar mucho en función de creencias, atribuciones, afrontamientos, etc., o sea, de aspectos cognitivos, emocionales, sociales y ambientales, y no meramente de un hecho físico o fisiológico. Por esta razón es que este grupo de medidas se ve muy influenciado por respuestas de deseabilidad y por los determinantes motivacional-afectivos de cada persona; pero además, por el contexto social e institucional en que se caracterizan determinadas poblaciones; no es lo mismo evaluar la CV del niño con cáncer que la del adulto mayor que vive con un corazón trasplantado. Por si fuera poco, muchos de los instrumentos, en la modalidad de autoinforme, se dedican a explorar actividades de autocuidado y la capacidad de desplazamiento y movimiento de enfermos, descuidando otros elementos importantes vinculados a uno u otro tipo de actividad o al significado y sentido personal que ella tiene para el individuo, en particular (Grau, 1997). Por todas estas razones, hay que estar de acuerdo con Winefeld (1995) cuando plantea que el uso de medidas médicas tradicionales, como la cantidad de días de encamamiento o el uso de servicios de salud, no son mucho más objetivas que las medidas que se usan comúnmente, a pesar de sus limitaciones y las críticas que se hacen a su "subjetividad".

En este grupo de medidas deberían estar realmente incluidos algunos de los instrumentos del grupo anterior, como el SIP y las escalas de dolor. El más antiguo de este grupo es el "Índice de Karnofsky", todavía empleado en enfermos de cáncer, a pesar de sus limitaciones y sus numerosas críticas, muy justificadas. Otras medidas, como el "Índice de Actividades de la Vida Diaria" de Katz, y la "Escala de Calidad de Bienestar" de Fanshel y Bush, tienen buenos parámetros de fiabilidad y validez, y permiten incrementar el conocimiento a través de la evaluación multidimensional en diversas enfermedades. Medidas más específicas, usadas en determinados padecimientos crónicos, no permiten grandes comparaciones, pero pueden ser bien empleadas con fines de investigar cambios en determinadas situaciones clínicas (Grau, 1997). En este sentido, ha cobrado reciente impulso el desarrollo de índices clinimétricos de cambio, que persiguen obtener estimaciones de la CV de los sujetos a través de mediciones repetidas para conocer el impacto de las intervenciones terapéuticas, en los ensayos clínicos (Guyatt y cols, 1989; Guzmán y cols, 1993).

La evaluación de la calidad de vida en el proceso salud-enfermedad: proyecciones

Más allá de los aspectos de la medición, lo que verdaderamente resultaría interesante y de gran aplicabilidad, sería analizar los resultados encontrados en diferentes estudios de CV en grupos de enfermos crónicos. Encontrar explicaciones a muchos hallazgos contradictorios, como el hecho de que a veces pacientes graves evalúan muchos aspectos de su CV de forma más "positiva" que otros con trastornos más benignos, sigue siendo un reto en pie para la investigación. Quizás una de las áreas de mayor desarrollo de los estudios de CV sea la Oncología, con amplia variedad de aplicaciones (Grau, 1997; Grau, González, 1997). Dadas las limitaciones de espacio y la naturaleza panorámica de esta revisión, sería imposible examinar los problemas relacionados con los estudios en cada tipo de enfermos crónicos, lo que constituye toda una demanda a la investigación con relación a los actuales servicios de salud. El cáncer constituye apenas un modelo de enfermedad que puede mostrar cómo estos estudios deben ser abordados en toda su complejidad, aunando diferentes perspectivas (Grau, González, 1997).

Cuatro proyecciones de los estudios en CV se han desarrollado rápidamente en los últimos años: a) el de la CV en la atención paliativa; b) el estudio de la CV en los profesionales de salud, muy vinculado al fenómeno conocido como "quemamiento" o "burnout"; c) el llamado "enfoco de utilidad"; y d) la perspectiva bioética con relación a la CV (Grau, 1997).

El primer grupo de estudios se ha desarrollado con la creciente noción de que el tiempo de supervivencia no dice nada en cuanto a la CV de pacientes cuya enfermedad no puede ser curada. En los intentos heroicos por prolongar la vida o reducir un tumor, descuidando los padecimientos y la propia CV (encarnizamiento terapéutico), se pueden traspasar los límites éticos, sobre todo si se considera la naturaleza agresiva de muchos tratamientos. Por estas razones, cuando la paliación es el objetivo principal de un tratamiento, se recomienda evaluar el aspecto subjetivo del paciente. Para muchos autores, el significado del término "paliar" es, precisamente, preservar la CV (Schipper y cols, 1985; Grau, Lence, Jiménez y otros, 1995; Grau, 1998). No es casual que con el desarrollo de los cuidados paliativos en las dos últimas décadas, haya crecido proporcionalmente la investigación de la CV con relación a medidas paliativas a pacientes con cáncer, SIDA, y otros enfermos en estadio terminal (Bayés, Barreto, 1992; Ahmedzal, 1993; Arrarás, 1995; Grau, 1998, Peñacoba, González y cols, 2004, etc.).

Obviamente, la medición en pacientes con enfermedades avanzadas plantea numerosas dificultades: la frecuencia y temporalidad de las evaluaciones, el hecho de que la mayoría de los instrumentos de uso corriente han sido creados para ensayos clínicos en cáncer, la no pertinencia de largos cuestionarios cuando los pacientes son incapaces de hablar o de asir un bolígrafo, etc. Corrientemente se asume que los pacientes terminales completan de mala gana cuestionarios de CV a causa del agotamiento, la debilidad, la confusión o de otras inhabilidades físicas o mentales, dadas por su enfermedad o por el consumo de drogas con efectos adversos sobre la función cognitiva, aunque esto no ha sido establecido definitivamente. Hay además aspectos éticos: el muestreo al azar, el consentimiento informado, la propia resistencia del equipo de cuidados al considerar algunos instrumentos autoclasificatorios como muy intrusivos (Grau, 1998). Por estas razones, se han planteado altos requerimientos de construcción de este tipo de instrumentos (Bayés, Barreto, 1992). En trabajos recientes se revisan algunos instrumentos usados en estos enfermos (Grau, 1998; 1999; 2003; Peñacoba, González, 2004), pero este es aún un campo en pleno desarrollo. Hay que decir que la CV debe convertirse en un resultado de salida de los programas para el control de varias enfermedades, y no sólo para pacientes terminales (Grau, 1997). En los últimos años se han desarrollado medidas para evaluarla, tanto en pacientes que pueden recuperarse o alargar notablemente su vida, como el Sistema de Instrumentos para la evaluación de la CV percibida de niños con cáncer y reportada por sus padres y médicos (SECVPR), o los instrumentos elaborados para evaluar pacientes con enfermedad avanzada, sometidos a intervenciones paliativas en el hogar (Grau, Jiménez y otros, 1995; Barbat, 1995; Llantá y cols, 2000).

El segundo grupo de estudios se corresponde con el estudio del estrés laboral-asistencial y sus consecuencias (quemamiento o *burnout*), que afecta no sólo la calidad de los servicios de salud, sino la propia CV del personal de salud, deviniendo importante factor de riesgo de enfermar (Maslach, Jackson, 1981; Moreno y cols, 1991; Grau, Hernández, Chacón y otros, 1995; Chacón, 1999; Grau, Chacón, 1999; Chacón, Grau, 2003). También han sido estudiados los efectos de la calidad de los cuidados que prestan los cuidadores familiares no profesionales, cuando no hay una adecuada alianza y preparación entre todos los intervinientes en la salud y la CV de los enfermos crónicos (Winefeld, 1995; entre otros). Por su relevancia funcional para las instituciones y la preservación de la CV de los profesionales de la salud, esta dirección de investigaciones ha cobrado significativo auge en los últimos años.

Un tercer grupo de estudios está relacionado con el llamado "enfoque de utilidad". Se basó inicialmente en la posibilidad de construir escalas cuantitativas para medir la CV con respecto a la salud y a la cantidad de vida (sobrevida), estudios representados por la conocida categoría AVACs (Torrance, 1987; y muchos otros). Este modelo se ha ido convirtiendo en uno de los principales medidores de los resultados o productos de la atención a la salud con relación a los análisis de costo-efectividad y costo-utilidad, sobre la base del análisis decisorio ante situaciones de incertidumbre. De esta forma, se han establecido estados de salud en escalas útiles para decisiones clínicas, intentos de comparar grupos de pacientes, encuestas de salud a poblaciones para comparar grupos con otros a lo largo del tiempo, evaluaciones económicas de programas sanitarios y tratamientos alternativos, etc.

Un cuarto enfoque es que relaciona la CV con principios y retos actuales de la moderna Bioética, particularmente en el campo de las enfermedades crónicas no transmisibles y la salud reproductiva. En efecto, la CV se ha valorado para la estimación y precisión del valor de la eutanasia, los criterios de calidad de muerte y de encarnizamiento terapéutico, los problemas del aborto, la planificación familiar y el consejo genético, las dificultades vinculadas al infanticidio y la explotación laboral y sexual de niños, para la valoración en el trasplante de órganos y los problemas

con donantes, para estimar la justeza y equidad de los servicios de salud, y en otros temas relacionados con la salud, como la contaminación del ambiente y destrucción del ecosistema, la violencia y el desenfreno sexual en los medios masivos de información, etc. Las propias enfermedades crónicas que van dominando los cuadros de morbilidad de muchos países producto de la llamada "transición epidemiológica", constituyen un recordatorio de la debilidad universal y la incertidumbre de la condición humana y claman por una concepción de apoyo, justicia social y autonomía que vinculan a la CV con aspectos de orden ético.

Lograr el acceso equitativo al cuidado de la salud y poner límites razonables a la búsqueda quijotesca e insaciable de una "salud perfecta", son desafíos actuales. Enfrentar los retos éticos que plantean las enfermedades crónicas en el mundo de hoy apunta a trascender el horizonte clínico e ir hacia la búsqueda de la causalidad/riesgo en el proceso salud-enfermedad fijando sus metas en la CV, dentro de una concepción ética que contemple la autonomía y los más avanzados preceptos de justicia y de progreso social, en la que cada individuo encuentre lo más significativo para su vida, el verdadero sentido de la experiencia vivida, como el más importante de los valores humanos. Algunos trabajos recientes analizan estos vínculos de la Bioética y la CV y el aporte que puede ofrecer la Psicología de la Salud (González, Grau, Amarillo, 1997; Grau, González, 1997).

Calidad de Vida y Psicología de la Salud: reflexiones finales

A pesar de lo mucho que se ha avanzado, quedan aún grandes perspectivas al estudio de la CV en los próximos años. La Medicina, la Sociología, la Economía, las Ciencias Políticas y, naturalmente, la Psicología, jugarán un papel relevante en este sentido (Oblitas, 2004). Hay que considerar que la naturaleza de este "metaconstructo", no significa necesariamente yuxtaposición de sus elementos componentes: creemos que los componentes se integran en un algoritmo específico que depende de circunstancias históricas, idiosincrásicas e individuales de los grupos o personas cuya CV se estudia.

En cuanto a su vínculo con la salud, podemos afirmar que calidad de vida (objetiva y subjetiva) y salud tienen una doble relación; la salud es una dimensión importante de la calidad de vida y a la vez, un resultado de ella. Cuando un individuo se siente mal (aunque no se le encuentre una enfermedad definida, diagnosticable desde el punto de vista clínico) "se siente enfermo", infeliz, y eso puede dañar el resto de las dimensiones de la calidad de vida. Sin embargo, la salud no es sólo un componente importante de la calidad de vida, sino también un resultado de ella. Cuando otras dimensiones que integran la calidad de vida, como puede ser la familia, la laboral o la sociopolítica se deterioran, no implican únicamente una calidad de vida inadecuada, sino que pueden conducir a la aparición de enfermedades. Tener salud en su concepción más amplia, no sólo implica sentirse bien físicamente, es además tener planes y proyectos futuros, involucrarse en ellos de manera activa para alcanzarlos y derivar de eso satisfacciones personales. El fracaso en el logro de esas satisfacciones puede convertirse en una fuente de estrés con implicación negativa para la salud considerada integralmente. La calidad de vida está estrechamente vinculada con el funcionamiento de la sociedad, a las normas y valores sociales que el individuo debe asumir, pero sobre todo con las aspiraciones y el nivel de satisfacción con respecto a los dominios más importantes en el que se desarrolla su vida, es decir, con la construcción que el propio individuo hace de su bienestar psicológico. Existe una interacción entre lo social y lo psicológico, donde lo social influye en lo

psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto y lo psicológico influye en lo social de acuerdo con la postura que el individuo asume. Los niveles de satisfacción que el hombre alcanza, no sólo dependen de las condicionantes externas, sino también de las internas, es decir, de su autovaloración y la jerarquía motivacional. En la estructura del área subjetiva de la calidad de vida tenemos, pues, como núcleo central, una dimensión psicológica, la cual expresa el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas por el sujeto y los logros que ha alcanzado o puede alcanzar a corto o mediano plazo. El bienestar tiene que ver con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido. Los indicadores de corte objetivo resultan necesarios pero requieren de un complemento indispensable, distinguir cómo se expresan estos valores sociales en el individuo y cuán importantes resultan para él. De aquí la importancia del estudio del bienestar psicológico como dimensión subjetiva de la calidad de vida (Victoria, 2000).

El abordaje, por tanto, no tiene que ser sólo multidisciplinar, sino multidimensional, en toda su complejidad. Cuando se habla de CV, de satisfacción, de bienestar subjetivo o de cualquier otro constructo relacionado, la investigación deberá incorporar nuevos frentes comunes y sus interrelaciones. No es posible estudiarla sin las contribuciones de la Gerontología, la Sociología, la Economía y la Bioética, y aún más, del aporte que hacen los estudios de estilos de vida, afrontamientos a la enfermedad, de las habilidades funcionales, del ajuste, del estrés y el dolor, de la psiconeuroinmunología... Estos frentes se interconectan realmente, *y en el estudio de estas interconexiones y no solamente en los campos particulares* que pudieran señalarse, es que la Psicología de la Salud podría hacer un aporte especial.

El horizonte que se abre a la investigación de la CV, y particularmente, a la contribución que puede hacer la Psicología de la Salud, consiste esencialmente en *profundizar en la investigación de los factores subjetivos que conducen al bienestar de poblaciones, grupos e individuos, explicar los procesos que llevan a las personas a su satisfacción moral, bienestar y felicidad, los mecanismos con los cuales ellas afrontan, resisten e integran los mismos factores que, como en la enfermedad crónica, están deteriorando su vida* (Grau, 1997). Si partimos de un concepto amplio de salud, la prioridad debe estar dirigida a encontrar diseños teóricos y metodológicos apropiados que permitan evaluar dimensiones de la calidad de vida en personas y poblaciones no enfermas, con el objetivo de adoptar medidas para la promoción de la salud.

El curso del estudio de la CV es parecido al de cualquier otro "metaconstructo", como puede ser el de estrés; ha sido difícil ponerse de acuerdo sobre sus componentes y relaciones entre ellos, sin las miras puestas verdaderamente en un enfoque multidisciplinar y dinámico. El futuro de esta integración en la investigación de la CV está en el esclarecimiento teórico del concepto, en la búsqueda de ordenadores medulares de la CV como proceso, y no sólo como constructo configuracional, en la elaboración de un modelo teórico-general que permita su consecuente operacionalización a campos particulares. Si el desarrollo histórico-conceptual ha estado vinculado a acepciones tales como las de satisfacción, bienestar y felicidad; si las condiciones objetivas se refractan a través de las aspiraciones, las expectativas, las experiencias, los motivos, los sentimientos y los valores del hombre (factores personales, valorativos y emocionales); si, en definitiva, lo que se evalúa es "calidad de vida percibida" o, en otras palabras, cómo el nivel de vida o las situaciones objetivas del sujeto se transforman en bienestar subjetivo, la Psicología tendrá que jugar un papel decisivo en *el esclarecimiento del proceso por el cual se perciben, estiman e interpretan los factores objetivos, en la identificación y caracterización de los pasos o eslabones que conducen a la satisfacción y el bienestar y en la estructuración de sus elementos integrantes.*

En este sentido, puede definirse ese bienestar psicológico como *la vivencia subjetiva relativamente estable que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida (balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular y que posee un carácter positivo, de disfrute personal, donde predominan los estados emocionales positivos. Las expectativas trazadas, los logros obtenidos y el balance entre ambos está mediado por la personalidad y por las condiciones socio-históricas y culturales en que se desenvuelve el individuo (Victoria, 2000).*

Desde esta perspectiva, la renuncia a uno de los dos polos: objetivo o subjetivo, o su simple dicotomización, entorpecería el análisis teórico por el que claman todos los investigadores. La CV, como pasa con muchos otros constructos, necesita la referencia a ambos polos, no sólo para ser descrita o evaluada, sino para ser explicada y pautada como un complejo proceso de elaboración subjetiva, y en consecuencia, para orientar el *modus operandi* al cual deberán adscribirse los investigadores en este campo en el futuro próximo. Lo cierto es que aún está ausente un modelo teórico que provea de una base para la medición, la predicción, la explicación y la intervención, fuera de límites empíricos muy restringidos. Este modelo puede y debe encontrarse. Como dice Marie Johnston (1995) en su ponencia introductoria a la 8a. Conferencia Anual de la Asociación Europea de Psicología de la Salud, dedicada al análisis de los problemas de la calidad de vida, la Psicología de la Salud jugará un papel importante en el *desarrollo de modelos teóricos multidisciplinarios*. Este desafío obligará a nuevas reconceptualizaciones, pero lo más importante es que develará nuevas opciones para la conservación de la salud y la vida con calidad, el enfrentamiento humano ante la enfermedad y el respeto merecido ante la muerte.

Por otra parte, la evaluación de la CV no puede renegar de las contribuciones acumuladas desde diferentes perspectivas, y a su vez, no puede conformarse con ellas. Aunque el consenso de hoy en día es a favor de un enfoque "modular", en el que se integren instrumentos que combinen una raíz genérica, ampliamente aplicable, con escalas específicas suplementarias, la mejor evaluación actual debería asumir un concepto de CV que se ajuste al problema que se está estudiando. Por tanto, la elaboración de ese "metaconstructo" deberá ser cautelosa y aplicable a la formulación especial de constructos particulares en campos concretos. Los modelos existentes podrían ayudar al esclarecimiento de este magno problema, y he aquí que hay que rescatar, con amplia proyección, la multidiversidad de resultados disponibles en los estudios hechos hasta el presente. Médicos y psicólogos, economistas y sociólogos, harían muy bien en posponer los debates sobre la naturaleza o la configuración dimensional de la CV, para centrarse en el análisis de los procesos que la determinan, en la naturaleza y devenir de sus variables moduladoras, en la elaboración de modelos teórico-generales de flexibilidad, y a la vez, de rigor suficientes, que permitan la operacionalización del constructo y la elaboración de metodologías evaluativas. Los resultados podrían entonces contrastarse entre sí y se abriría el camino a niveles superiores del conocimiento científico en este tema, tan importante para el hombre moderno.

La Psicología de la Salud puede, en consecuencia, aportar al enriquecimiento y solución de estos problemas, subrayando la naturaleza subjetiva de la CV, estudiando sus interconexiones con categorías y atributos relacionados con factores psicosociales en salud, participando en la búsqueda de modelos teóricos psicológicos consecuentes, desarrollando instrumentos válidos y confiables, y esclareciendo, finalmente, cómo se desarrolla el proceso por el cual se transforman las condiciones de vida en bienestar, cuáles son los eslabones que conducen a él. Esta disciplina tiene un espacio en la lucha por el esclarecimiento de estos problemas, que conducirá a la paz, la satisfacción, el bienestar y la felicidad del ser

humano...la Psicología de la Salud puede también contribuir de esta manera a la posibilidad de un mundo mejor...

Referencias

Ahmedzal, S. (1993). Quality of Life measurement in Palliative Care: philosophy, science or pontification? *Progress in Palliative Care*; 1 (1):6-10.

Albrecht, G.L., Fitzpatric, R. (1994). Advances in Medical Sociology. Vol. 5: *Quality of life in Health Care*, Greenwich: JAI Press.

Allen-Mersh, T.G., Earlam, S., Fordy, C., Abrams, K., Houghton J. (1994). Quality of life and survival with continuous hepatic-artery floxuridine infusion for colorectal liver metastases. *Lancet*; 344:1255-60.

Anderson, R.T., Aaronson, N.K., Wilkin, D. (1993). Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Quality of Life*; 2-369-95.

Andrews, F.M., Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being. American's perceptions of life quality*. NY: Plenum Press.

Argyle, M. (1992). *La Psicología de la Felicidad*. Madrid: Alianza Editorial.

Arraras, J.L., Wright, S.J., Ahmedzal, S. (1995). Progresos en la medición de la calidad de vida en cuidados paliativos. In: *Proceedings of the 8th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Univ of Alicante, I*: 627-36.

Barbat, I. (1995). *Eficacia de los Cuidados Paliativos en la comunidad y la calidad de vida del paciente oncológico*. Tesis de Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

Batista-Foguet, J.M., Artés, M. (1994). Actitudes y calidad de vida. En: Alvarez M (Comp) *Propuesta de un sistema de indicadores sociales de igualdad entre géneros*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 335-74.

Bayés, R., Barreto, P. (1992). Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad. *Clínica y Salud*; 3 (1): 11-9.

Bech, P. (1993). Quality of life measurement in chronic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 59:1-10.

Bowling, A. (1994). *La medida de la salud. Revisión de las Escalas de Medida de la Calidad de Vida*. Barcelona: Masson.

Bradburn, N.M. (1968). *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Brengelmann, J.C. (1986). Stress, superación y calidad de vida en personas sanas y enfermas. *Evaluación Psicológica*; 2: 47-77.

Burkhard, C.S., Woods, S.L., Schultz, A.A., Ziebarth, D.M. (1989). Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. *Research in Nursing and Health*; 12: 347-54.

Cabrera, M.E.; Agostini M.T.; Victoria, C.R. y López, R. (1998): *Calidad de vida y trabajo comunitario integrado. Sistema de Indicadores para la medición de la calidad de vida*. Reporte de investigación. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. La Habana.

Campbell, A., Converse, P.E., Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American life: perceptions, evaluation and satisfaction*. NY: Russell Sage.

Celia, D.F, Tulskey, D.S. (1990). Measuring the quality of life today: methodological aspects. *Oncology*; 4:29-38.

Chacón, M., Grau, J. (2003). *Burnout en los equipos de Cuidados Paliativos: evaluación e intervención*. En: Gómez Sancho, M. (Ed.). Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, T. III, cap. 78, 149-68.

Chaturvedi, S.K. (1991). What's important for quality of life to Indians in relation to cancer? *Soc Sci Med*; 33:91-4.

Cummins, R.A. (1993a). *The Comprehensive Quality of Life Scale Manual*. Melbourne, Deakin University, Psychology Research Center.

Cummins, R.A. (1993b). *Comprehensive Quality of Life Scale*. Student (Grades 7-12): ComQol-ST4, Melbourne, Deakin University, Psychology Research Center.

Cummins, R.A. (1994). *Comprehensive Quality of Life Scale*. Intellectual Disability. Melbourne, Deakin University, Psychology Research Center.

De Haes, J.C., Van Knippenberg, F.C.E. (1989). Quality of life instruments for cancer patients: "Babel's tower revisited". *J Clin Epidemiol*; 42:1239-41.

De Haes, J.C., Van Knippenberg, F.C.E. (1987). Quality of life of cancer patients: review of the literature. In: Aaronson NK, Beckman J (Eds) *The quality of life of cancer patients*. NY: Raven Press, .

Dennins, R.E., Williams, W., Giangreco, M.F., Cloninger, C.J. (1993). Quality of life as context for planning and evaluation of services for people with disabilities. *Exceptional Children*; 39:499-512.

Deyo, R.A. (1993). Measuring the quality of life of patients with rheumatoid arthritis. In: Walker, S.R., Rosser R.M. (Eds.). *Quality of Life Assessment: Key Issues in the 1990s*. Dordrecht: Kluwer Academic Press.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psych Bull* 1984; 9 (3):543-75.

Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31: 103-57.

Donk, van der J., Hunfeld, J.A., Passchier, J., Knegt-June, K.J., Nieboer, C. (1994). Quality of life and maladjustment associated with hair loss in women with alopecia adrogenetica. *Social Science and Medicine*; 38:259-263.

Drummond, M.F. (1990). *Measuring the Quality of Life of People with Visual Impairment*. Washington: United States Department of Health and Human Services.

Eklund, C., Melin, L., Hiltunen, A., Borg, S. (1994). Detoxification from methadone maintenance treatment in Sweden: long term outcome and effects on quality of life and life situations. *International Journal of the Addictions*; 29:627-45.

Epstein, R.S., Deverka, C.G., Panser, L., Oesterling, J.E., Lieber, M.M., Schwartz, S., Patrick, D. (1992). Validation of a new quality of life questionnaire for benign prostatic hyperplasia. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45; 1431-45.

Evans, D.R., Burns, J.E., Robinson, W.E., Garret, O.J. (1985). The quality of life questionnaire: a multidimensional measure. *American Journal of Community Psychology*; 13:305-22.

Evans, D.R., Dingus, C.M., Haselkorn, J.K. (1993). Living with a disability: a synthesis and critique of the literature on quality of life, 1985-1989. *Psychological Reports*; 72:771-7.

Fayos, J.V., Beland, F. (1981). An inquiry on the quality of life after curative treatment. In: Kager AR (Ed). *Head and Neck Oncology: controversies in cancer treatment*. Boston: Boston Hall, 99-109.

Fernández-Ríos, L., García-Fernández, M. (1999). Psicología preventiva y calidad de vida. En: Simón, M.A. (Ed). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología, aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva, cap. IV, 133-54.

Ferrell, B., Wisdom, Ch., Wenzl, C. (1989). Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. *Cancer*; 63:2321-27.

Flanagan, J.A. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*; 33: 138-47.

Fordyce, M.W. (1988). A review of research on the happiness measures: a sixty second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research*; 20:355-81.

French, D.J., Christie, M.J., Sowden, A.J. (1994). The reproducibility of the childhood asthma questionnaire: measures of quality of life for children with asthma aged 4-16 years. *Quality of Life Research*; 3, 215-24.

Friedman HC, DiMatteo RD. (1989) *Health Psychology*. London: Prentice Hall.

Frisch, M.B. (1988). *Quality of Life Inventory*. Waco, Texas, Baylor University, Department of Psychology.

Gafni, A., Birch, S., Menrez, A. (1993). Economics, health and health economics: HYE versus QALYs. *Journal of Health Economics*, 11:325-39.

García-Riaño, D. (1991). Calidad de vida: aproximación histórico-conceptual. *Boletín de Psicología*; 30:55-94.

Gill, T.M., Feinstein, A.R. (1994). A critical appraisal of the quality of Quality-of-life Measurements. *JAMA*; 272 (8):619-25.

Goldstein, M.S., Siegel, J.M., Boyer, R. (1984). Predicting chances in perceived health status. *American J of Public Health*; 74:611-15.

González, U., Grau, J., Amarillo, M.A. (1997). La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta, J.R. (Ed.) *Bioética desde una perspectiva cubana*. La Habana: Centro "F. Varela": 279-85.

Grau, J. (1997). *Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación*. Tesis para la opción del título de Especialista de I Grado en Psicología de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García", Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

Grau, J. (1998). La calidad de vida en el enfermo de cáncer avanzado. En: Gómez Sancho, M. (Ed.) *Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS, 2a. ed., 1221-34.

Grau, J., Chacón, M. (1999). El desgaste profesional (burnout) en los equipos de cuidados paliativos: mito o realidad? En: Gómez Sancho, M. (Ed.). *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*. Madrid: Arán, cap. 65, 1005-20.

Grau, J., González, U. (1997). Ética, calidad de vida y Psicología de la Salud. En: Luzoro, J. (Ed.) *Psicología de la Salud*. Santiago de Chile: Bravo y Allende, 1999, 271-294.

Grau, J., Hernández, L., Chacón, M., Romero, T., Jiménez, P. (1996). *El burnout en médicos y enfermeras del Instituto de Oncología y Radiobiología*. Reporte de investigación, INOR.

Grau, J., Jiménez, P.J., Chacón, M., et al. (1995). *Dolor y calidad de vida en pacientes oncológicos preterminales*. Reporte de investigación, INOR.

Grau, J., Lence, J., Jiménez, P.J., et al. (1995). Calidad de vida y calidad de muerte: la atención psicológica al paciente oncológico en el marco de los cuidados paliativos. Premisas de un proyecto cubano. *Psicología y Salud*, en-jun: 111-25.

Grichting, W.L., Barber, J.G. (1989). The impact of quality of family life on drug consumption. *International Journal of the Addictions*; 24:963-71.

Griffin, J. (1986). *Well-Being. Its Meaning. Measurement and Moral Importance*. Oxford: Clarendon Press.

Guyatt, G.H., Veldhuysen, van Zanten S.J.O., Feeny, D.H., et al. (1989). Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *Can Med Assoc*; 140:1441-48.

Guzmán, J., Ponce, S., Pita, L., et al. (1993). El cambio en la calidad de vida como indicador de curso clínico de la enfermedad. Comparación de dos índices. *Invest Clin*; 45 (5):439-52.

Harwood, P. (1976). Quality of life. Ascriptive and testimonial conceptualizations. *Soc Ind Res*; 3:471-496.

Hays, R.D., Donald, C., Mazer, R.M. (1995). *User's Manual for the Medical Outcomes Study (MOS) Core Measures of Health-Related Quality of Life*. Santa Mónica, Ca: RAND.

Hollandsworth, J.G. (1988). Evaluating the impact of medical treatment on the the quality of life: a 5-years update. *Soc Sci Med*; 26:425-34.

Hörnsquit, J.O. (1982). The concept of quality of life. *Scand J Soc Med*, 10:57-61.

Hutchinson, A., Farndon, J., Wilson, R. (1979). Quality of survival of patients following mastectomy. *clin Oncol*; 5: 391.

Jenkins, C.D., Jono, R.T., Stanton, B. et al. (1990). The measurement of health related quality of life. Major dimensions identified by factor analysis. *Soc Sci Med*; 31: 925-31.

Johnston, M. (1995). The quality of life. In: *Proceedings of the 8th. Annual Conference of the European Health Psychology Society*, Univ of Alicante, I, 13-7.

Jones, P.W. (1993). Measurement of health-related quality of life in asthma and chronic obstructive airways disease. In: Walker, S.R., Rosser, R.M. (Eds.). *Quality of life assessments: key issues in the 1990s*. Dordrecht, Kluwer Academic Press.

Joyce, C.R.B; O'Boyle, C.A., McGee, H.M. (1999). *Individual Quality of Life: Approaches to conceptualisation and Assessment*. Amsterdam: Harwood.

Kaplan, R.M. (1985). Quality of life measurement. In: Karoly P (Comp) *Measurement strategies on health psychology*. NY: Wiley.

Kaplan, R.M., Bush J.W. (1982). Health-related quality of life measurements for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1; 61-80.

Kaplan, R.M., Bush, J.W., Berry, C.C. (1976). Health status: types of validity and the index of well-being. *Health Services Res*; 11 (4):478-507.

Krol, B., Sanderman, R., Suurmeijer, T.P. (1993). Social support, rheumatoid arthritis and quality of life. Concepts, measurement and research. *Patient Education and Counseling*; 20:101-20.

Lara-Muñoz. M.C., Ponce de León, S., de la Fuente, J.R. (1995). Conceptualización y medición de calidad de vida de pacientes con cáncer. *Inv Clin*; 47 (4):315-27.

Levi, L., Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de la vida*. México DF: El Manual Moderno.

Llantá, M.C., Grau, J., Chacón, M., Romero, T., Grau, R. (2000). Calidad de vida percibida en niños con cáncer y reportada por padres y médicos. *Rev Psicología y Salud, Universidad Veracruzana*, 1(10), enero-junio.

Lolas, F. (1991). Biomedicina y calidad de vida: análisis teórico. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat*; 37:25-30.

Maes, S., Bruil, J. (1995). Assessing quality of life children with chronic disease. In: *Proceedings of the 8th Annual Conference of the European Health Psychol Society*. Univ of Alicante, II, 637-52.

Marías, J. (1989). *La felicidad humana*. Madrid: Alianza Editorial.

Marks, G.B., Dunn, S.M., Woolcock, A.J. (1992). A scale for the measurement of quality of life in adults with asthma. *Journal of Clinical Epidemiology*; 45:461-72.

Maslach, C., Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *J of Occupational Behavior*; 2:99-113.

Moreno, B., Oliver, C., Aragonés, A. (1991). El burnout: una forma específica de estrés. En: Buela-Casal G, Caballo VE (Eds) *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. Madrid: Siglo XXI.

Moreno, B., Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de la vida. En: Buela-Casal G, Caballo VE, Sierra JC (Eds) *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI, 1045-70.

Naughton, M.J., Wiklund I. (1993). A critical review of dimension-specific measures of health-related quality of life in cross-cultural research. *Quality of Life*; 2:397-432.

Nordelfeldt, L. (1993). *Quality of Life. Health and Happiness*. Aldershot: Avebury.

Oblitas, L. (2004). *Psicología de la Salud y calidad de vida*. México: Thompson.

Orley, J., Kuyken, W. (1994). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Berlín: Springer Verlag.

Pakerson, G.R., Broadhead, W.E., Tse, C.K. (1992). Quality of life and functional health of primary care patients. *Journal of Clinical Epidemiology*; 45, 1303-13.

Parmenter, T.R. (1994). Quality of life as a concept and measurable entity. *Social Indicators Research*; 33:9-46.

Patrick, D.L., Erickson, P. (1993a). Assessing health-related quality of life for clinical-decision making. In: Walker, S.R., Rosser, R.M. (Eds.). *Quality of life assessments: key issues in the 1990s*. Dordrecht, Kluwer Academic Press.

Patrick, D.L., Erickson, P. (1993b), *Health Status and Health Policy. Allocating Resources to Health Care*. NY: Oxford University Press.

Peñacoba, C., González, J.L. (2004). Una aproximación a la calidad de vida de los enfermos ingresados en unidades de cuidados paliativos. *Revista Psicología y Salud*, Universidad Veracruzana (en prensa).

Reimel, Sh., Muñoz, C. (1990). Un modelo conceptual para la medición de la dimensión psicosocial en la evaluación de la calidad de vida. *Comportamiento, Univ. Simón Bolívar*, 1 (2):51-9.

Rodríguez Marín, J. (1994). Evaluación en prevención y promoción de la salud. En: Ballesteros R. (Ed.) *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Pirámide.

Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.

Salek, M.S. (1993). Measuring the quality of life of patients with skin disease. In: Walker, S.R., Rosser, R.M. (Eds.). *Quality of life assessments: key issues in the 1990s*. Dordrecht, Kluwer Academic Press.

Schalock, R.L., Begab, M.J. (1994). *Quality of Life. Perspectives and issues*. Washington, DC: American Association Mental Retardation.

Schipper, H., Levitt, M. (1985). Measuring quality of life: risks and benefits. *Cancer Treat Rep; 69:1115-23*.

Schmale, A.R., Morrow, G.R., Schmidt, M.H., et al. (1983). Well-being of cancer survivors. *Psychosom Med; 45:163-69*.

Shaw, A. (1977). *Defining the quality of life*. Hasting Center Rep, oct, 11.

Shindler, J.S., Brown, R., Welburn, P., Parkes, J.D. (1993). Measuring the quality of life patients with Parkinson's disease. In: Walker, S.R., Rosser, R.M. (Eds.). *Quality of life assessments: key issues in the 1990s*. Dordrecht, Kluwer Academic Press.

Shumaker, S.A., Wyman, J.F., Uebersax, J.S., McClish, D., Fanti, J.A. (1994). Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence. The incontinence impact questionnaire and the urogenital distress inventory. *Quality of Life Research; 3, 291-306*.

Slevin, M.L., Plant, H., Lynch, D., et al. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British J of cancer; 57: 109-112*.

Spilker, B. (1990). *Quality of life assessments in clinical trials*. N.Y.: Raven Press.

Spitzer, W.O. (1987). State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *J Chron Dis; 40:465-71*.

Stewart, A.L., Ware J.E. (1992). *Measuring functioning and well-being. The medical outcomes study approach*. Durham: Duke University Press.

Strack, N., Argyle, M., Schwartz, N. (1991). *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Oxford: Pergamon Press.

Szalai, A. (1976). The meaning of comparative research on the quality of life. In: Szalai A, Andrews FM (Eds) *The quality of life. Comparative Studies*. London: Sage.

Torrance, G.H. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *J Chronic Dis; 40 (6): 593-600*.

Veenhoven, R. (1991). Questions on happiness: classical topics, modern answers, blind spots. In: Strack, N., Argyle, M., Schwartz, N. (1991). *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Oxford: Pergamon Press.

Venhoven, R. (1994). Is happiness a trait? *Social Indicators Research; 32: 101-60*.

Vickrey, B.G., Hays, R.D., Graber, J. et al. (1992). A health-related quality of life instrument for patients evaluated for epilepsy. *Medical Care; 30: 299-317*.

Victoria García-Viniegras, C.R. (1992). Consideraciones conceptuales y metodológicas acerca de las técnicas de medición del estrés. *Boletín de Psicología Vol XVI* (2).

Victoria García-Viniegras, C.R. (1998). Factores psicosociales y salud. Bases teórico-metodológicas para su abordaje investigativo en nuestro país. *Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 13* (6).

Victoria García-Viniegras, C.R. (1999). *Adaptación cubana del cuestionario de Salud General de Goldberg*. Tesis de Especialidad. Facultad Calixto García, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

Victoria García-Viniegras, C. R. (2000): La categoría Bienestar Psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 16* (6):586-92.

Victoria García-Viniegras, C.R. (2002). *Diseño teórico para el estudio del bienestar psicológico*. Reporte de Investigación. Facultad Miguel Enríquez.

Victoria García-Viniegras, C. R. (2003). Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. Una Revisión. *Revista Habanera de Ciencias Médicas. No 7*.

Walker, S.R., Rosser, R.M. (Eds.). (1993). *Quality of life assessments: key issues in the 1990s*. Dordrecht, Kluwer Academic Press.

Ware, J.E. (1984). Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer (suppl); 53*: 2316-23.

Ware, J.E. (1987). Standards for validating health measures: definition and content. *J Chron Dis; 40*:473-80.

Welsh, J.A., Buchsbaum D.G., Kaplan, C.B. (1993). Quality of life of alcoholics and non-alcoholics: does excessive drinking make a difference in the urban setting? *Quality of Life Research; 2*: 335-40.

Wiklund, I., Lindvall, K., Swedberg, K. (1986). Assessment of quality of life in clinical trials. *Acta Med Scand; 220*:1-3.

Wilkby, A., Hörnsquit, J.O., Stenström, U., Anderson, P.O. (1993). Background factors, long-term complications, quality of life and metabolic control in insulin dependent diabetes. *Quality of Life Research; 2*: 281-6.

Winefeld, H.R. (1995). Quality of life in chronic diseases. In: *Proceedings of the 8th Annual Conference of the European Health Psychology Society*, Univ. of Alicante, I, 286-303.

Wood-Dauphinee, S., Williams, J.I. (1987). Reintegration to normal living as a proxy to quality of life. *J of Chron Dis; 40*:491-9.

World Health Organization (1992). *WHOQOL. Study Protocol. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument*. Geneva: Division of Mental Health, WHO.

PERTINENCIA DE LAS INTERACCIONES ENTRE LAS CIENCIAS BIOMÉDICAS Y LA PSICOLOGÍA

Mónica María Novoa Gómez

Catedrática y coordinadora de la línea de investigación en Psicología y Salud
de la Facultad de Psicología. Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá - Colombia

En los últimos cuarenta años, la investigación psicológica, las teorías y las aplicaciones clínicas de ello derivadas han tenido implicaciones enormes en el cuidado de la salud y en el entendimiento de la enfermedad. Esta "explosión" de aportes psicológicos ha cambiado el estatus de aquello que tradicionalmente se denominaba "medicina psicosomática", para convertirse en un campo de enorme desarrollo y con un estatuto promisorio y específico que se agrupará en este texto bajo la identidad de *psicología y salud*. Multitud de publicaciones relacionadas con el tema, ediciones altamente especializadas, volúmenes de enciclopedia, cursos de posgrado específicos en el tema y demás implicaciones demuestran que esta área de trabajo es de relevancia científica y profesional. El objetivo de este capítulo es mostrar una conceptualización acerca de la interacción entre procesos biológicos y procesos psicológicos y presentar a la comunidad académica los lineamientos de la línea de investigación en *Psicología y salud* promovida por un grupo de investigadores pertenecientes a la facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana.

Históricamente, los factores psicológicos fueron considerados como inconmensurables y por lo tanto su implicación en las enfermedades y en las afecciones físicas fue minusvalorado, esto hizo que su estudio estuviera reducido a un limitado trabajo, siendo principalmente de tipo especulativo o hipotético. En este sentido solamente se encuentran trabajos significativos de parte de Alexander (1950) quien, denominó *medicina psicosomática* al conjunto de enfermedades biológicas que no presentaban evidencia de uncausalidad física y que sí mostraban una fuerte implicación con factores psicológicos. Aunque este concepto ha sido ampliamente criticado por otros autores y desde otras perspectivas prefiere hablarse de *psicofisiología*, por considerar que define mejor la interacción entre los sistemas psicológicos y biológicos (Simón, 1999); existen evidencias históricas que muestran las implicaciones existentes entre unas y otras condiciones.

Inicialmente, las quejas de pacientes sobre síntomas o afecciones biológicas en ausencia de patología física fueron catalogados como trastornos somatoformes (conversivos o histéricos), en tanto que los síntomas físicos resultantes de un proceso de enfermedad observable fueron clasificados como trastornos psicofisiológicos en el DSM (1952); siendo estos últimos en la actualidad motivo de consideración en varias descripciones en el actual sistema de clasificación DSM IV (1994) y CIE-10 (1993). Es al final de la década de los años setenta que la revolución de la salud pública acentuó la importancia de los factores psicológicos para el entendimiento de las enfermedades y las afecciones de tipo biológico. Esto se vio ampliamente influenciado por la cualificación técnica de los diagnósticos, por el avance de la investigación en la psicología y la temprana detección y diagnóstico

que explican el cambio en tal clasificación de los tratamientos de las enfermedades físicas.

Bajo el supuesto de los intercambios entre los procesos psicológicos y el proceso de desarrollo y mantenimiento de las enfermedades, se han propuesto multitud de modelos para explicar la interdependencia entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en las enfermedades médicas (Bakal, 1979; Danna, 1994; Labrador, 1999; Penzo, 1989; Snyder, 1989; Stone, 2001; Ribes, 1990; entre otros) en los que se concluye que la presencia de cualquiera de los síntomas (físicos o psicológicos) no excluye al otro y que, por el contrario, en cualquier caso se indica la necesidad de examinar tanto las variables psicológicas como los cambios físicos asociados. Se ha establecido así un área de trabajo interdisciplinaria, en donde los psicólogos trabajan con otro conjunto de profesionales de la medicina, la enfermería, la terapia física y demás. El propósito de este documento es rastrear el comienzo de este intercambio, la necesidad de fortalecerlo, al igual que las limitaciones que ello entraña.

La etiología de la enfermedad

En los últimos setenta años ha habido un cambio dramático en los índices de morbimortalidad en las sociedades industrializadas. En 1900 los índices por enfermedad y muerte estaban centralizados en la Influenza y la Tuberculosis con un promedio de 202.2 personas por cada 100.000 habitantes, seguidas por la Tuberculosis (194.4 personas por cada 100.000) y la Gastroenteritis (142.7 por cada 100.000); en tanto que en 1979 las causas de muerte habían cambiado hacia la enfermedad coronaria en un primer lugar con 331.3 muertes por cada 100.000 habitantes, estando en segundo lugar el cáncer (183.5 muertes) y en tercer lugar las enfermedades cerebrovasculares (76.9) (Snyder, 1989). Estos datos mostraban hace 20 años, que el porcentaje de muertes totales causadas por agentes infecciosos había decrementado, en tanto que el porcentaje de muertes causadas por el desarrollo de condiciones crónicas se había incrementado significativamente. Con reportes más recientes, Brannon y Feist (2001) estiman que la mitad de muertes producidas en los países occidentales e industrializados están provocadas por causas evitables, tales como el consumo del tabaco, la dieta y la inactividad física, el consumo de sustancias alucinógenas y estimulantes y por supuesto, las armas y las muertes por causas violentas. Las tasas de muerte para 1997 continuaban en primer lugar para las enfermedades cardiovasculares y demás patologías de carácter crónico. Estos resultados han sido especialmente inquietantes más aún cuando en los últimos reportes de la OMS (2000) continúan en ascenso, siendo la mayor preocupación el incremento de las muertes por enfermedades prevenibles como es el caso del VIH para la población entre los 25 y 44 años.

De estos cambios en morbimortalidad es de resaltar que mientras los padecimientos infecciosos aparecen ante el contacto con un agente específico, las enfermedades crónicas, que caracterizan el segundo tipo, tienen múltiples causas socioculturales, biológicas y psicológicas asociadas. Estas enfermedades están relacionadas con los hábitos de las personas, con su habilidad para adaptarse a las demandas cambiantes del contexto, con su estado psicológico y con el contacto con agentes infecciosos y tóxicos.

Tales evidencias han hecho que la preocupación por reducir la incidencia de las enfermedades mencionadas se haya dirigido a señalar los perjuicios de ciertas prácticas, tales como el uso del tabaco, el consumo del alcohol, el consumo de alimentos extremadamente calóricos o ricos en grasa, la vida sedentaria, el consumo de drogas, etc.; sin embargo, los índices de morbimortalidad no se han

reducido, pareciendo resistentes a las intervenciones derivadas del modelo biomédico de intervención. Las evidencias empíricas han mostrado que estos comportamientos, por estar fuertemente influenciados por variables culturales, sociales y sobretodo psicológicas, requieren de una aproximación integral que promueva la responsabilidad y participación de las personas para que disminuyan. Se ha demostrado por ejemplo, que la simple información acerca de las consecuencias negativas de los hábitos poco saludables es insuficiente para producir un cambio hacia hábitos más saludables (Rachman y Phillips, 1980).

En este sentido, desde la naciente década de los ochenta, comenzaron a realizarse investigaciones que pretendían explicar por qué las personas mantienen hábitos que son potencialmente dañinos para su salud, y por qué a pesar de presentar alteraciones biológicas severas, como en el caso de las enfermedades cardiovasculares, prefieren mantener sus prácticas inadecuadas. Estos cuestionamientos llevaron a los investigadores en el campo de la medicina a indagar sobre las variables psicológicas involucradas en ello. Rachman y Phillips (1980) por ejemplo, bajo el supuesto de que el 95% de las personas con hipertensión arterial (HTA) presentan algún tipo de sintomatología física de relevancia cada dos semanas, evaluaron el significado y la importancia asignada por ellas a estas condiciones y encontraron que el 87% no evaluaba de forma congruente lo que les sucedía en el nivel biológico con su verdadero estado de salud. Esto permitió entender por qué 24 millones de personas en USA (OMS, 2000) presentaban hipertensión arterial grave pero sobretodo, entender la razón por la cual la hipertensión era una de las primeras causas de muerte en el mundo. La deducción es que la enfermedad y gravedad médica no son fácilmente identificadas ni definidas por las personas. Resultados como estos afianzaron el interés por indagar sobre aquellos aspectos de tipo psicológico que explicaban estos fenómenos.

La otra cara de la moneda fue igualmente evidenciada unos años antes, en un estudio realizado en 1966 por Zola, que mostró que más de la mitad de los visitantes al médico eran personas que consultaban por identificar un conjunto de síntomas que ellos mismos no podían explicar por una causa biológica determinada. Es decir, consultaban cuando no podían automedicarse o cuando los síntomas no desaparecían de manera "espontánea". Esto igualmente dejó otra puerta abierta para indagar acerca de las circunstancias individuales que explicaban este tipo de comportamientos de "omisión", que no podían ser entendidos con el modelo biomédico de atención tradicional.

Otro de los factores que mostró la pertinencia de la psicología en el ámbito de la enfermedad médica y su bidireccionalidad, estuvo relacionado con lo que se ha denominado *adherencia al tratamiento*, la cual hace referencia a la autoadministración de medicamentos, el cambio realizado por las personas en sus hábitos poco saludables y el seguimiento en general de las recomendaciones dadas por los médicos. Sackett y Snow (1979), tratando de explicar la razón por la cual tratamientos "potencialmente" exitosos no mostraban los resultados esperados, encontraron que el 50% de los pacientes no seguía las prescripciones médicas de acuerdo con la manera en que les había sido indicado por el médico, que entre el 20% y el 40% no se realizaba tan siquiera la primera parte del tratamiento y que el 78% de los pacientes lo abandonaba antes de haber cumplido con lo mínimo necesario para "eliminar" el agente causante de la enfermedad. Todos estos comportamientos están complejamente determinados, y en ellos las variables de tipo biológico parecen ser las de menor peso, teniendo mucha más influencia factores que están completamente fuera del control del médico.

La manera en que la enfermedad es vivida y expresada por una persona y la forma en que las enfermedades se manifiestan, depende tanto de variables biológicas como de variables no-biológicas. Engel (1977) explicaba en este sentido, que las manifestaciones clínicas de las enfermedades no dependen solamente de los defectos bioquímicos, sino que dependen en gran medida de factores sociales y psicológicos. Estas implicaciones han resultado tan importantes que se comenzaron a tomar en cuenta desde el momento en que se realiza un diagnóstico, en la evaluación de las enfermedades y por supuesto en el momento de planear un tratamiento. El objetivo de las intervenciones en la actualidad es que las personas sean agentes activos en la solución y prevención de los problemas médicos.

Tenemos entonces que los paradigmas¹ bajo los cuales se entendía y solucionaba el problema de la salud en el mundo occidental hasta principios del siglo veinte, han tenido un cambio importante. De enfatizar en las características biológicas de los humanos y entender a las personas como una compleja colección de órganos, células y huesos, pasivos y dependientes de las acciones del médico, se ha cambiado a reconocer que el individuo puede asumir de manera cooperativa la responsabilidad sobre su bienestar; y lo que es más importante aún, que sin tal colaboración los índices actuales de morbimortalidad y de agonía por las enfermedades contemporáneas no disminuirá.

Las limitaciones del paradigma biomédico han permitido que nuevos modelos explicativos se incorporen y amplíen la perspectiva desde la cual se entiende al ser humano y por lo tanto al fenómeno procesal de salud-enfermedad. La psicología en este sentido provee un nivel de comprensión fundamental para ampliar la mirada molecular típica de los acercamientos biomédicos a una más sistémica y ambiental, demostrando que la relación que inicialmente se sugería, está en realidad estrechamente implicando los estados psicológicos y, que en una palabra, estos se integran con la biología.

Finalmente, parafraseando a Werner, Pelicioni, y Chiattonne (2002), el desarrollo de la psicología como disciplina, ha hecho que durante los últimos años los psicólogos, con independencia de su orientación teórica particular, se interesen de manera rigurosa en la idea de que la salud, como uno de los valores más importantes del ser humano, tiene un impacto en las personas, y se han dedicado a estudiar e intervenir sobre ese impacto.

¹ *Paradigma en el sentido descrito por Kuhn (1970).*

Definir Salud

Queda así claro que la vinculación creciente de la psicología con los problemas de la salud humana, más allá de los límites del campo denominado de la salud mental, ha hecho que se genere una gran conjunción de variedades interdisciplinarias y multidisciplinarias en el mundo, como son la Psicooncología, la psicoimmunología, la psicología pediátrica y muchas otras. Todas estas vertientes tienen como propósito destacar la importancia que reviste aquello denominado salud, en la vida de las personas. Los trabajos se han enmarcado en concepciones plurales y no siempre bien delimitadas, respecto de la salud y la naturaleza de las dimensiones psicológicas que le son pertinentes. Esta indeterminación conceptual ha hecho que en el estudio de los procesos psicológicos involucrados en los estados de salud se yuxtapongan, inadvertidamente, por lo menos dos modelos generales que cubren dimensiones distintas, el modelo médico-biológico y el modelo sociocultural, así

como diversas concepciones implícitas acerca de los propios factores psicológicos (Ribes, 1990).

Con el propósito de evitar confusiones derivadas de la influencia tácita de modelos con dimensiones lógicas diferentes, es conveniente realizar una aproximación a la definición de salud en este documento. Como lo señala Restrepo (1992), las definiciones propuestas para su comprensión son múltiples; la OMS la definió tempranamente como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad" (1946 p.12); Blum (1971) como la conjugación de varios vectores: el medio ambiente, las características genéticas, los servicios de salud y el comportamiento social e individual; también fue definida por Bersch (1983) como "el proceso continuo de variaciones ininterrumpidas, que acompañan al fenómeno vital del hombre", hasta perspectivas más sociológicas, como en el caso de la propuesta por Restrepo (1992), quien define la salud como un proceso de construcción social, que tiene que ver con la distribución de los recursos materiales y sociales mediados por normas culturales.

Sea cual sea la definición que se adopte, se encuentran coincidencias en que la significación médica de salud como ausencia de enfermedad constituye sólo uno de los elementos y que las alteraciones biológicas no pueden desvincularse de las circunstancias socioculturales en las que se presentan. Ahora, el modelo sociocultural de la salud ha subrayado la correlación entre carencia de enfermedad y las condiciones de vida. Respecto de las influencias sociales, estudios como los desarrollados por Broadhead, Kaplan y James en 1983 y Grant, Patterson y Yager en 1988, señalaron el trágico deterioro psicológico y físico que sobreviene a personas de mayor edad cuando sus redes de apoyo social afectivo, como familiares y amigos, les son retiradas o cuando las condiciones de desempleo duplican el riesgo de muerte en comparación con personas en situación laboral (Morris, Cook y Shaper, 1994).

Hasta ahora se ha considerado la compleja interacción entre diversos componentes en la producción y mantenimiento de los trastornos biológicos, pero vale la pena considerar que este proceso se da igualmente en la vía contraria; los factores biológicos y los socioculturales están implicados en las alteraciones del funcionamiento psicológico y que no existe razón alguna para no incluir dentro del mismo ejercicio de razonamiento la multicausalidad del proceso mórbido. La salud es a veces vista como una respuesta, otras es definida en términos de las condiciones que provocan su opuesto, la enfermedad, y en otras más, es entendida como una pulsión o un estado. El estudio de la salud se ha dirigido igualmente, tanto a buscar las condiciones que producen "salud" como a investigar las bases estructurales en el organismo de dicho estado, y a tratar de aliviar las consecuencias de haberla "perdido". A pesar de esta intensa investigación, no se ha llegado a definir de manera clara aquello denominado salud, ni por tanto se han podido llegar a acuerdos acerca de las variables que intervienen.

Sin embargo, si se asume que la salud se plantea de acuerdo con la multideterminación de los factores mencionados, entonces se puede ver la dependencia que la salud tiene, en el caso del ser humano, de las condiciones de la situación social en la que es definida. Schoenfeld (1980), refiriéndose al caso del dolor, explica que la concepción de salud o dolencia, puede concebirse como una construcción social y sobre esa base hacerse factible considerar alternativas de intervención que pretendan influir en las condiciones en las que las dolencias obstaculizan o cambian aquello denominado salud.

En cualquier caso, queda demostrado que la definición de salud, se hace desde la mención de su supuesto antagonista, la enfermedad, y que por tanto, la "salud" ha

tenido una posición ambigua en la historia de la ciencia biomédica e incluso filosófica en occidente. En algunas de sus formas ha sido considerada como un hecho objetivamente real, mientras que de otro lado, se ha reducido su comprensión a entenderla como una sensación, que como otras de su especie, es subjetiva, interna, individual y privada. De cualquier manera, la mayoría de los psicólogos ha aceptado esta doble concepción.

Dado el análisis previo, resulta inapropiado en este punto asumir una definición de salud que no integre los diversos niveles y que no establezca las vías en que se relacionan. Como el objetivo es además señalar los límites disciplinares de pertinencia para la psicología en el campo de la salud, estos podrían resumirse en la propuesta adelantada por Ribes (1990), en la cual se contempla que toda persona es un organismo biológico estructurado con base en su herencia y su experiencia individual y que tal experiencia idiosincrásica es lo que constituye o identifica su dimensión psicológica, que lo diferencia por lo tanto de otros individuos, aunque ellos pertenezcan a su mismo contexto sociocultural. De tal modo, el análisis psicológico no es un complemento del análisis biológico para entender el proceso salud-enfermedad, sino que en realidad es la dimensión en la que se plasma la particularidad de la biología y la caracterización de los factores socioculturales. Por lo tanto, la salud aquí sobrepasa los criterios epidemiológicos y se entiende como un concepto que refiere el estado y las funciones del individuo; es allí donde la salud se vincula con lo psicológico, pues de otra manera se estaría reduciendo la psicología a la biología y la medicina o viceversa.

En última instancia, la prevención, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad, implican la participación de un individuo actuando. Tal concepción de una persona en actividad es lo que se entiende como la dimensión psicológica de la salud.

La dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad

Con lo expuesto anteriormente, ha quedado esbozada la relevancia histórica, atribuida por disciplinas implicadas en el proceso de salud-enfermedad, de la participación de la psicología en estos procesos; tanto para la explicación y comprensión del fenómeno mórbido, como para la implementación de las intervenciones respectivas. Aún así, queda por definir cuál es la pertinencia disciplinar de tal intercambio, en especial, cuando se tiene en este contexto globalizado, la participación de disciplinas afines como la sociología, el trabajo social y la enfermería en su perspectiva asistencial.

Hay en este momento un par de conclusiones generalizadas en el contexto de la salud, por un lado, que el modelo biomédico, al enfatizar sobre las condiciones propias del organismo y sus sistemas, limitó la perspectiva sobre el individuo y sus características individuales; segundo, que el modelo sociocultural, a pesar de señalar la correlación entre enfermedad y condiciones prácticas de vida, enfatizó en las condiciones del medio y dejó igualmente de lado las particularidades de cada persona. Por ambos caminos se ha llegado al mismo acuerdo; que en todo lo humano hay condiciones sociales y económicas que delimitan lo que es enfermedad o no, y que en tal sentido, la salud, es más que la ausencia de enfermedad², pero ¿cuál es el abordaje que involucra al hombre como individuo?

El hombre es, sin lugar a dudas, un organismo biológico que solo puede entenderse desde su actividad y práctica como individuo. Esto significa que su herencia y experiencia individual le dan las características que obligan a entenderlo (y atenderlo) como irrepetible. Aquí se encuentra la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad, que por decirlo de otra forma, hace referencia a todo aquello

que diferencia a un individuo de otros organismos biológicos y que lo constituye como humano. Por tal razón, el *análisis psicológico* no solo complementa el biológico, *es la dimensión* en la que se plasma la individualidad de una biología en un entorno particular (Ribes, 1990).

El papel del ambiente solamente es entendible en la medida en que es asumido como *ambiente práctico*, que obedece a condiciones de tipo sociocultural, donde el bienestar o malestar individual dependerán de la organización del contexto, pero donde a su vez, éste está mediado por la práctica de todos y cada uno de los individuos que en él se desenvuelven. Un ejemplo de esta dinámica está en aquellas condiciones definidas por nuestros grupos indígenas, para el acercamiento a la enfermedad. Al comparar estas dinámicas y las que han sido mencionadas anteriormente respecto de las condiciones de civilizaciones industrializadas, no dejan de ser, por decir lo menos, incompatibles entre sí. Solamente se padece aquello que ha sido definido culturalmente, es decir, lo que se desarrolla en contexto (para ampliar tal comparación, sugiero remitirse a Guevara, 1996).

Cuando se afirma que la persona es quien modifica, consolida y modula las variables macroscópicas del ambiente en un momento histórico determinado, se afirma que la práctica del individuo en un contexto social es lo que permite explicar e influir sobre los procesos salud-enfermedad. Todas las perspectivas psicológicas coinciden en que el proceso salud-enfermedad, ya sea en su polo positivo o negativo, no se da por azar, sino que se desarrolla y mantiene gracias a las particularidades de cada quien, y que analizar desde la perspectiva psicológica es entender los factores biológicos y socioculturales en interacción ininterrumpida, es decir, analizar la historia particular de cada persona.

Así, la salud integra biología y cultura en la actividad humana, por lo que ésta puede entenderse a la luz del estado y las funciones de un individuo. Ribes (1990) en este sentido afirma que si bien la enfermedad se da a través de cambios y procesos fisicoquímicos, estos operan a través de las prácticas sociales y culturales y que en tal sentido se está hablando de la dimensión psicológica de la enfermedad, pues es en ella donde tales procesos se concretan.

2. *Esto fue tempranamente definido por la OMS (1946) y se ha promulgado en todos los textos sobre salud pública, salud comunitaria, medicina familiar y etc.*

Con lo dicho hasta aquí queda entonces claro que lo psicológico es indispensable para relacionar variables que son de características distintas, la biológica y la social; y que por lo tanto, es la dimensión psicológica la condición indispensable para entender cómo es más o menos probable que una forma de interacción entre una persona y las condiciones del contexto desencadenen en un estado mórbido o saludable. Matarazzo (1994) define psicología de la salud como la aplicación de los principios de la psicología a un área particular, y en esa medida, los debates acerca de la pertinencia del intercambio entre ciencias biomédicas y la psicología, quedan resueltos con la consideración sobre sus aportes y perspectivas de actuación. Para ver tal reconocimiento, vale la pena tener en cuenta que el área específica de trabajo, investigación y formación, fue reconocida por la APA en 1973 con la creación de la División de psicólogos de la salud (División 38) como una organización "científica, educativa y profesional dedicada al trabajo en aquellas áreas situadas en todo aquello que conecta la medicina y la psicología" (p.31), ante lo cual cabría incluir el estudio de los procesos sociales en ello implicados.

Referencias

- Alexander, F. (1950) *Psychosomatic Medicine*. New York: Norton Press
- American Psychological Association (1994). *Diagnostical And Statistical Manual Of Mental Disorders-DSM IV*. Washington D.C: Author
- Bakal, D. A. (1979) *Psychology And Medicine Psychobiological Dimensions Of Health And Illness*. New York: Springer.
- Bersch, D. (1983) *El fenómeno de la salud: Bases para el trabajo académico y la labor académica*. ICFES, Ascofame Bogotá
- Blum, H. L. (1971) *Planning for Health*. Berkley, University of California
- Brannon, L. y Feist, J. (2001) *Psicología de la Salud*. España, International Thomson Editores
- Broadhead, W. E., Kaplan B. H. y James S. A. (1983) The epidemiologic evidence for relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537.
- Danna, R. (1984). Assessment For Health Psychology. *Clinical Psychology Review*. 4, 459-472
- Dingle, J., Badger, G., Y Jordan W. (1964) *Illness In The Home*. Cleveland: Case Western University
- Engel, G. (1977) The Need For A New Medical Model; A Challenge For Biomedicine. *Science*, 196, 129-136
- Grant, I. Patterson, T. L. y Yager J. (1988) Social supports in relation to physical health and symptoms of depression in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 145 (10), 1254-1258.
- Guevara, J. (1998) *Hacia Un Modelo De Salud De Las Comunidades Indígenas. Servicio Seccional De Salud Del Vaupés*. Mitú
- Kuhn, T. (1970) *The Structure Of Scientific Revolutions* (2 Ed) Chicago: University Of Chicago Press.
- Labrador, F. & De La Puente, M. (1999). Tratamiento Conductual De Las Cefaleas. En: Simón, M. (Ed.) *Manual De Psicología De La Salud: Fundamentos, Metodología Y Aplicaciones*. Ed. Biblioteca Nueva.
- Matarazzo, J. D. (1994) Health And Behavior: The Coming Together Of Science And Practice In Psychology And Medicine After Century Of Benign Neglect. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings*, 1, 7-39
- Morris, J. K., Cook D. G. y Shaper A. G. (1994) Loss of employment and mortality. *British Medical Journal*, 308, 1135-1139

Neale, D. (199?) Desórdenes Psicofisiológicos. En: *Journal Of Abnormal Psychology*.

Penzo, W. (1989) *EL dolor crónico: Aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca

Rachman, S. Y Phillips, C. (1980) *Psychology And Behavioral Medicine*. Cambridge University Press

Restrepo, M. (1992) Atención Primaria De Salud: Un Reto Para La Psicología En Colombia. *Psicología De La Salud En Colombia*, Vol. 1, 8-19

Ribes, E. (1990) *Psicología Y Salud; Un Análisis Conceptual*. Barcelona, Martínez Roca

Sackett, D.L. y Snow, J. C. (1979) The magnitude of compliance and noncompliance. En R. B. Haynes, D. W. Taylor y D. L. Sackett (eds.) *Compliance in Health Care* (pgs. 11-22) Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Schoenfeld, W. (1980) El Dolor: Un reporte Verbal. En V. Colotla; V. Alcaraz; y Schuster, Ch. *Modificación de Conducta: Aplicaciones del análisis conductual a la investigación biomédica*. México: Trillas

Simón, M. A. (Ed.) (1999) *Manual De Psicología De La Salud: Fundamentos, Metodología Y Aplicaciones*. Ed. Biblioteca Nueva.

Snyder, J (1989). *Health Psychology And Behavioral Medicine*. New Jersey, Usa: Prentice Hall.

Stone A. A. (2001) Health Psychology: 2001-2006. *Health Psychology*. Vol. 20 (1) January. American Psychological Association

Vera-Villaroel, P. & Buena-Casal, G. (1999) Psiconeuroinmunología: Relaciones Entre Factores Psicológicos E Inmunitarios En Humanos. En: *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31, 2

Werner, R. ; Pelicioni, M. y Chiattoni, H. (2002) La Psicología de la Salud Latinoamericana Hacia la Promoción de la Salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2(1), pp.153-172

WORD HEALTH ORGANIZATION - OMS - WHO. (2000) *Statistical Information System (whosis)*. In: www.who.org

WORD HEALTH ORGANIZATION (1993). *International Classification Of Disease- ICD 10*

Zola, I. (1966) Culture and Symptoms: An Analysis of Patients Presenting Complaints. *American Sociological Review*, 31, 615-630

DE LA MEDICINA CONDUCTUAL A PSICOLOGÍA POSITIVA Y SALUD

*Zuleima Pérez Orta
María Gabriela Pastori Nahi*

Universidad Central de Venezuela

Introducción

Dentro del área de la Medicina Conductual, punto de enlace entre la ciencia del comportamiento humano y la ciencia médica, se ha abordado al paciente en términos tanto de modificar sus conductas de riesgo como para facilitar el manejo y adaptación a la enfermedad y tratamiento. Cualquier proceso de enfermedad, más aún si su carácter es crónico y/o terminal, actúa como desencadenante de alteraciones cognitivas, afectivas y conductuales tanto en el paciente como en sus familiares.

Un cuadro así conformado, hace ineludible la necesidad de abordaje multidisciplinario, ya que la ausencia de enfermedad no es sinónimo de salud. La "curación", lograda en el mejor de los casos con el tratamiento médico, no garantiza que el paciente recupere los repertorios funcionales que antes poseía, y mucho menos que incorpore un sistema de creencias, emociones y acciones facilitantes de la salud, objetiva y subjetiva.

Adicionalmente y sobre la base bien fundada de una relación entre aspectos psicológicos y aspectos biológicos, hay evidencias acerca de cómo la intervención psicológica incide favorablemente sobre la evolución del paciente. De acuerdo con este planteamiento, la conducta abierta y los niveles básicos de respuesta biológica se encuentran en una interrelación que, aunque compleja y no lineal, constituye un interesante campo abierto a la investigación. Esta relación, lograda a través de la acción de los distintos sistemas orgánicos: Sistema Nervioso, Neuroendocrino e Inmunológico, permite al organismo actuar y relacionarse funcionalmente con su medio tanto interno como externo, por lo cual se acepta que las alteraciones funcionales en un nivel pueden ir acompañadas de alteraciones funcionales en el otro, afectando el funcionamiento y la adaptación del individuo a su ambiente social.

Establecer relaciones lineales entre estos niveles de funcionamiento es difícil, debido a que se alude a dimensiones diferentes. No obstante, hablar de relaciones funcionales entre los mismos, conduce a justificar el rol del psicólogo como agente de cambio conductual y como facilitador de la evolución favorable del cuadro clínico.

Esta postura de apoyo entre disciplinas, trasciende a la prevención e intervención de enfermedades, inclusive la búsqueda de mejora en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades físicas, mediante la modificación de comportamientos inadecuados o disruptivos y el desarrollo de conductas adaptadas a su problema de salud; así como en el seguimiento de prescripciones médicas. Aunque es obvio e indiscutible el valor funcional de tales repertorios en los pacientes, proponemos agregar valía mediante la incorporación de los principios de la Psicología Positiva. Martín Seligman, quien se convirtiera, tras postular los conceptos de indefensión y optimismo aprendidos, en una autoridad en la materia, propone en este enfoque

elementos cognitivos, afectivos y conductuales conducentes a impulsarse sobre las fortalezas personales para alcanzar significados apreciados por el individuo. Y pocas personas dudarían del valor, tanto objetivo como subjetivo, de la salud. Por ello, en este capítulo haremos una revisión breve de la Medicina Conductual y reconoceremos el impacto notable de la Psiconeuroinmunoendocrinología, para asomar el aporte de la Psicología Positiva como alternativa de abordaje integral de la salud.

Son numerosas las investigaciones sobre el manejo de los aspectos psicológicos de enfermedades crónicas, como el dolor (Rice, 1998; Araoz, Burter y Carrese, 1998); el patrón de conducta tipo A (Del Pino, 1.998; Roca y Rosales, 1990); la hemofilia (Rigoni, Rodríguez, y Ron, 1990); la leucemia (Fawzy, Cousing, Fawzy, Kemeny, Elashoft y Morton, 1990; Rajantie y Siimes, 1991; Pastori y Pérez, 1997); enfermedades terminales (Barreto, Arranz, Barbero y Bayés, 1998) y VIH/SIDA (Campos y Thomason, 1998).

Indistintamente del trastorno, todas las enfermedades mencionadas tienen efectos negativos tanto para el paciente como para su entorno familiar y social. Por lo tanto, se producen alteraciones emocionales y conductuales que ameritan ser abordadas por el psicólogo, conjuntamente con el equipo de médicos tratantes, lo cual contribuye tanto a la adaptación como a fomentar la independencia del paciente y a la evolución satisfactoria del cuadro clínico. Las investigaciones citadas demuestran la efectividad de técnicas conductuales tales como: información acerca de la enfermedad, biofeedback, identificación de unidades subjetivas de ansiedad (USA), relajación, modificación cognitiva, hipnosis, meditación, autocontrol, habilidades de afrontamiento, habilidades sociales y estrategias de solución de problemas, entre otras, en el abordaje de estos pacientes. Dicha efectividad se ha demostrado tanto en términos de cambios en el comportamiento como en la adaptación a la enfermedad y sus implicaciones, lo cual constituye un aval para la intervención del psicólogo dentro del equipo interdisciplinario.

Es bien sabido que la mente puede tener una fuerte influencia sobre el cuerpo, provocando síntomas, enfermedades y hasta la muerte. Todos los físicos saben de pacientes hospitalizados que renuncian a la vida, por un motivo u otro. Pese a los mejores tratamientos y a la tecnología disponible, esos pacientes se "marchitan" y mueren. A otros enfermos, dueños de una potente voluntad de vivir, suele irles mucho mejor. En la actualidad estamos en proceso de definir los mecanismos físicos del "renunciar" y de la "voluntad de vivir". Son mecanismos básicos de la conexión mente-cuerpo, vínculo que se establece a veces de modo curativo.

Los primeros datos obtenidos en la Universidad de Stanford, indican que los grupos de apoyo aumentan significativamente la calidad y cantidad de vida en enfermas de cáncer de mama. Los investigadores de la Universidad de Harvard han descubierto cómo algunos tipos de meditación pueden prolongar la vida de los ancianos.

Investigaciones realizadas en la Universidad de Pennsylvania han demostrado que la hipnosis puede aumentar la cantidad de ciertas células blancas en la sangre. Muchos estudios documentan las correlaciones entre un mejor desenvolvimiento atlético y las técnicas de visualización. Clínicos e investigadores han utilizado la hipnosis para disminuir el dolor agudo y el dolor crónico. En muchos casos también resultan efectivas las técnicas de meditación.

La exploración en este terreno está apenas en su comienzo y podría afirmarse que pasará a ser una terapia holística, la cual cura mente y cuerpo. Aparte del fortalecimiento del sistema inmunológico, este abordaje integral desencadena

consecuencias subjetivas al impulsar una existencia más plena, con más gozo, robustez y potencia.

En un estudio publicado por Del Pino (1998) se descubrió cómo una combinación de dieta, ejercicio y técnicas reductoras de tensión, puede revertir el bloqueo de las arterias coronarias. Lo interesante es que los cambios en la alimentación y el ejercicio no bastaban, por sí solos, para revertir las enfermedades cardíacas. La reducción de tensiones era un factor necesario, más importante de lo que se creía en un principio.

Por otra parte, Lenfant (2.000), investigador del Instituto Nacional del Corazón, Pulmones y Sangre en Bethesda, Maryland, afirmó que los cambios en el estilo de vida "pueden comenzar a revertir hasta las enfermedades coronarias más serias después de un año, sin el empleo de drogas para reducir el colesterol". "Este hallazgo sugiere que las recomendaciones convencionales...pueden ser suficientes para prevenir las enfermedades cardíacas, pero no para revertirlas", comentó el doctor Dean Ornish, quién coordinó la investigación.

Así mismo, en otro estudio realizado sobre más de mil víctimas de ataques cardíacos, en la Universidad de Stanford, descubrieron cómo la ansiedad, el miedo, la hostilidad y el enfado son características psicológicas que predisponen a las personas a un segundo ataque cardíaco. La ansiedad y el temor parecen más perjudiciales para las mujeres, mientras la hostilidad y el enfado dañan más a los hombres. Este importante componente emocional, da cabida a la intervención psicológica, con un carácter más protagónico que de apoyo. Para eliminar tensiones, estrés, miedo y fobias, se emplean la respiración, la relajación y la visualización. La rabia puede trabajarse mediante entrenamiento en asertividad y habilidades sociales.

La estructura formal de los hospitales, el hecho en sí de estar enfermo y el permanecer en un ambiente en el cual los repertorios anteriormente funcionales dejan de serlo, son factores que inciden sobre el organismo provocando, en la mayor parte de los casos, conductas disruptivas, respuestas de ansiedad y estrés.

Las conductas inadecuadas como dolor crónico, decremento de la ingesta alimentaria, aislamiento, quejas, entre otras, son positivamente reforzadas por quienes rodean al paciente, tanto atendiéndolo como sobreprotegiéndolo, lo cual actúa como reforzador de su conducta pasiva y dependiente.

Si consideramos la existencia de una relación bien documentada entre estrés, ansiedad y/o depresión y enfermedad, es posible inferir el efecto negativo que este círculo de retroalimentación puede ejercer sobre la salud del paciente hospitalizado. Por otra parte, la ansiedad no es un estado exclusivo de la edad adulta; las situaciones estimulantes aversivas y/o novedosas, al implicar excesivo esfuerzo, generan diferentes niveles de tensión a lo largo del desarrollo. Cuando, adicionalmente, se pasa por situaciones que implican dolor, aumenta la tensión, lo cual produce aumento del dolor.

La incidencia de estimulación externa aversiva y/o novedosa sobre el individuo, provoca cambios fisiológicos importantes en el nivel del Sistema Nervioso Autónomo y del Sistema Endocrino. Estos cambios incluyen: Contracción de los vasos sanguíneos subcutáneos y dilatación de los que riegan las fibras musculares lo que provoca palidez, la respiración se acelera debido a que aumenta la demanda de oxígeno, aumentan los latidos del corazón y la sangre impelida en cada uno de ellos y decrece la actividad del estómago. Además el nervio craneal prepara los ojos y músculos faciales, la faringe y el corazón para una reacción tensa: crece la

tensión muscular, baja la temperatura de la piel y se cierran las glándulas salivales para conservar la humedad. Frente a esto, la respuesta de relajación muscular, como el negativo directo de la excitación nerviosa o como la ausencia de impulso neuromuscular, resulta una alternativa viable.

La técnica de relajación es incompatible con los estados de tensión. La ansiedad es primordialmente un patrón de actividad del Sistema Nervioso Simpático, que ocurre cuando un individuo es expuesto a cierto tipo de amenaza o situación novedosa, y los cambios corporales considerados en conjunto constituyen la base de la respuesta de ansiedad. Si mientras se está en presencia de estímulos que usualmente hacen surgir ansiedad, la persona puede experimentar una respuesta competitiva que la inhiba, el efecto será la reducción de la cantidad de ansiedad provocada por dichos estímulos. El término inhibición recíproca, usado por Wolpe, caracteriza la disminución de la ansiedad mediante una respuesta incompatible, frecuentemente la relajación muscular.

Las respuestas de ansiedad ocurren bajo condiciones en las cuales la situación ambiental es impredecible y/o poco controlable y los cambios neuroendocrinos asociados a dicha respuesta pueden reducir la capacidad inmune y reproductiva.

Una vez que a un sujeto en estado de ansiedad se le induce la relajación, los cambios fisiológicos desencadenados por ésta son los siguientes: Dilatación de los vasos sanguíneos subcutáneos y contracción de los que riegan las fibras musculares, recuperación del color de su piel, disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria hasta alcanzar su nivel normal. Además, se normaliza la actividad del estómago, decrece la tensión muscular, sube la temperatura de la piel, las glándulas salivales retoman su secreción normal y, por tanto, desaparece la sequedad en la boca.

Para mantener la homeostasis inmunológica se requiere de la influencia del SNC y de un equilibrio endocrino, ya que células tales como los macrófagos, linfocitos y neutrófilos contienen receptores para muchas hormonas, siendo por lo tanto sensibles a las alteraciones de éstas. Se ha demostrado que el Sistema Nervioso controla el Sistema Inmunológico, bien sea a través de su neuroquímica o mediante la estimulación de neurohormonas que van al Sistema Circulatorio.

Ante situaciones de intenso estrés aumenta la hormona adenocorticotrópica (ACTH), la cual es segregada por la glándula pituitaria cuando ésta recibe información cortical de peligro. También la glándula adrenal segrega cortisona, la cual activa el aparato cardiovascular y otros aparatos de la vida vegetativa, provocando alteraciones severas, en especial si la situación de estrés se prolonga.

En general, modificaciones ambientales tempranas producen cambios hormonales en los períodos críticos del desarrollo, las cuales a su vez actúan sobre el Sistema Nervioso Central y consecuentemente se presenta una modificación profunda y permanente en los procesos psicofisiológicos y endocrinos. Por otra parte, la respuesta inmune es una respuesta adaptativa fisiológica ante los cambios ambientales, que envuelve al Sistema Nervioso Central.

Adicionalmente, la tolerancia al estrés puede ser incrementada si el sujeto aprende a controlar la estimulación aversiva, si se le proporciona un distractor válido y/o si se le da información acerca del evento. Se ha utilizado el suministro de información como una variable que, en combinación con otras técnicas, resulta muy efectiva para reducir alteraciones conductuales. La ansiedad es susceptible de modificarse mediante el manejo adecuado de la información, lo cual se traduce en la modificación de ciertas conductas inadecuadas.

La información proporciona e incrementa conocimientos reales acerca de la enfermedad. Esto, a la vez de ayudar a reducir los niveles de ansiedad, evita que las creencias erróneas por falta de información obstaculicen el tratamiento.

Los efectos beneficiosos obtenidos a través del tratamiento psicológico no serían tan sorprendentes si se concibiera comúnmente la interacción entre el Sistema Nervioso, el Sistema Inmunológico, el Sistema Endocrino y la relación conducta-ambiente. A través de 300 años, la medicina occidental ha separado los aspectos psicológicos de los físicos, cosa no hecha por ningún otro sistema médico en la historia mundial, incluyendo la medicina occidental previa al siglo XVII. Hoy en día se ha empezado a explorar estas relaciones: La Medicina Conductual y la Psiconeuroinmunología son dos ejemplos de estos esfuerzos.

La Psiconeuroinmunología actualmente está traspasando los límites biológicos acerca de las perspectivas de la enfermedad, para considerar a los componentes conductuales como una parte integral de la salud y de la enfermedad. Conceptualmente, la incorporación de la dimensión conductual está representada en términos de la interacción entre el Sistema Nervioso Central y el Sistema Inmunológico. Múltiples estudios avalan la enfermedad como fenómeno situacional, considerando cómo la investigación en esta área se dificulta por la relación compleja y no lineal entre las dimensiones conductual y biológica del Sistema Inmunológico.

Bongioanni (1993) y Ballieux (1992), sostienen que el Sistema Nervioso y el Sistema Inmunológico se comunican a través de dos vías: Por los mensajes enviados por las neurohormonas y los neurotransmisores usando la vía anatómica y funcional, involucrando el hipotálamo, la hipófisis, la pituitaria y las glándulas endocrinas periféricas, y a través del Sistema Nervioso Autónomo. Así mismo, señala que el Sistema Inmunológico es capaz de controlar algunas funciones nerviosas a través de la citocina, moléculas péptidas producidas por los inmunocitos, las cuales también pueden ser secretadas en ciertas condiciones por las células neurales tales como los astrocitos, microglías y otras neuronas. El conocimiento de la fisiología de la neuroinmunorregulación y de los cambios patológicos relacionados, puede ser muy útil para entender la patogénesis y patofisiología de las enfermedades neuroinmunológicas, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

Las terminaciones nerviosas de células y las células blancas del Sistema Inmunológico se hallan en contacto íntimo, y en un momento dado, las sustancias químicas elaboradas por los nervios pueden impedir la actividad del Sistema Inmunológico en las células adyacentes. Esto podría explicar por qué algunas enfermedades como, por ejemplo, la psoriasis sea exacerbada por el estrés y los estados de ansiedad.

En cuanto a la depresión, otro de los grandes "males" del nuevo milenio, puede explicarse por diversos fenómenos:

- 1- Estaría en relación con la disminución de los reforzadores positivos contingentes a las conductas del paciente. Una baja tasa de contingencias positivas depende de las habilidades sociales del individuo, del grado de ansiedad experimentado y del nivel de actividad que mantiene. Por esto, un bajo nivel de actividad, habilidades sociales inadecuadas y ansiedad, son consideradas los síntomas centrales de la depresión.

2- Se vincula con la exposición a eventos aversivos ante los cuales los repertorios del sujeto son ineficaces. Por lo tanto, se alteran las respuestas del sujeto debido a que no se produce la relación funcional entre sus conductas y las contingencias.

3- Se propone que la depresión implica déficit en uno o más de los siguientes procesos: Auto monitoreo, Auto evaluación y Auto reforzamiento. Los déficits en el auto monitoreo normalmente consisten en una selectividad para captar los aspectos negativos de una situación, excluyendo los aspectos positivos; o bien las consecuencias inmediatas aversivas, excluyendo las consecuencias positivas a largo plazo. El déficit en auto evaluación supone dificultad en la atribución de la responsabilidad ante la propia conducta y el déficit en auto reforzamiento está en relación con la insuficiente auto administración de contingencias positivas por conductas adecuadas y el exceso de auto castigo.

Los procedimientos de intervención utilizados en la depresión incluyen: planificación de actividades, reforzamiento contingente a la adquisición de las conductas metas, reestructuración cognitiva y asignación de tareas.

Lo hasta aquí expuesto sugiere implicaciones y ramificaciones para el psicólogo en el área de la salud, las cuales lucen relevantes e incalculables. Más que conclusiones, es evidente la presencia de interrogantes.

Necesitamos investigar más y mejor el continuo mente-cuerpo, representado por la relación entre el Sistema Nervioso y el Sistema Inmunológico, con la intermediación del Sistema Endocrino. Ya sabemos que los trastornos en la salud física afectan las conductas, cogniciones y emociones. Ahora bien, ¿de qué modo las actitudes y los estados de ánimo especiales ayudan a prevenir, mejorar y a veces curar adicciones, enfermedades crónicas, cáncer y dolencias cardíacas o auto inmunes, entre otras?

La Medicina Conductual como campo interdisciplinario que se inscribe en el contexto de la Medicina Familiar, la Rehabilitación, la Medicina Interna, la Psiquiatría, la Psicología y la Pediatría, y donde la labor del psicólogo clínico consiste básicamente en analizar las conductas asociadas a problemas de salud, desarrollando y aplicando técnicas efectivas para controlar y modificar tales conductas, hace énfasis en el vigor científico de los problemas que involucran conducta y salud.

Hay coincidencia en que el rol del psicólogo dentro del equipo interdisciplinario, debe estar dirigido a resolver problemas psicosociales asociados a la enfermedad y a los procedimientos médicos, así como a aumentar la cooperación del paciente con el tratamiento y a orientar a los familiares en el manejo de la ansiedad asociada, pues estos pueden facilitar el progreso de los pacientes si participan y apoyan el programa de intervención psicológica.

Para ejemplificar esto, profundizaremos en la tendencia del abordaje psicológico en una de las enfermedades que hemos mencionado: El cáncer en la población infantil. Elegimos ésta no sólo por su incidencia mundial- es una de 5 primeras causas de muerte- sino también por sus impactantes connotaciones negativas y devastadoras consecuencias en los planos cognitivo, afectivo y conductual.

Actualmente, el manejo de los niños con cáncer está dirigido a lograr la adaptación de estos a su enfermedad, y al restablecimiento de su rutina habitual en diversas áreas (escolar, familiar, auto cuidado y socio-recreativa).

Un elemento importante para mejorar la calidad de vida de estos pacientes consiste en ayudarlos a mantener toda la independencia que sea posible: proporcionándole

tanto al niño como a sus padres todas las herramientas necesarias para enfrentar la situación, así como la información suficiente para el conocimiento de su enfermedad.

Por otra parte, se plantea que el infante debe ser preparado para enfrentar el tratamiento, orientado de manera que comprenda, tomando en cuenta los límites de su edad, el mal que padece y las posibilidades de curarse, suponiendo que un niño preparado que participa y colabora con su tratamiento, ayuda a mejorarse. Así mismo, a través de la programación explícita de interacciones individuo ambiente, es posible poner al paciente en contacto con fuentes de reforzamiento positivo, incrementando así los repertorios suprimidos.

Debido a que el paciente posee estos repertorios y que el nuevo arreglo ambiental en ocasiones no incluye la presencia de estímulos discriminativos específicos para la conducta deseada, se recurre a la instigación verbal. Las instrucciones, que proveen al sujeto de información precisa sobre el tipo de respuesta requerida, actúan como estímulos discriminativos capaces de elicitar respuestas específicas, lo cual propicia la ocasión para que éstas sean reforzadas. Esto implica dos precurrentes: El individuo debe ser capaz de seguir instrucciones y debe poseer el repertorio exigido. Debido a que las instrucciones constituyen estímulos suplementarios, deben eliminarse cuando ya no son estrictamente necesarios, es decir, cuando la frecuencia de la conducta alcance el criterio establecido.

El estrés influye en el Sistema Inmunológico y los recientes progresos en neurociencias e inmunología han dilucidado que el mecanismo a través del cual el estrés induce cambios inmunológicos, tiene relación con las interacciones entre el Sistema Nervioso y el Sistema Inmunológico, demostrándose que el estrés incrementa la susceptibilidad a infecciones por bacterias y virus. Los estímulos estresantes y estados emocionales alterados están asociados con el decremento de la fagocitosis, con la reducción de la respuesta de los linfocitos a los mitógenos, disminución de la actividad de defensa normal de las células y con el riesgo de desarrollar neoplasias.

Los últimos hallazgos pueden abrir nuevas perspectivas para explicar cómo se desarrolla el cáncer y las medidas que se pudieran tomar en un futuro inmediato para interrumpir el crecimiento de células anormales, lo que provoca tumoraciones malignas. Los resultados de estos estudios, evidentemente, tienen una trascendencia extraordinaria y constituyen un punto de apoyo importante para el auge que continúa alcanzando actualmente la psicología como ciencia del comportamiento humano.

Todo lo hasta ahora revisado sugiere varias cosas: En primer lugar, es evidente que existen relaciones complejas, profundas y bidireccionales entre la salud "física" y la salud "mental". En segundo lugar, las investigaciones aplicadas dan muestra de una cualidad particular de la intervención psicológica en el área de la salud: Tal intervención es, en esencia, reactiva. Es decir, ante el diagnóstico de una alteración en la salud física y frente a las consecuencias cognitivas, emocionales, conductuales y sociales implicadas en la pérdida de la salud, el psicólogo se inserta para contribuir en la detención o reversión del proceso (si tal cosa es posible) o bien para "acompañar" al paciente a "bien morir".

No es nuestra intención cuestionar o descalificar alguno de estos procesos. Es bien sabido y ampliamente documentado el valor de esta clase de abordaje. No obstante, consideremos el rol facilitador de estados cognitivos y afectivos que

confieran "propensión a la salud". Esto, desde la perspectiva de la Psicología Positiva, nos conecta con los conceptos de optimismo y pesimismo, destacándose el carácter aprendido de los mismos (Seligman, 2003).

En líneas generales, cuando se califica a una persona como "optimista", no falta quien, elevando una o dos cejas, en señal de desconfianza o de asombro, sospeche que se trata de alguien iluso, ingenuo, desconectado de una realidad cada vez más hostil, y cuya percepción distorsionada la hace subjetiva, irreal y temporalmente "feliz". Ahora bien, si nos movilizamos hacia el otro extremo, no es menos cierto que se juzga como igualmente polarizado quien se define como pesimista, quien, frente al mismo vaso, lo percibe como "medio vacío" en lugar de "medio lleno".

El optimismo facilita la expresión emocionalmente inteligente. Ante cualquier evento del entorno, la actitud pesimista genera con mayor probabilidad respuestas de ansiedad; mientras que la actitud optimista despertará sensaciones de tranquilidad y confianza. Curiosamente, tanto el optimista como el pesimista pueden vivenciar iguales dificultades y adversidades. Sólo que la interpretación y la atribución de causas y efectos son muy distintas en ambos. El pesimista ve el fracaso como algo permanente, generalizado y personal, generado por sí mismo y/o por algo que no es capaz de cambiar. El optimista, en cambio, hace una interpretación del fracaso o de las dificultades como algo temporal, específico, no personal, manejable a partir de sus recursos personales, representando por ende una oportunidad de aprendizaje. El optimista actúa por la expectativa del éxito mientras el pesimista está paralizado por el miedo al fracaso.

Obviamente, el grado de reflexión y de solidez de cualquiera de estas posturas existenciales, es un punto digno de consideración. A decir de Bernanos, un optimista es un "imbécil alegre" y un pesimista es un "imbécil triste". ¿Cual es, entonces, el vértice común? La ausencia de percepciones "objetivas", la visión distorsionada e inconsistente de sí mismo y de las posibilidades personales de control. Más allá de consideraciones de índole filosófica, vale la pena revisar algunas investigaciones interesantes, las cuales vinculan el optimismo con la salud física.

Se ha asociado el optimismo con la capacidad de afrontamiento exitoso de las enfermedades; al enfrentarse a estresores, el optimista experimenta un estado de ánimo menos negativo, comportamientos de salud más adaptados y mejor condición inmune. En un estudio reseñado por Daniel Goleman (1997), en su libro *Inteligencia Emocional*, 122 hombres quienes tuvieron un ataque cardíaco, fueron evaluados en términos de cuán optimistas o pesimistas eran. Luego de 8 años, 21 hombres de los 25 más pesimistas habían muerto, mientras que de los 25 más optimistas sólo habían fallecido 6. Señala este autor cómo "su visión mental demostró ser un mejor pronosticador de la supervivencia que cualquier otro factor de riesgo, incluido el grado de daño sufrido por el corazón en el primer ataque, bloqueo de arterias, nivel de colesterol o presión sanguínea".

Se ha demostrado que el ser optimista reporta importantes beneficios en el bienestar mental y corporal. Estas personas tienden a enfermarse menos, cuentan con un sistema inmunológico más operativo y, a la larga, su pronóstico y calidad de vida son mayores. El pesimista, en cambio, experimenta un costo muy alto; los adultos pesimistas y ansiosos tienen niveles más alterados de presión sanguínea. Desde una perspectiva psicofisiológica, los rasgos que diferencian los tipos de reacción al estrés son el "darse por vencido y alejarse", característico de los pesimistas, versus el "esforzarse continuamente", característico de los optimistas.

En mujeres diagnosticadas por cáncer de mamas, se demostró cómo las optimistas no se dan por vencidas, enfrentan las adversidades con esfuerzo continuo y sostenido y, aunque reconocen el cáncer como un gran golpe, lo asumen como una situación manejable, de la cual esperan un desenlace positivo.

Durante más de 10 años, David Myers en el Hope College de Michigan y Ed Diener en la Universidad de Illinois, estudiaron los rasgos característicos de la persona feliz, uno de los cuales es el optimismo. De hecho, Martín Seligman lo incluye como una de las 24 fortalezas, incluida dentro de la virtud universal de trascendencia, sobre las cuales apoyarse para lograr la "auténtica felicidad".

Aunque son muchas y variadas las definiciones, se puede entender el optimismo como la tendencia del individuo a esperar resultados positivos y favorables en la vida. Es un aspecto de la personalidad que determina el bienestar subjetivo del individuo, al permitirle enfrentar de mejor manera realidades adversas, rescatar lo positivo de éstas, aceptarlas y mantener expectativas más favorables hacia el futuro, a la vez que se focalizan los esfuerzos sobre los aspectos susceptibles al cambio.

A diferencia de la persona pesimista, quien constantemente evalúa su accionar y tiene expectativas más negativas sobre el futuro, el optimista actúa y luego evalúa su desempeño. Podemos, no obstante, diferenciar dos tipos de optimismo: El disposicional, referido a una manera constante de enfrentar los hechos, un estilo de afrontamiento de la vida con disposición positiva; y el situacional, un mecanismo que surge frente a un evento estresante, permitiéndole al individuo afrontar de mejor forma la situación.

Obviamente esto es una elección personal. Ser optimista depende de la actitud de cada quien frente a la realidad. Como lo cita un proverbio inglés: "Dos hombres miraban al exterior a través de los barrotes de la prisión. Uno veía el lodo, el otro las estrellas". Aunque se ha encontrado un buen número de razones para pensar que ser optimista está determinado, al menos en parte, por la herencia y por experiencias tempranas, Seligman es contundente al señalar que "el optimismo es sensible al aprendizaje". Si bien el estilo de personalidad nos puede inclinar a ver la vida de una determinada manera, ser optimista o pesimista es una opción personal, que determina el modo de percibir e interpretar la realidad. Como lo señala Ugarte (2003), "con la misma uva se obtiene el vino y el vinagre. Se debe tomar una decisión. En cada quien no caben los dos tipos de fermentación: o se escoge el vino de la amargura o se prefiere el vino de la alegría".

La elección es personal. Sin embargo, abre un campo de investigación e intervención para el psicólogo en el área de la salud, al evidenciar el valor de la proactividad en la prevención. Si conocemos y estudiamos un conjunto de fortalezas personales, entre ellas el optimismo, pero además la valentía, la perseverancia, el auto control, la prudencia, el sentido del humor y el entusiasmo, las cuales pueden llevarnos no sólo a sentirnos más felices sino, gracias al círculo de retroalimentación mente-cuerpo, más sanos; estamos frente a un terreno fértil aún poco cultivado. Es labor del psicólogo promover y evaluar el impacto de desarrollar estas fortalezas sobre la preservación de la salud y el afrontamiento y reversión de la enfermedad, desde una perspectiva que, sin negar la tradición en psicología, asuma el riesgo de un cambio de paradigma: Dejar de enfocarse en curar lo que está "mal", para empezar a fortalecer y a ampliar el uso de lo que está bien, vale decir, de esos recursos personales, los cuales nos proporcionan mayor suma de bienestar físico y mental.

Vale la pena cerrar con algunas pautas propuestas por María Dolores Avia y Carmelo Vázquez, profesores de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, para aprender optimismo: Fijarse metas alcanzables y significativas, dándole sentido a las acciones personales; Arriesgarse a ser valientes, como mecanismo que fortalece la seguridad y confianza en sí mismo; Aceptar la realidad personal, sin compararse con los demás ni engancharse en la auto crítica; Educar la capacidad de goce, dándose el permiso de disfrutar de todo aquello juzgado como placentero y Desarrollar el buen humor, un ingrediente muy eficaz para tolerar y reducir el estrés. Es definitivamente un cambio de perspectiva, que permite integrar los mecanismos de interrelación, ya conocidos y descritos, entre el campo físico y el psicológico, para impulsar seres humanos fortalecidos y competentes frente a la prevención, la preservación y la restitución de la salud.

Referencias

Appleton, R; Zaide, J; Farrel, K; Rodger, P (1990). Decline in head growth and cognitive impairment in survivors of acute lymphoblastic leukemia. *Archive of diseases in childhood, May 65(5)*, pp 530-534.

Araoz, D; Burte, J y Carrese, M (1998). Control por medio de la hipnosis. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. En: Caballo, V (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Volumen 2, Madrid, siglo XXI, cap 9,10, 11,13 y 14.

Balliex, R (1992). Bidirectional communication between the brain and the immune system. *European Journal of clinical investigation, Oct 22*, suple 1, pp 6-9.

Barlow, D; Hersen, M (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona, Martinez Roca.

Barreto, P; Arranz, P; Barbero, J; Bayés, R (1998). Intervención psicológica en la fase final de la vida. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. En: Caballo, V (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Volumen 2, Madrid, siglo XXI, cap 9,10, 11,13 y 14.

Bongioanni, P (1993). Neuroimmunomodulation the bi and unilateral correlations between the nervous system and the immune system. *Minerva-médica, Jul-Aug; 84 (7-8)*, pp 365-381.

Breitbart, W; Holland, J (1988). Psychosocial aspects of head and neck cancer. *Seminars Oncology, Feb 15(1)*, pp 61-69.

Breitbart, W (1989). Psychiatric Management of cancer pain. *Cancer, Jun 1, 63 (11)*, pp 2336-2342.

Cabrera, C (1988). *Psiconeurología*. Ediciones de la Biblioteca UCV, Pp 53-54.

Camarillo, W; Bosch, N; Blanco, A; Jaimes, M (1979). *Tratamiento y Resultados de la Leucemia infantil*. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, Vol XLII, Número 3, Pp 223-236.

Camarillo, W (1997). *Comunicación Personal*.

Camarillo, W; Orta, L (1997). Comunicación Personal.

Campos, P; Thomason, B (1.998). Intervención cognitivo conductual en personas con VIH/SIDA. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. En Caballo, V (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Volumen 2, Madrid, siglo XXI, cap 9,10, 11,13 y 14.

Capote,N (1986). *Cáncer en niños*. Caracas, Dirección de Oncología.

Coccia, P; Miller, D; Kersey, J (1979). Relationship of blasto cell surface markers and morphology (FAB), en *Childhood acute lymphocitic leukemia (ALL)*, *Blood*, 54, (suppl 1):182 a.De Vita, V (1989). Young people with cancer: A handbook for parents. National Cancer Institute, USA, p 67, en Freites y López (22).

Del Pino, A (1.998). Tratamiento cognitivo-conductual para modificar el patrón de conducta tipo A. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. En Caballo, V (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Volumen 2, Madrid, siglo XXI, cap 9,10, 11,13 y 14.

Fawzy, F; Cousing, N; Fawzy, N; Kemeny, M; Elashoft, R; Morton, D (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, Aug 47(8), Pp 720-725.

Fernández, B; García, L; Jiménez, M (1992). *Aplicación práctica de técnicas y procedimientos conductuales en el manejo de pacientes con dolor crónico*. Tesis de Grado, no publicada, Escuela de Psicología, Departamento de Clínica, UCV, Caracas.

Frei, E; Sallan, S (1987). Acute lymphoblastic leukemia: treatment. *Cancer*, 42, Pp828-838.

Freites, J; López, L (1991). *Programa de intervención conductual para padres de niños con cáncer*. Tesis de Grado, no publicada, escuela de Psicología, Departamento de Clínica, UCV, Caracas.

Goldfried, M; Davison, G (1981). *Técnicas terapéuticas conductistas*. Buenos Aires, Paidós, Caps 5-6.

Granstein, R; Murphy, G (1992). Células Nerviosas y Sistema Inmunológico. *Revista médica británica Nature*, en prensa (Mi Médico, 2001, año I, número 3).

Griswold, J (1993). White blood cell response to burn injury. *Seminars in Nephrology*, Jul. 13(4), Pp 409-415.

Honig, W (1985). *Conducta Operante: Investigación y Aplicaciones*. Mexico, Trillas.

Hughes, W; Feldman, S; Aur, R (1975). Intensity of immunosuppressive therapy and the incidence of pneumocistitis Carinii pneumonitis. *Cancer*, 36, Pp 2004.

Jacobson, E (1961). *Aprenda a Relajarse*. Buenos Aires, Ediciones CGF.

Kaslow, N; Racusin, G (1990). Childhood Depression. Current status and future directions. En Bellack, A; Hersen, M; Kazdin, A, (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy*. New York, Plenum Press.

Kvist, S; Kvist, M; Rajantie, J; Siimes, A (1991). Agresión: the dominant psychological response in children with malignant disease. *Psychological report* 68(3pt 2), Pp 1139-1159.

Lyon, M (1993). Psychoneuroimmunology: The problem of the situatedness of illness and the conceptualization of heading. *Culture medicine and psychiatry*, Mar 17(1), Pp 77-97.

Maher, B (1977). *Principios de Psicopatología: Un enfoque experimental*. México, Mc. Graw Hill.

Marin, J; Jhonson, D; Davison, H (1989). Estrés por hospitalización y estrategias de afrontamiento. *Revista de Psicología de la Salud*, 1,1, Pp 81-104.

Martin, D; Boeck, K (1997). *¿Que es inteligencia emocional?* Madrid, Editorial EDAF, Pp 136-147.

Markovic, B (1992). Psychophysiology. *International Journal of Neuroscience*, Nov-Dec 67(1-4), Pp 271-284.

Mulhern, R; Ochs, J; Fairclough, D (1992). Deterioration of intellect among children surviving leukemia: IQ test changes modify estimates of treatment toxicity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Jun 60(3), Pp 477-480.

Nagata, S (1993). *Stress-Induced immune changes and brain immune interaction*. Sangyo-Ika-Daigaku-Zasshi. Jun 1, 15(2), Pp 161-171. De la base de datos Medline, 1993, número de acceso: 93303452.

Ottaway, C; Husband, A (1992). Central Nervous system influences on lymphocyte migration. *Brain, Behavior and Immunity*. Jun 6(2), Pp 97-116.

Petridou, E; Trichopoulos, D (1993). *Inmunidad contra un virus que puede provocar la Leucemia infantil*, en prensa (Mi Médico, 2001, año I, número 12).

Powers, S (1992). Increasing Coping with invasive medical procedures: A psychological intervention program for preschool cancer patients and their parents. *Dissertation Abstracts International*, 52, 10, Pp 5546.

Ratcliff, J (1970-Julio). Soy el Hipotálamo de Juan. *Revista Selecciones, Reader's Digest, Latinoamericana*.

Ribes, E (1990). *Técnicas de Modificación de Conducta: Su aplicación en el Retardo en el Desarrollo*. México, Trillas.

Rice, P (1998). *El afrontamiento al estrés: estrategias cognitivos-conductuales*. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Madrid. Siglo XXI, Cap 9. En Caballo (9)

Rodgers, M; Morris, R; Craft, A; Britton, P; Kernahan, J (1992). Memory after treatment for acute lymphoblastic leukemia. *Archives Diseases in childhood*, Mar 67(3), Pp 266-268.

Ruccione, M; Ferrero, D; Gleason, A; Morgan, M; Guaditis, G (1987). *Manual para padres de niño con Cáncer*. New York, Casa Ronald Mc Donald, en Freites y López (22).

Schwartz, G; Weiss, S (1977). What is Behavioral Medicine?. *Psychosomatic Medicine*, Vol 39, número 1, Pp 377-381.

Selye, H (1950). *Physiology and pathology of exposure to stress*. Montreal, Acta, P 822.

Seligman, Martin (2003) *La Auténtica Felicidad*. Barcelona, Vergara.

Skinner, B (1982). *Contingencias de Reforzamiento: Un análisis teórico*. Mexico, Trillas, Cap 5.

Stryer, L (1976). *Bioquímica*. Barcelona, Reverte S.A. Pp 731-752.

Sulzer-Azaroff, B; Mayer, G (1991). *Procedimientos del ACA con niños y jóvenes*. Mexico, Trillas, Unidad 18.

Ugarte C. Francisco (2003). Optimismo: Elección Personal. *ISTMO*. Número 267 - Julio/agosto 2003

Wiepkema, P (1992). *Stress in our farm animals*. Tijdschr-Diergeneeskd. Mar 1, 117 (5), Pp 141-145. De base de datos Medline, 1992, número de acceso: 92180027.

Wolpe, J (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Stanford University Press.

Yokoyama, M (1992). *Neuroimmunomodulation*. Nippon-Rinsho. Apr 50(4), Pp 907-914. De Base de datos Medline, 1992, número de acceso: 92318453.

LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD INFANTIL

[Mtra. Maricela Osorio Guzmán](#)
[Mtra. Georgina E. Bazán Riverón](#)
[Mtra. Patricia Paredes Rivera](#)

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Tlalnepantla Estado de México - México

Psicología de la salud infantil

La Psicología de la Salud en la actualidad atiende a poblaciones de todas las edades. Dentro de ésta, surgió la necesidad de crear una nueva área que tratara específicamente el proceso salud-enfermedad en pacientes pediátricos, ya que este tipo de población tiene características específicas y necesidades especiales. El modelo de atención al niño fue creado desde la perspectiva de que una atención integral sólo se puede dar si al niño se le toma como un ente biopsicosocial y con características diferentes a los adultos. De esta manera, la Psicología de la Salud Infantil (PSI) 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 muchas veces se toman como sinónimos.

La 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), acuñó el término "Psicología Pediátrica" y aportó un modelo sobre 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) Un entrenamiento más específico 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*), apuntó 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 etc.". Tuma (1975; *op.cit.*) ubica al psicólogo pediátrico como un subespecialista dentro de la psicología clínica infantil; y más recientemente Walker, (1979, *op.cit.*) 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 solo 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, comprenden un número significativo de desórdenes psicológicos, de desarrollo, conductuales, educativos y de manejo del niño. Es decir, se advierte que: todos los profesionales 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 el hacer 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 dijo con anterioridad, 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.

Debido 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 encontrado 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, está relacionada con la salud física y la enfermedad. También estudia la relación de los factores psicológicos, la salud física y la enfermedad.

C. El psicólogo dedicado a la psicología de la salud infantil típicamente trabaja en ámbitos médicos o de atención a la salud; estos ámbitos incluyen hospitales, clínicas, centros de desarrollo, guarderías, escuelas, centros deportivos, etc.; cabe aclarar que estos ámbitos no son psiquiátricos.

D. El psicólogo dedicado a la psicología de la salud infantil puede funcionar en 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 tales 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, etc.

D. Una orientación práctica hacia las técnicas de tratamiento que han demostrado efectividad y optimización del tiempo.

Roles del psicólogo de la salud infantil

Algunos autores en el área han ofrecido 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, 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) Enfatizar 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 a 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 etc.) como en su hogar. (Osorio, 1997)

Tipos de intervención

Respecto a los tipos de intervención que llevan a cabo los psicólogos dedicados a la psicología de la Salud Infantil, se han identificado 7 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 el cuerpo, incluyen el condicionamiento aversivo y el biofeedback. Finalmente, existen prescripciones químicas, tales como el uso de supositorios y/o antieméticos.

2. Intervención Conductual. Las terapias conductuales generalmente son más eficientes respecto de otras alternativas, 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, con seguridad, en 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 auto ayuda. 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 han sido llevados a cabo a través de programas televisivos, revistas mensuales, y aún mediante audio grabaciones. Los tópicos presentados a través de estos métodos pueden incluir información general sobre manejo de niños, aspectos del desarrollo normal del mismo 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 tomar diversas formas dependiendo de los problemas a tratar, y 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. Están referidas principalmente 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

Referente 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 a través de servicios de consultoría. El psicólogo atiende no solamente a los padres, pediatras y personal médico, sino también a sistemas escolares para problemas de aprendizaje y manejo de niños, así mismo atención a jóvenes para problemas de rehabilitación y otros.

Se han desarrollado algunos modelos conceptuales de consulta describiendo la relación con los profesionales al cuidado de la salud infantil. Estos modelos básicos son:

1. Modelo de Funciones Independientes. Siguiendo este modelo, el psicólogo actúa como un especialista que independientemente emprende 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 conjuntamente. Este modelo es probablemente el más indicativo de las relaciones entre todos los profesionales, porque sigue el modelo tradicional de práctica independiente. En este modelo 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. Bajo 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 ser realizados también a través 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 juntos, atienden 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. Este es el modelo que 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, una 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; hay que 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, de las cuales se pueden mencionar las siguientes:

- Enfermedades Crónicas (p.e. cáncer, fibrosis sistica y diabetes juvenil, donde se abordan problemas como los tipos de afrontamiento y duelo, etc.)
- Enfermedades Agudas (p.e. enuresis, encopresis etc.)
- 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, etc., de diferentes enfermedades en este estadio)
- Enfermedades Psicogenéticas (que han sido definidas como aquellos problemas somáticos, dolores de cabeza y estómago- sin base física)
- Y finalmente, hay un trabajo creciente en el área de la Prevención. (Lanzowosky, 1983)

Las condiciones de enfermedad crónica con frecuencia implican repetidas 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 está asociado el alivio del estrés, la hospitalización y la cirugía. La tercera de las líneas de investigación se refiere a los desórdenes del desarrollo, en la cual los estudios están referidos a inhabilidades o retardos en el desarrollo físico, emocional o intelectual del paciente.

Otra línea es la enfermedad terminal y muerte, donde se hacen intervenciones específicas para disminuir estados elevados de estrés que provoca el grado de la enfermedad, tanto en el niño como en su núcleo familiar. Y 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 hacer 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, Deardoff, 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 también delinear y activar los recursos y fortalecer el medio ambiente del paciente.

De esta manera, se plantean dos tipos de objetivos:

Los objetivos del Paciente y los objetivos del Medioambiente

1. Los objetivos del Paciente, se dividen en:

a) Objetivos Biológicos. Donde se analizan datos como: la raza, la apariencia física, la edad, el sexo, etc. Además, el psicólogo necesita 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, etc.), 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 sobre su enfermedad, tratamiento, proveedores del cuidado de la salud, apoyo social futuro y apoyo personal. También 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, percepción de los costos y beneficios de los posibles regímenes de tratamiento, y expectativas hacia el futuro. Todo esto incluye estilos cognitivos, filosofía de la vida y creencias religiosas.

d) Objetivos conductuales. Estos 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, etc. Es extremadamente importante que el psicólogo de la Salud Infantil evalúe hábitos previos de salud (ejercicio, regímenes alimenticios).

Así mismo, es importante 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 estos contactos?

2. Objetivos del Medioambiente

El psicólogo de la Salud Infantil necesita 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, y

c) El medio sociocultural, incluyendo su ocupación.

d) El medio familiar. Al evaluar el dominio físico del medio familiar es importante saber sobre 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, cuádruplejia). La historia del desarrollo de la familia y la experiencia de los cambios recientes, son aspectos importantes a considerar. Es relevante, a su vez conocer sobre las enfermedades de otros miembros de la familia.

También se deben retomar los objetivos conductuales, afectivos y cognitivos, pero en el nivel familiar. En el área conductual es importante 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 sobre la enfermedad del paciente o su adaptación.

a) 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, se debe saber 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 necesita estar conciente de las políticas, reglas y regulaciones que puedan afectar al paciente y su tratamiento (p.e. rotación de personal, programación de citas, las políticas de control de infecciones, etc.). 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).

b) Medio sociocultural. Los aspectos físicos del ambiente sociocultural del paciente incluyen: a. Los requerimientos físicos y flexibilidades de la ocupación del paciente, así como el lugar de trabajo; y b. Los recursos sociales, financieros y los servicios disponibles para el sujeto. Además, el clínico debe estar conciente de la naturaleza del círculo social del paciente, incluyendo el tamaño, la densidad, proximidad y frecuencia del contacto del usuario con este grupo. A veces, 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 a las características cognitivas, es necesario saber en qué consiste el modelo de salud en dicha cultura. En términos de la conducta de grandes sistemas socioculturales, es necesario conocer las costumbres étnicas que pudieran estar relacionadas con los síntomas reportados (o no reportados) y la utilización del cuidado de la salud (Belard, Deardoff, y Kelly, 1987).

Objetivos del paciente

a) Objetivos Biológicos	Edad Examen Físico Enfermedades Previa	
b) Objetivos afectivos	Metas afectivas Sentimientos del paciente sobre	La enfermedad Los Proveedores de la salud Apoyo Personal
c) Objetivos Cognitivos	Habilidades y limitaciones del paciente Conocimientos específicos de la enfermedad y su	De la enfermedad y su tratamiento

	tratamiento Actitudes y Expectativas Creencias Religiosas	
d)Objetivos Conductuales	Hábito de salud Conductas Motoras Fr. 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

EL SISTEMA DE CUIDADO DE LA SALUD	Objetivos Físicos	Características del lugar donde paciente será tratado
	Objetivos afectivos	Expectativas del personal médico con respecto a la enfermedad y al tratamiento
	Objetivos conductuales	Políticas y reglas del hospital, que puedan repercutir en el tratamiento del paciente. Conductas específicas que afecten al paciente

MEDIO SOCIOCULTURAL	Objetivos físicos	Tipo de escuela Grupos en los que se mueve	
	Objetivos afectivos	Sentimientos culturales	Sobre la enfermedad Estilos de vida

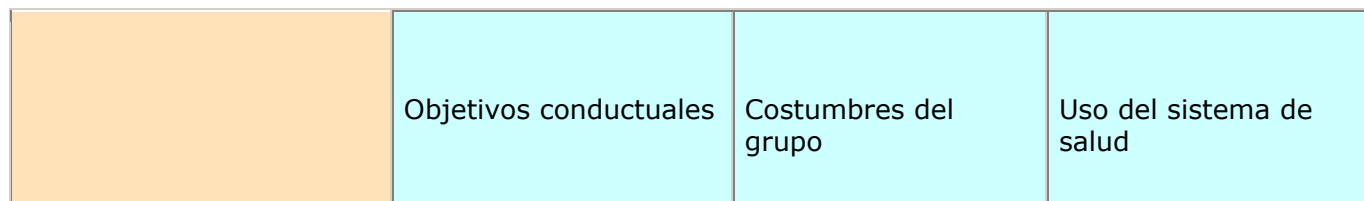


Figura 1 - Esquema del Modelo biopsicosocial (Engel 1977), usado dentro de la Psicología de la Salud en general y de la Psicología de la Salud Infantil en particular.

Después de haber obtenido todos los datos, es preciso hacer 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 afectadas por el tipo de padecimiento, la edad y las actitudes culturales. Estas actitudes no solo afectan la toma de decisiones clínicas, sino también las características del ámbito hospitalario al cuidado de la salud y la relación médico-paciente.

Al concluir una evaluación, es importante 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 frecuentemente caminan con mayor o menor flexibilidad dependiendo de quién los está mirando y bajo 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. También se ha observado la desgana 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 incluye 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 rol de enfermo, (la incapacidad anticipada podría reforzar la conducta de enfermedad crónica).
- f) Las creencias religiosas sobre el 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.

Métodos de Evaluación

Existen numerosos métodos que pueden utilizarse para llevar a cabo la evaluación en psicología de la salud infantil. Muchos de éstos darán información sobre uno o más objetivos del modelo de evaluación anterior.

De los métodos que más se utilizan dentro de este campo son:

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 auto reporte y datos observacionales directamente del paciente, los miembros de su familia, otras personas significativas, etc. 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 necesita 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 etc.) y encubiertas (pensamientos, sentimientos, presión de la sangre, temperatura corporal). Se usan como medidas de línea base y como técnica de tratamiento para promover el aprendizaje sobre antecedentes, consecuencias y relaciones entre conductas externas e internas. Se usan también para medir la

efectividad del tratamiento. Su uso en población pediátrica está indicado con la supervisión de un adulto.

Existe controversia acerca del uso 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 realizados por el paciente, la programación médica y psiquiátrica son ejemplos de diarios llevados por el personal.

D. Test Psicométricos. En general hay 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 grupo se encuentra el Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad- Estado Característico, Lista de detección de síntomas- 90, entre otros.

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. La observación puede ser llevada a cabo directamente por el clínico, por los miembros de la familia o por el personal médico. Estas pueden ser calificadas por su frecuencia, análisis de contenido o métodos de clasificación.

F. Medidas Psicofisiológicas. La psicofisiología se refiere al estudio científico, por medios no quirúrgicos, de las interrelaciones entre los procesos psicológicos y fisiológicos en el ser humano (Cacioppo y Petty, 1985). Las medidas psicofisiológicas están diseñadas para ofrecer información sobre los eventos biológicos y sus consecuencias. Pueden ser usadas para ofrecer retroalimentación al individuo y así servir como intervenciones psicológicas. Los eventos biológicos de mayor interés para el psicólogo son: conductancia de la piel, tensión muscular, temperatura, presión sanguínea, tasa cardíaca y actividad respiratoria. Los parámetros de interés incluyen: promedio de los niveles de descanso, variabilidad intra-sujeto y su respuesta a la medición de diferentes 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 fácilmente, el clínico encontrará la información contenida ofreciéndole una perspectiva histórica del paciente y su problema.

También puede ser necesario consultar los datos del archivo cuando se evalúa el impacto potencial sobre el problema, de algunas variables ambientales tales 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, todas necesitan 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 Belar y cols (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 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 al 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. Estas pueden ser administradas por otros profesionales de la salud, específicamente entrenados para ello. Las asesorías con el individuo y la familia, generalmente están basadas en modelos de tratamiento a corto plazo, y se enfocan a ayudar al paciente y a su grupo familiar para que haya un adecuado manejo del estrés y de las recomendaciones del tratamiento médico. A través de éstas, se establece una relación adecuada 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, así como información sobre los tratamientos médicos y sus consecuencias. (Belard y cols. 1987).

C) Psicoterapia Verbal. Existe una gran variedad de aproximaciones, entre éstas, la cognitivo conductual, la racional emotiva, la directiva, la sistémica, etc. Se ha encontrado que puede reducir la utilización de algunos fármacos, decrementa el uso de narcóticos post-operación y reduce 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, es considerada como esencial para todo tipo de tratamiento. Además, la información es necesaria para obtener el consentimiento del paciente o de los padres respecto al tratamiento y para asegurar el seguimiento adecuado del mismo; también fomenta el afrontamiento de la enfermedad y el 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 para intervenir en una crisis son:

- a) La liberación del estrés del sujeto (ansiedad, desesperanza, confusión).
- b) El restablecimiento del paciente a su anterior nivel de funcionamiento, y
- c) 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 más utilizada, se ha considerado como la "aspirina de la medicina conductual"; y generalmente se emplea combinada con las otras técnicas. No

obstante, aunque las estrategias de relajación fueron originalmente propuestas como intervenciones en el estado fisiológico del paciente, se ha encontrado que intervienen en los aspectos afectivo y cognitivo, ya que facilita un sentido de control y competencia. Además, es fácilmente aprendida y administrada en todo tipo de pacientes.

Este procedimiento de entrenamiento puede ser de tres tipos:

F1) Relajación diafragmática. Es una forma simple de ejercicio de relajación, donde se enseña a respirar a través del diafragma, generalmente se usa previo a la relajación, aunque por sí misma puede alterar la respuesta condicionada al estresor.

F2) Relajación muscular progresiva. Esta basada 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.

F3) 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. Esto puede ser de dos tipos:

G1) Imaginación guiada (Davis, McKay y Esheiman, 1985). Se pide a los pacientes que visualicen en detalle una escena que consideren los puede relajar. Otras formas de imaginación utilizan todas las sensaciones corporales y se les proyecta dentro de una imagen que antes ellos han visualizado. Esta técnica se usa generalmente en el manejo del dolor o para controlar el estrés que produce la enfermedad y el tratamiento médico.

G2) Desensibilización encubierta (Cautela, 1973; citado en Kazdin, 1983). En esta técnica se aplican las leyes del condicionamiento clásico a la imaginación. Su uso está dirigido principalmente 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, solo 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, etc. Se ha considerado una técnica útil en el tratamiento del dolor y en el afrontamiento de la enfermedad crónica.

I) Bioretroalimentación. 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 usa para entrenar al sujeto en su tensión muscular y es útil en los desórdenes músculo-esqueléticos. La temperatura da una medida indirecta de la presión sanguínea periférica y así se utiliza 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 progresivamente 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. Está basado 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 ser administrada por todo el personal médico en el hospital, así como también 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 para producir un cambio conductual, entre ellas está la distracción, el sosegamiento, la reestructuración cognitiva, y atención-distracción. El propósito de todas ellas es alejar la atención del sujeto de los eventos estresantes, para lo cual se utiliza la imaginación placentera, tareas de destreza mental, conteo en voz alta, etc.

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. Estos procedimientos entrenan 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 tiene que ser adaptada 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, etc.

Referencias

Amigo, V.I. Y Fernández, R.C. (1998) *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide

Belard,C. Deardoff, W. Kelly, K. (1987) *The Practice of Clinical Healt Psychology*. Great Britain: Pergamon Press.

Bellack, A.S., Hersen, M. and Kazdin, A.E. (1982). *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. N.Y. Plenum Press.

Buceta, J. M., Bueno, A. M y Mas, B. (2000) *Intervención Psicológica en Transtornos de Salud*.

Madrid: Dykynson.

Cacioppo, J.T. y Petty, R.E. (1988). *Perspectives in cardiovascular psychophysiology*. N.Y: The Guilford Press

Critelli, J. W. y Newmann, K.F. (1984). El placebo: conceptual analysis of a construct in transition. *American Psychologist*. 39.32-39

Davis, M. McKay, y Esheiman, E. (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, 126-129

Gil, K.M. Keefe, F.J. Crisson, J.E. y VanDalfsen, P.J. (1987). Social support and pain behavior. *Pain*. 29, 209-217

Kazdin, A.E. (1983). *Historia de la Modificación de Conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Cap. 6. Lanzokowsky, P. (1983). *Pediatric Oncology*. McGrawhill. EUA

Leigh, A. y Reiser, S. (1980). Psychology and General Health. *Prospects and Pitfalls*. 7, 5-8

Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1983). Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills. En: D. Meichenbaum & M.E. Jaremko (Eds) *Stress reduction and prevention*. New Cork: Plenum. Cap. 3.

Millon, T. Green C. (1982) *Handbook of Clinical Healt Psychology*. N.Y: 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 preescolar y especial.

Roberts, M.C. Meddus, J.E. Wurtele, S. K. Whight, L. (1982) Pediatric Psychology: Healt Care Psychology for Children. En: Millon, T. Green, C. Meagher, R (Eds.) (1982) *Handbook of Clinical Health Psychology*. New York: Plenum Press Chapter 10.

Shapiro, D. y Goldstein, Y. B. (1982). Biobehavioral perspectives on hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50, 841-858

Skinner, B.F. (1975). *La Conducta de los Organismos: Análisis Experimental*. Barcelona: Fontanella.

Slaikeu, K.A. (1988). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno. Pp 1-31.

Turk, D.C. Litt, M.D. Salovey, P. y Walter, J. (1985). Seeking urgent pediatric treatment: Factors contributing to frequency, delay, and appropriateness. *Health Psychology*. 4.43-59.

Wolpe, J. (1982). *The Practice of Behavior Therapy*. (3rd. Ed.) N. Y.: Pergamon Press.

Wright, L. and Freedman, A. (1991). Challenge of the future psychologist in medical setting. En: J. J. Sweet; R. H. Rozensky and S. M. Tavian (eds.) *Handbook of clinical psychology in medical settings*. N. Y.: Plenum Press.

TEORÍA Y ESTRATEGIA PARA DESARROLLAR E INSTRUMENTAR INTERVENCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

*Susan Pick**
*Martha Givaudan***

*Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP)
Universidad Autónoma Nacional de México (UNAM)

**Instituto Mexicano de Investigación de la Familia y Población
(IMIFAP)

México

Introducción

Tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, existe un enorme vacío en lo que se refiere a modelos de salud basados en las necesidades reales de las poblaciones que atienden, que cuenten con las bases necesarias para ser evaluados y difundidos en cada una de sus etapas y que además puedan ser adoptados para ser instrumentados en gran escala.

Se han desarrollado programas de promoción de la salud a lo largo y ancho del planeta. Algunos están basados en investigación formativa, otros incorporan algún elemento de evaluación, aunque muchas veces muy precario (tipo "le gustó el programa, por lo tanto debe funcionar", o como hay cambios en conocimientos, se deriva (casi, por arte de magia) que se están dando cambios en las conductas). Otro problema es que por lo general están enfocados a un tema específico, como por ejemplo, prevención de diabetes, de abuso de alcohol o de enfermedades cardíacas, en lugar de ser integrales en las temáticas que abarcan. En cuanto a la población a la que van dirigidos, lo que suele pasar es que se toma sólo a una sección de ésta o se aplica el mismo contenido con ligeras adaptaciones a varios grupos, por ejemplo, de edad. En lo que se refiere a la difusión de los resultados, se encuentran algunos esfuerzos, pero al igual que en el caso de las evaluaciones, rara vez son incorporados como parte del programa mismo o de su plan de instrumentación. Asimismo el proceso mediante el cual se pasa de un piloto a un programa final o la justificación para ello, generalmente no se hace explícita.

Por otro lado, es importante considerar que la Psicología cuenta con muchas de las herramientas necesarias para poder desarrollar, instrumentar y evaluar programas integrales para la promoción de la salud. Este capítulo está basado en dos artículos en los que se explican el marco y la estrategia para desarrollo e instrumentación de programas que aquí se presentan (Pick, Givaudan y Poortinga, 2003 y Pick, Poortinga y Givaudan, 2003). Presenta: 1) un marco conceptual para el desarrollo y evaluación de las intervenciones en el área de salud y 2) una estrategia para instrumentar programas de intervención con base en dicho marco. 3) un tercer apartado en el que se ejemplifica el marco conceptual y se ilustra el proceso para ir de la investigación a la acción en la instrumentación de un programa a través del programa de habilidades para vivir la salud "*Yo quiero, yo puedo*", que integra varios temas de salud tomando como base el desarrollo de habilidades para vivir, tiene versiones para medio urbano y rural, desde preescolar hasta edad adulta,

tanto para replicadores como para usuarios, y se explica como se replica usando un sistema de cascada con supervisión, actualización y acompañamiento.

La supervisión tiene como objetivo apoyar en la aclaración de problemas y dudas, el acompañamiento cumple la función de apoyar y dar confianza sobre todo en las primeras etapas de replicación. Por último, es a través de la actualización como se mantienen al día los conocimientos y habilidades adquiridas.

Tanto la salud como la enfermedad dependen de múltiples factores que, en gran medida, tienen que ver con las condiciones físicas, sociales, psicológicas, culturales y económicas de las comunidades en las que viven las personas. Estas condiciones representan factores determinantes para el desarrollo de los conocimientos, actitudes, creencias y acciones de los seres humanos respecto a su salud y la vida en general.

Marco conceptual

La Figura 1 presenta un marco conceptual que ilustra los diferentes componentes que requiere un programa para la promoción de la salud. Estos son: el contexto, la persona, y las demandas de la situación. Asimismo explica cómo a través del desarrollo de habilidades cognitivas y psicosociales y de la adquisición de conocimientos y la aclaración de creencias equivocadas, también conocidas con el nombre de mitos, se ofrecen alternativas para desarrollar y favorecer factores protectores que disminuyen los riesgos a la salud. A continuación se describen los diferentes componentes del marco conceptual:

Contexto

Se refiere a las circunstancias socioeconómicas y culturales en las cuales viven las personas. El aspecto central lo constituyen los factores socioeconómicos. Se puede hablar de un continuo que va desde contar con gran cantidad de recursos económicos teniendo acceso a todo tipo de facilidades tanto materiales como humanas, hasta los niveles sociales más bajos que cuentan con una cifra mínima de acceso a este tipo de oportunidades. Ejemplos de dichos recursos, los cuales también pueden ser definidos en términos de factores protectores, son el acceso a escuelas de calidad, a una nutrición adecuada, a agua potable, a servicios médicos de calidad, así como acceso a información (Berry, Poortinga, Segall y Dasen, 2002).

Dentro de una sociedad, se encuentran circunstancias en términos de valores, normas y creencias. A través de la socialización, los individuos aprenden qué reglas y expectativas son las que son socialmente aceptadas en su entorno. Por ejemplo, el papel tradicional que tienen las expectativas de roles de género, tiene un importante efecto en la conducta sexual, tanto de los adolescentes como de los adultos (Amuchastegui, 1998), y la influencia de los pares juega un papel determinante tanto en el fomento como en la prevención de conductas de riesgo en los jóvenes (Ej. Dreyfoos, 1993).

Se puede entonces resumir el contexto en términos de las oportunidades y limitaciones que una persona tiene para cuidar su salud.

Persona

El segundo cuadro de la Figura 1, se refiere a las características permanentes que tiene una persona. En Psicología se ha definido a la persona en términos de las disposiciones que mantienen continuidad a través del tiempo y a través de diferentes situaciones que se le van presentando o sea rasgos dimensionales

(McCrae y Costa, 1996). Asimismo existen disposiciones que se refieren al desarrollo de la persona. A este respecto, en la Figura 1 se incluye la autoeficacia y la autoestima (Bandura, 1997). La autoestima ha sido definida como el valor que nos asignamos a nosotros mismos con base en el autoconocimiento y el autoconcepto. Bandura por su parte, se refiere a la autoeficacia como la auto-percepción que se tiene de ser capaz de realizar una conducta (Bandura, 1997).

En algunos de los programas recientes de promoción de la salud, se habla del empoderamiento (Venguer, Quezada, Pick, Cabral, Flores, Mireles, Montero y Morales, 2000). Este término es una traducción literal de la palabra inglesa "*empowerment*" y a pesar de no ser una palabra en castellano, ha sido integrada en los programas ya que es la que ha tenido mayor aceptación con los potenciales usuarios de los programas, después de haber probado varias palabras equivalentes. Empoderamiento se refiere al sentimiento de tener poder sobre sus vidas, de sentirse capaz de tomar de decisiones e instrumentarlas y de percibir que se es capaz de cambiar situaciones para mejorar la calidad de vida (Stein, 1997).

En este cuadro también se incluyen las actitudes personales (Fishbein y Ajzen, 1975) así como las normas individuales que se refieren a la influencia que ciertos grupos o personas importantes para el individuo tienen sobre él o ella. Entre éstas, por lo general destacan la familia y las amistades.

Las actitudes y normas personales se localizan en esta parte del marco conceptual, ya que al igual que otros rasgos de la persona, tienden a ser estables a través del tiempo, a menos que las personas las cuestionen o hagan esfuerzos especiales por modificarlas. Tal sería el caso de personas que han hecho suyas a lo largo de gran parte de sus vidas las normas sociales de su comunidad sin cuestionarlas, muchas veces a pesar de que les hacen daño o que las adoptan ciegamente y a veces hasta con una actitud favorable, órdenes que reciben sin siquiera analizarlas, hasta que tiene alguna influencia que las lleva a analizar sus opciones y probar nuevas alternativas.

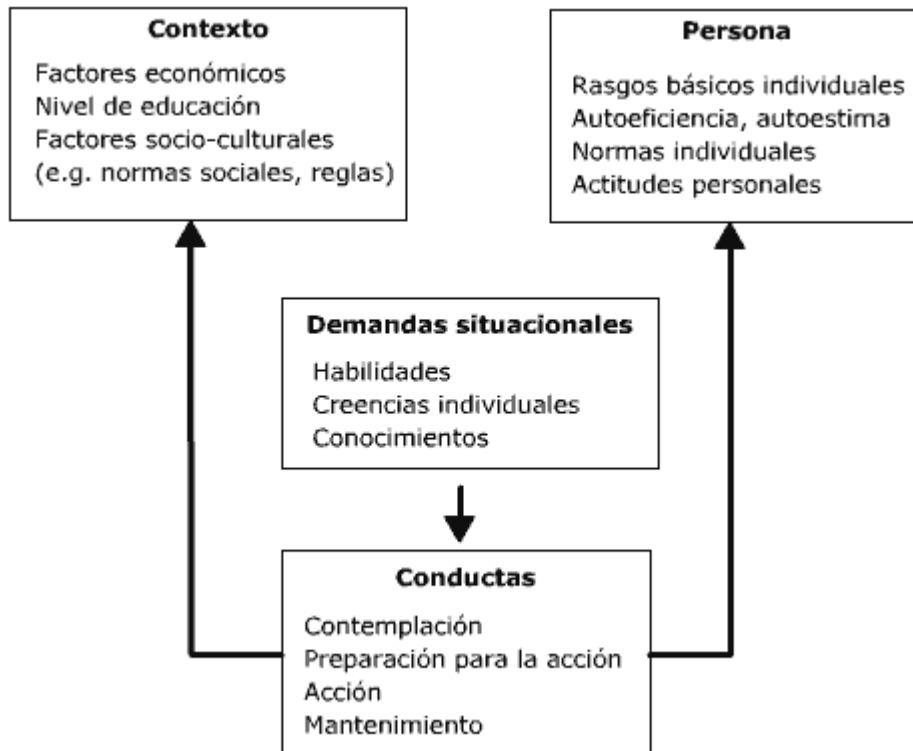


Figura 1. Marco conceptual para el desarrollo de programas de prevención a la salud

Demandas situacionales

El tercer cuadro de la Figura 1 se refiere a las situaciones específicas que las personas enfrentan. Contar con las habilidades apropiadas le permite a una persona reaccionar adecuadamente, de acuerdo con sus propios estándares y expectativas y de esta manera proteger su salud; le da los elementos necesarios para aplicar conocimientos y así pasar de sólo tener información a llevar a cabo conductas. Ejemplos de habilidades relevantes para los cambios de conductas en la salud preventiva son: toma de nuestras propias decisiones, uso de una comunicación abierta, directa, y asertiva; manejo de estrés y expresión de sentimientos. Éstas se encuentran entre las habilidades para la vida que la Organización Mundial para la Salud (1999) ha identificado como prioritarias y que promueven factores protectores.

También en este cuadro se incluyen los conocimientos y las creencias individuales. Los conocimientos se refieren a la información factual que se tiene, como por ejemplo, efectos a largo plazo del abuso de sustancias tóxicas, alternativas para una adecuada alimentación, conocimientos sobre la diabetes, prevención y cuidado, los derechos sexuales y reproductivos, higiene personal y ambiental, o conocimientos específicos sobre cómo prevenir el VIH/SIDA y los embarazos no deseados. Las creencias incluyen categorías de conocimientos para las cuales no hay bases empíricas y que puede demostrarse que son incorrectas. Por ejemplo, la creencia de que las dietas bajas en azúcares no ayudan a proteger contra la diabetes, que el destino ya está marcado por lo que no vale la pena procurar cambiar hábitos de higiene y salud, que el uso de anticonceptivos lleva a que se

acumulen los bebés en el abdomen causándole daño a la mujer, que comer verduras causa infecciones intestinales, que una alta autoestima es señal de arrogancia o que el alcohol solo alegra la vida y no le hace daño a la salud.

Entre los programas más efectivos desarrollados en materia preventiva en salud, se encuentran los que definen a las habilidades psicosociales y conocimientos específicos como factores protectores. Un factor protector es una actitud, comportamiento, situación o acción que construye resiliencia en un grupo, organización, comunidad o a nivel del individuo. Por el otro lado, se tiene al factor de riesgo que es una actitud, comportamiento, creencia, situación o acción que puede exponer a un individuo, un grupo, una organización, o comunidad a conductas no deseables. Si se reducen los riesgos y se promueven los factores protectores, hay menor vulnerabilidad con respecto a problemas sociales y de salud (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). De ahí que la exposición a un número importante de situaciones de riesgo, no necesariamente significa que se presenten problemas cuando existen factores protectores de por medio (Mrazek y Haggerty, 1994).

Los factores protectores y los factores de riesgo existen en cualquier ámbito de la vida social. Cada persona cuenta con una serie de habilidades y conocimientos que aplica en diferentes circunstancias o interacciones sociales (Kotliarenco y cols., 1997; Luther y Zigler, 1992; Rutter, 1987).

Conductas

La conducta se refiere a la acción misma, es decir, al comportamiento. Los cambios en conductas no se dan súbitamente sino por pasos o en etapas; en forma de un proceso. Así por ejemplo, Fishbein y Ajzen (1975) hablan de que los antecedentes inmediatos y mejores predictores de las conductas son las intenciones y que existe una relación uno a uno entre la intención de llevar a cabo una conducta y la conducta misma. Así por ejemplo, si tengo la intención de irme a hacer un Papanicolau mañana las 10 a.m. en la clínica del pueblo, habrá una alta probabilidad que eso haga. Dentro de una línea semejante, en lo que se refiere al cambio de conducta como un proceso, Prochaska y DiClemente, (1982) describen los cambios en etapas: que van desde la contemplación del cambio a la preparación para el cambio, la realización de los cambios y finalmente el mantenimiento de la nueva conducta.

La contemplación es la etapa en la que se está apenas empezando a considerar la posibilidad de buscar alternativas, en la que se da el cuestionamiento inicial acerca de lo que está sucediendo y la necesidad de cambiarlo. Por ejemplo, una mujer víctima de violencia doméstica, en esta etapa empieza a pensar que no se merece dicho trato y a preguntarse qué puede hacer para protegerse. En la etapa de preparación para la acción ya se hacen indagaciones. Por ejemplo, en este caso tal vez se empiece a buscar un lugar alternativo adonde irse a vivir para alejarse de la violencia de la pareja. En la etapa de acción puede ya irse a vivir a otro lugar. También es muy posible que poco tiempo después regrese al ser convencida por su pareja de que esto ya no ocurrirá. Esto indica que se ha empezado a dar la conducta protectora pero que no se ha mantenido y no se ha resuelto el problema. El mantenimiento de la conducta se da una vez que la persona se queda a vivir en su nuevo hogar y no regresa a su antigua casa en la que había violencia doméstica.

El Banco Mundial (1997) ha hecho recomendaciones sobre cómo promover la salud básica, la nutrición y la utilización de los servicios preventivos y de salud, por parte de la población. La visión de adquisición gradual de conductas que favorecen la salud física y mental es compatible con la que habla de etapas tales como:

sensibilización ante el problema, identificación del problema específico, análisis de alternativas para sobreponerse a los obstáculos y acciones para lograr aumentos en la motivación para el cambio. Es a través del fortalecimiento y adquisición de conocimientos y del desarrollo de habilidades psicosociales que se logran avances en estos aspectos, aumentando asimismo la probabilidad a largo plazo del sustentamiento de las intervenciones.

Finalmente, en la Figura 1 se observa retroalimentación entre los diferentes componentes del modelo conceptual, indicando que los cambios en los patrones de conducta a través del tiempo pueden provocar:

a) cambios permanentes en las características de la persona. En la medida que la persona se da cuenta que es capaz de llevar a cabo con éxito diferentes conductas, se va sintiendo mejor consigo misma, valorándose más y sintiéndose capaz de probar nuevas experiencias, i.e., de llevar a cabo nuevas conductas.

b) cambios en nivel del contexto. Entre más gente está cambiando su conducta en una comunidad, más se facilita el cambio en el nivel contextual, y a su vez, en un contexto favorable es más probable que se den conductas saludables.

Etapas en el desarrollo e instrumentación de los programas

Para estructurar el diseño e instrumentación de programas de promoción de la salud, hay varias etapas parcialmente sobrepuestas entre sí. Éstas van desde la realización de un plan inicial en el que se determinan las necesidades de y con la población. Con base en ello se plantea el problema, se desarrolla y pilotea un programa de intervención, se diseña la evaluación y más adelante se toman las medidas necesarias, en caso de que los resultados de las evaluaciones indiquen que así lo amerita, de aplicarlo a gran escala, es decir, instrumentarlo con un número significativamente mayor de personas.

Tabla 1 - Estrategia para el desarrollo e implementación de programas de intervención 2

Metas	Métodos y Actividades	Evaluación
Etapas 1: Identificación de las necesidades y definición del problema		
Definición del Problema	Nivel Contextual Información demográfica	¿La definición de las necesidades está clara?
Establecimiento de ámbito para intervención (nivel individual y comunitario)	Encuestas Información Etnográfica Nivel Individual	¿Existe una definición clara de la meta hacia la gente?
Establecimiento de meta en el cambio de conductas (limitaciones y oportunidades)	Grupo Focal Entrevistas Cuestionarios	¿Cuál es la calidad de la información sobre antecedentes? ¿Calidad psicométrica

		de los datos (grupos focales, etc.?)
Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención		
Preparación de la versión preliminar de todos los programas	Nivel Contextual Planeación de apoyo Construcción de los mensajes en medios	¿El contenido es valido en todos los programas (en términos de definir necesidades y descripción)?
	Nivel Individual Selección de los contenidos y tópicos de los programas Selección de métodos didácticos	
Etapa 3: Piloteo del Programa		
Aplicabilidad de los contenidos y métodos de entrega	Nivel contextual Pruebas Revisiones	¿Los clientes están abiertos al programa? ¿Tasas de asistencia?
Preparación de la versión final del programa	Nivel Individual Pruebas Revisiones	¿Hay efectos observables Ej. valoración con el grupo control?
Etapa 4: Cabildeo y diseminación		
Facilitar las condiciones contextuales para los cambios conductuales	Nivel Contextual (principalmente) Dirigir instituciones y autoridades administrativas	¿Han sido abordados los grupos importantes apropiadamente?
Facilitar la distribución de programas	Campañas en medios masivos	¿Fueron el cabildeo y diseminación suficientes y exitosos?
Etapa 5: Aplicación a gran escala		
Maximizar el alcance del programa	Establecer un sistema para la distribución de materiales	¿Existen cambios a largo plazo?
	Capacitar facilitadores	¿Es el programa eficiente y efectivo?

Específicamente, la primera etapa consiste en identificar las necesidades de la población meta y definir el problema. Tanto el contexto como los recursos personales tienen que ser estudiados para poder realizar una descripción integral del problema con el que se va a tratar (ver Tabla 1). En otras palabras, el primer paso es preguntarles a las personas tanto a nivel individual como colectivo, cuáles son sus necesidades y qué ideas tienen acerca de cómo se les podría dar solución.

En esta primera etapa también se define el diseño de la evaluación para decidir quién(es) integrarán el(los) grupo(s) experimental(es) con el(los) que se va a trabajar la intervención y qué medidas se tomarán para elegir al(los) grupo(s) control(es) o en su defecto, medidas que sirvan como controles y que permitan análisis comparativos con el (los) grupo(s) experimental(es). Estos son indispensables para poder atribuir de manera confiable los cambios a la intervención. La meta principal de esta fase es identificar los problemas que pudieran limitar la disponibilidad o el acceso a oportunidades, así como conocer las condiciones locales que puedan fortalecer el que se den los cambios necesarios para lograr que la intervención sea exitosa. Es decir, la investigación exploratoria o formativa que se realiza para conocer las necesidades y para definir el problema, va a permitirnos conocer además, qué facilidades y qué dificultades existen para apoyar o limitar la salud. En dicha investigación se podrá saber, por ejemplo, si hay acceso a servicios de salud, de qué tipo, con qué calidad, qué tan fácil o difícil es el acceso, con qué costos directos (pago del servicio y/o medicamentos) e indirectos (ej. transporte).

En el nivel contextual, los métodos de obtención de información incluyen la recopilación de reportes estadísticos y encuestas, tanto gubernamentales como particulares, así como la consulta de fuentes etnográficas. En el nivel individual, se usan grupos focales, entrevistas a profundidad y observaciones sistematizadas adaptadas a circunstancias locales (Enríquez, 1990). Esta es la base para desarrollar el contenido del programa a fin de que sea compatible con las necesidades reales de la población meta. De esta manera también se brinda el apoyo necesario para asegurar que el usuario del programa se apropie de éste y participe de manera activa ("lo sienta suyo"). Una evaluación crítica en esta etapa tiene por objetivo examinar la calidad de los métodos de recolección de información y la compatibilidad entre el objetivo del programa y las necesidades planteadas.

En la segunda etapa a la que se refiere la Tabla 1, se desarrolla del programa de intervención (i.e. la información recolectada en la primera etapa se traduce en módulos o unidades del programa así como materiales educativos y promocionales). El desarrollo del programa incluye intervenciones en niveles grupales e individuales y mensajes a través de los medios masivos, que podrán ser utilizados para la difusión en un momento dado. En esta etapa es importante tomar en consideración los métodos didácticos que se van a usar. Así por ejemplo, se puede decidir si se requiere una metodología participativa como la de los programas de educación para la salud que realiza IMIFAP³ o si se prefiere usar únicamente materiales escritos o técnicas tipo conferencias masivas, que limitan la participación individual pero pueden llegar a un mayor número de personas en menor tiempo. Es también en esta fase cuando se determina la forma en la que se va a replicar el programa. Así por ejemplo, se puede formar a las madres para que ayuden a mejorar la salud de sus hijos, o a jefes del sector educativo y/o directores de escuelas para que repliquen los programas con los maestros o con madres y padres de familia o tal vez en el caso de clínicas de salud, formar al personal médico de cabecera para que forme a aquéllos que llevan a cabo su servicio social en el hospital durante un periodo de tiempo relativamente corto. La evaluación en esta fase consiste en ver si el contenido es válido, es decir, si va de acuerdo con las necesidades detectadas en la etapa anterior.

En la tercera etapa de desarrollo de programas de salud, se prueba y revisa el programa a través de una intervención y evaluación piloto. El objetivo es que al término de esta fase se cuente con una versión final de la intervención para ser aplicada en gran escala. En esta fase son necesarias las valoraciones objetivas que

permitan evaluar si el programa es efectivo. Una pregunta típica de la evaluación en esta fase está dirigida a entender si a los participantes les gusta el programa, qué han aprendido, si es suficiente, así como si hubo algún cambio en sus conocimientos, habilidades y en sus patrones de conducta.

3 IMIFAP A.C. es una organización mexicana no gubernamental que con base en investigación, desarrolla, instrumenta y evalúa programas de educación para la salud con un enfoque en habilidades para la vida. www.imifap.org.mx

Como se muestra en la Tabla 1, la cuarta etapa del desarrollo de programa se refiere al cabildeo y la diseminación (i.e. buscar las condiciones necesarias para que el programa pueda ser instrumentado a gran escala). La distinción entre estos dos términos tiene que ver principalmente con la población meta a la que se dirigen. El cabildeo va directamente a los legisladores, en su sentido más amplio, desde autoridades locales, maestros, directores de escuelas, asociaciones profesionales, organismos no gubernamentales, médicos, miembros del congreso, gobernadores, subsecretarios y secretarios de estado y el presidente de la República. El cabildeo es importante de dos maneras: a) para dar a conocer la existencia del programa y sus resultados y b) para conseguir el apoyo necesario que permita desarrollar las condiciones contextuales que faciliten la aceptación del programa por parte de las comunidades meta. La diseminación, por su parte, va dirigida directamente al público en general. Incluye la difusión de mensajes a través de conferencias de prensa, artículos en periódicos y publicaciones, así como en radio y televisión.

La última etapa de desarrollo de un programa de intervención, una vez que se ha visto que sus resultados realmente logran la protección y/o la salud, es aplicarlo en una mayor escala para así alcanzar al mayor número posible de beneficiarios de éste. Para llegar a tener un programa exitoso y que pueda ser utilizado por un gran número de personas tendrá que contar con los elementos necesarios para formar a grupos numerosos de personas, supervisarlas y acompañarlas. Asimismo deberá contar con estrategias para lograr la distribución masiva de los materiales tanto promocionales como educativos que incluye determinado programa. Una manera de hacerlo es utilizando la capacitación a través de un sistema en cascada supervisada. Consiste en formar a un grupo de asesores que conocen todos los componentes y fases del programa, el cual a su vez forma a multiplicadores en programas o actividades específicas. Estos forman a replicadores que finalmente llegan a los usuarios, es decir, la población meta (ver Figura 2). Claro está que muchas veces no es necesario pasar por todas las etapas de la cadena. Así por ejemplo, los asesores pueden formar directamente a replicadores o inclusive a los usuarios. La decisión al respecto depende de la disposición de personal y la estructura de la institución que replicará el programa. Los principios básicos de un procedimiento como este son:

a. Primeramente se forma a la persona para su propio beneficio, es decir, para fomentar en ella y para sí misma las habilidades y conocimientos. *Uno no puede dar lo que no tiene.* Por lo tanto, darle a alguien los elementos que tiene que multiplicar sin antes haberle dado las habilidades y conocimientos necesarios para que cuide de su propia salud, dificultará el proceso de enseñanza-aprendizaje. Muy probablemente cometa varios errores y proporcione solo parte de la información, por lo general la que se puede memorizar, no la que incluye la formación de habilidades cognitivas y psicosociales que es la que lleva a los verdaderos cambios de conductas. Éstas requieren de una mayor experiencia e implican un proceso más largo.

b. Una vez que se cuenta con las habilidades y conocimientos necesarios para su propio desarrollo, se puede proceder a darle al replicador o multiplicador aquellos contenidos que impartirá en cada una de las siguientes etapas de la cascada.

c. Se debe asegurar que haya acompañamiento en cada etapa. Éste ayuda a fortalecer la seguridad de la persona en sus capacidades para seguir con el proceso y le permite aclarar dudas que vayan surgiendo a lo largo de éste. Además brinda información sobre las áreas a reforzar, constituyendo así un componente adicional a la capacitación.

d. La actualización de conocimientos y la aplicación de las habilidades en diferentes temas, lleva a aumentar la probabilidad de que el programa permanezca e inclusive se vaya haciendo auto sustentable. Asimismo le ayuda a mantenerse al día.

e. Cada una de las etapas de la multiplicación incluye un componente de evaluación. Ésta se realiza con el objeto de ir retroalimentando el proceso y asegurarse que se lleve a cabo de manera exitosa. Muchas veces se le teme a la evaluación por que se cree que puede ser una forma de juzgar, calificar o clasificar a las personas. Es importante hacer las aclaraciones necesarias en cada etapa para evitar malos entendidos como estos.

f. La duración y la información que se da en cada una de las etapas de capacitación va haciéndose cada vez más concreta. Así, mientras en las primeras se toman por lo menos 60 horas y con frecuencia más de 180 para consolidar el proceso formativo, en la etapa de capacitación que se da para trabajar con la población meta, se requieren entre 20 y 30 horas de trabajo frente a grupo.

Para realizar la evaluación en la etapa de aplicación en gran escala, se hacen preguntas tales como qué cambios y en qué grado (por ejemplo, estadísticamente significativo o no) se dieron en actitudes, conocimientos, diferentes etapas de cambio de las conductas, en las habilidades y si el programa fue eficiente en términos, por ejemplo, de costo - efectividad.

Un ejemplo: "Yo quiero, yo puedo": programa integral escolarizado de habilidades para vivir para la salud física y mental

En esta sección, ilustraremos cómo el marco conceptual ha sido aplicado en el desarrollo e instrumentación de un programa de intervención. Nos referiremos a un programa escolarizado de habilidades para vivir y salud para niños y niñas, que va desde preescolar hasta tercero de secundaria, titulado "*Yo quiero, yo puedo*" (Pick y Givaudan, 1994)

Etapa 1: Identificación de las necesidades y definición del problema

En los años noventas, cuando se empezó a trabajar en clínicas y en escuelas de la Ciudad de México evaluando el programa "Planeando tu vida" (Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas. 1988) que tiene como objetivo central el desarrollo de habilidades y la adquisición de conocimientos orientados a la prevención de embarazos en la adolescencia, se encontró que si el programa se les daba a los jóvenes antes de que tuvieran relaciones sexuales, aumentaba de manera estadísticamente significativa que cuando las tenían de manera protegida (Pick, Andrade, Townsend, Givaudan, 1994). En esa misma evaluación se encontró que muchos de los mismos factores para la prevención de embarazos en la adolescencia, estaban presentes para la prevención de abuso de sustancias tóxicas tales como alcohol y drogas. Fueron precisamente estos resultados los que llevaron

al equipo de investigación en IMIFAP-Educación, salud y vida- (Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población) a desarrollar programas integrales de habilidades para la vida y salud para edades más tempranas.

Había ya una gran variedad de información acerca del contexto educativo y socio-cultural así como de diferentes enfoques de programas preventivos y de educación para la salud (ej. Barnes y Welte, 1986; Botvin y cols, 1990; Hansen, 1989; Pick, Givaudan, y Aldaz, 1996). Por otro lado, se llevaron a cabo 12 grupos focales con 96 maestros, maestras, 60 padres y madres de familia y 100 niños, niñas y adolescentes elegidos de manera casuística para conocer sus necesidades. Se encontró que en las escuelas primarias se requería de una metodología didáctica participativa y vivencial, y que maestros y maestras deseaban y necesitaban programas para temas tales como sexualidad, prevención de abuso de sustancias tóxicas, ecología y nutrición (Pick y Givaudan. 1995).

En esta etapa de la investigación formativa, se encontró que habían dificultades para enseñarles a niños y niñas aspectos relacionados con habilidades para vivir tales como: expresión de sentimientos, comunicación asertiva y toma de decisiones y que se valoraba a la obediencia como la mejor base para las conductas, tanto dentro como fuera del salón de clases y se castigaba la toma de decisiones autónoma. Lo que es más, no se daba información para ello y se veía como amenazante por parte de los adultos, a pesar de que simultáneamente se quejaban de una enorme falta de responsabilidad (definida como la capacidad de responder por las consecuencias de sus actos) en los menores. Comentarios como "el mejor alumno es callado y obediente" eran frecuentes por parte de maestras y maestros (Pick y Givaudan 1995; Givaudan, Ramón, Camacho y Pick, 1997).

En el nivel individual con los niños, niñas y adolescentes, se observó que estaban aburridos en la escuela, querían participar, ser escuchados y tomados en cuenta; no querían simplemente seguir instrucciones y memorizar, querían espacios tanto dentro como fuera de la escuela para hablar abiertamente de temas que les inquietaban, tales como los relacionados con su sexualidad, drogas, negociación dentro de la familia y el cuidado del medio ambiente. Asimismo deseaban mejorar la calidad de sus relaciones con amigos y amigas y tenían dudas respecto a los roles de género (Givaudan, Weiss, Pick, Alvarez, Rao Gupta y Collado, 1993).

De esta manera, la primera parte del estudio sirvió como un inventario de necesidades. Fue útil para establecer el nivel de conocimientos, las necesidades y las razones para desear participar en el piloteo del programa. Estas necesidades fueron determinadas de acuerdo con el grupo de edad y por grado escolar.

La evaluación en esta etapa permitió analizar si los principales problemas fueron examinados en suficiente detalle para contar con una base sólida y fundamentada para pasar a la siguiente fase que se refiere al desarrollo de la intervención.

Etapas 2: Desarrollo del programa de intervención

Una vez que se tuvieron identificados los factores relevantes tanto en el nivel contextual como individual, se procedió a hacer una lista de posibles contenidos. Ésta se hizo en términos de ejes temáticos guiados por los intereses de los participantes y por el esquema de *habilidades para la vida*, que tiene muchos puntos en común con el que ha sido propuesto por OMS, a fin de incluir factores protectores para las diferentes áreas donde se deseaba prevenir problemas (higiene, nutrición, sexualidad, abuso de sustancias tóxicas, cuidado del medio ambiente y prevención de VIH/SIDA). Asimismo se decidió utilizar una metodología

participativa/vivencial, dado que este tipo de contenidos requiere de un aprendizaje a través de la propia experiencia (Ausubel, 1978).

Con el fin de resumir los diferentes aspectos que se tomaron en cuenta para el desarrollo del programa, hemos diseñado la Tabla 2 y la Figura 3. En éstas se pueden apreciar tres ejes: los grupos que reciben formación, los temas y lo que se enseña, en este caso habilidades y conocimientos.

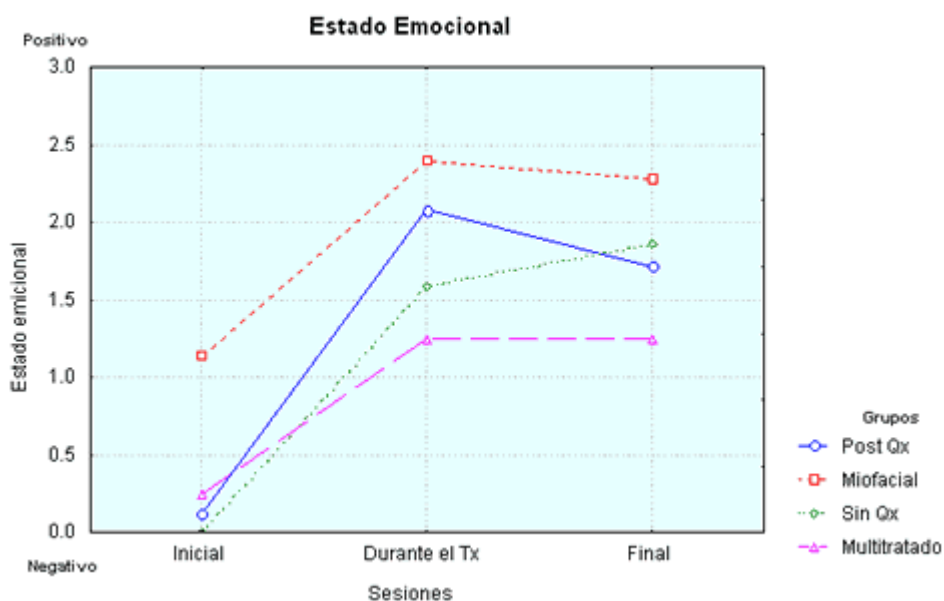


Figura 3 - Ilustración de los ejes base para el desarrollo de programas de promoción de la salud

Tabla 2 - Ejes base para el desarrollo de programas de promoción de la salud

<p>Grupos que reciben formación (cada una de estos tiene su propia versión):</p> <ul style="list-style-type: none"> Maestros y maestras de preescolar Maestras y maestros de primaria Maestros y maestras de secundaria Padres y madres de familia con hijos e hijas menores de 12 años Madres y padres de familia con hijas e hijos adolescentes Niños y niñas de preescolar Niños y niñas de primaria Adolescentes en secundaria <p>Habilidades y conocimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Autoconocimiento

Comunicación asertiva
Manejo de emociones
Manejo del estrés
Toma de decisiones
Tolerancia a la frustración
Planeación
Equidad de género
Relación con la familia y amigos
El papel de la persona en la comunidad
Creatividad
Organización y uso del tiempo libre
Salud
Higiene y salud
Nutrición
Cuidado del medio ambiente
Sexualidad
Prevención de abuso de sustancias tóxicas
Prevención de VIH/SIDA
Ejemplos de temas

Maestros y maestras de primaria:

Antecedentes de un grupo de habilidades para la vida y salud
Integración de grupos
Prevención del consumo de drogas
Fomento a la autoestima
Atributos y responsabilidades de la autoridad
Manejo de afecto y comunicación no verbal Controlar y decidir tu vida
Uso del manual para la preparación de las actividades diarias

Padres y madres de familia de adolescentes:

¿Qué conflictos suelen aparecer en relación con la adolescencia de los hijos?
¿Cuál sería la fórmula para entender al adolescente?
¿Es verdad que los adolescentes son muy difíciles de tratar y no saben que quieren?
¿Debo educar a mis hijos como me educaron a mí?
¿Cómo saber que cosas le puedo decir a mis hijos y cuáles no?

Madres y padres de niñas y niños:

¿Cómo se puede mantener una conversación con nuestras(os) hijas(os)?
¿Cómo podemos conocer mejor a nuestras(os) hijas e hijos?
¿Qué podemos hacer para que una niña o niño aprenda a ser disciplinada(o)?
¿Qué hacemos si ya tratamos varias veces de lograr algo con nuestro(a) hijo o hija y no resulta?
¿Qué son las reglas de la familia?

¿Respetar a las hijas y los hijos significa dejar que hagan lo que ellas(os) quieren?

Niñas y niños:

Me conozco y me quiero (ej. En que soy diferente a los demás, Nadie es perfecto)

Pertenezco a una comunidad (ej. Normas y valores de mi comunidad)

Mi sexualidad (ej. las fronteras de mi cuerpo, El SIDA, Historias de un embarazo)

Me alimento sanamente (ej. Algunos alimentos pueden hacerme daño, La nueva dieta de Tere)

Crezco y dejo crecer (ej. Me respeto y te respeto, No te dejes)

Cuido mi ambiente (ej. Aprendo sobre las plantas y animales, Ahorro de energía)

Me organizo y soy productivo (ej. Actividades en equipo, Como ser más eficiente)

Observo, escucho y me comunico (ej. Aprendo a negociar, Los berrinches)

En cada caso, las habilidades son aplicadas junto con conocimientos específicos para el grupo con el que se trabaja. En cada población meta se llevan a cabo ejercicios y se dan contenidos de conocimientos relevantes para dicho grupo. En la tabla anterior se presentan los conocimientos y habilidades que se dan y algunos ejemplos de temas por grupo de las poblaciones metas. Dar los temarios completos abarcaría mucho más espacio del que permite un capítulo en un libro. A continuación ejemplificaremos lo que se hace.

Por ejemplo, en el tema de sexualidad con los maestros y maestras, se desarrollan habilidades tales como auto conocimiento sobre su propia sexualidad, comunicación con su pareja, cómo hablarlo de maneras diferentes con madres y padres de familia y con sus alumnos y alumnas en cada año escolar, y se incluyen todos los temas, desde la diferencia entre sexo y sexualidad, el placer, embarazo y parto, anticoncepción, alternativas para el ejercicio de la sexualidad, infecciones de transmisión sexual y su prevención, VIH/SIDA y su prevención y los derechos sexuales y reproductivos.

Al trabajarlo con las madres y padres, el énfasis una vez más es inicialmente en hacerlos sentirse a gusto con su propia sexualidad y con los conocimientos que tienen sobre ésta y en una segunda instancia, apoyarlos para que puedan hablar sobre este tema con sus hijos e hijas, sugiriéndoles qué conocimientos darles, más o menos en qué edad, usando, por ejemplo, materiales específicos para ello (Solano, Pick y Pick, 1995), así como la manera de hacerlo (ej. sin pena, compartiendo, aceptando ante los hijos e hijas sin temor que alguna cosa la desconoce y que juntos la podrán aprender, dando la información y ejemplos, mas no órdenes ni direcciones acerca de qué hacer y qué no). Los ejercicios que se usan con los jóvenes son mucho más sencillos, específicamente enfocados a la etapa de desarrollo por la que están pasando y cubriendo un contenido teórico menos detallado que en el caso de los adultos.

En el caso del tema de toma de decisiones y control sobre sus vidas, la actividad para niñas y niños en quinto de primaria del programa "Yo quiero, yo puedo", está enfocada a sensibilizarlos acerca de la importancia de no actuar solo para quedar

bien con las demás personas y de no solo obedecer ciegamente. La lección termina pidiéndoles a niños y niñas que analicen la diferencia entre obedecer y ser responsable. En el caso de maestras y maestros en esta área, se les dan las habilidades y conocimientos necesarios para que ellos mismos puedan desarrollar su capacidad de tomar decisiones de manera informada, autónoma y responsable y luego poder manejar esta concepción en el salón de clases. Se les dan los elementos necesarios para que puedan enseñarle al alumnado la diferencia entre tomar decisiones y obedecer, y ejemplos de cuándo usar la una o la otra. Por otro lado, durante la formación se hacen observaciones en el salón de clases para poder dar retroalimentación acerca de los avances. Al trabajar con el área de toma de decisiones y control sobre sus vidas con padres y madres de familia, el énfasis es una vez más, primero en el desarrollo para sí mismos, y más adelante en cómo poder formar a sus hijas e hijos bajo esta perspectiva, así como las ventajas de hacerlo. Asimismo se les enseña cómo hacerlo con sus parejas. Incluye habilidades de negociación, de cómo llegar a acuerdos, cómo enseñar a poner reglas en conjunto dentro del seno familiar sin imponerlas y cómo enseñarles a los hijos e hijas a responder por las consecuencias de sus decisiones. En el programa para los jóvenes, además, se les enseña a manejar presiones de grupo y a analizar situaciones con diferentes grados de complejidad.

En el caso de las personas que van a actuar como replicadores con multiplicadores, como sería el caso de maestras y maestros que le van a dar el programa a otros maestros y maestras, se les da adicionalmente un curso llamado "Formación de facilitadores" (Guzmán y Ramón, 1999), el cual tiene una duración de 50 horas y tiene contenidos tales como:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| - Presentación e integración | - Planeación y material didáctico |
| - Encuadre | - Roles grupales y Liderazgo |
| - Grupos | - Resolución de conflictos |
| - Proceso grupal | - Trabajo en equipo |
| - Perfil y funciones del facilitador | - Supervisión y Evaluación |
| - Habilidades de comunicación | - Cierre |
| - Técnicas didácticas | |

En varias pruebas con pequeños grupos, se recopiló información para determinar qué material educativo y promocional se requería. El programa fue administrado por un grupo de asesores de IMIFAP -Educación, salud y vida- a maestras y maestros que a su vez se lo daban a niños y niñas y adolescentes por nivel escolar, así como a padres y madres de familia por etapas en el proceso educativo (preescolar, primaria, secundaria), usando una metodología participativa en todos los casos. A los participantes en cada nivel se les asignaba en cada sesión trabajo para la casa. Por ejemplo, tenían que hablar sobre problemas no resueltos ni comentados con algún miembro de la familia, dirigirse a personas que no se habían acercado antes, y por ejemplo, en el caso de adolescentes, dejarles de tarea ir a una farmacia a comprar condones (Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas, 1988).

La evaluación en esta etapa se llevó a cabo con cada una de las poblaciones. En el caso de maestros y maestras, se encontró por ejemplo que las tres cuartas partes sentían que tenían facilidad para dar el programa, y que las técnicas participativas/vivenciales les eran muy útiles, no sólo en este programa sino en todas las materias que impartían. En el caso de niñas y niños, se vio por ejemplo

que los temas que preferían eran los relacionados con auto conocimiento, responsabilidad y sexualidad, y los que menos les interesaban eran auto cuidado, organización y productividad, así como expresión de sentimientos. También se observó que algunos contenidos eran demasiado sencillos, que faltaban algunos temas y que los dibujos de preferencia (si el costo lo permitía) debían ser a color, no blanco y negro. De hecho, esta evaluación fue instrumental para cambiar no sólo los contenidos, sino también el título del programa de "Yo, mi familia y mi medio ambiente" (Pick y Givaudan, 1994) a "Yo quiero, yo puedo" (Pick y Givaudan, 1995).

Etapa 3: Piloteo del Programa

Con cada grupo de la población meta (maestros y maestras, madres y padres de familia, menores de edad de cada grado escolar) se piloteó el programa correspondiente de manera independiente. Cada programa fue administrado por un grupo de asesores de IMIFAP-Educación, salud y vida-a la población a la que iba dirigido. En el caso de los programas escolarizados, maestras y maestros recibieron el programa que a su vez les daban a niños, niñas y adolescentes. La evaluación de los contenidos, materiales y metodología, se realizó tanto con los maestros como con la población meta (alumnos y alumnas). En el caso de madres y padres, el programa se impartió directamente evaluando los contenidos del taller y los materiales de apoyo. La evaluación se realizó apoyándose en guías estructuradas con las que se llevaron a cabo grupos focales para conocer si el mensaje clave de la lección quedaba lo suficientemente claro y para evaluar los contenidos tanto teóricos como prácticos de la sesión y los materiales que se utilizaban. Se analizaron además aspectos como el estilo de las ilustraciones, el tipo de letra utilizado y se seleccionaron palabras para elaborar un glosario al final de cada lección en el caso de los libros de texto (Pick y Givaudan, 1999), así como para elaborar guías específicas y manuales de aplicación del programa para maestros y otros replicadores (Ramón y Pick, 2001), y materiales adicionales de apoyo tanto para niños y niñas (Venguer, Quezada, Pick, Cabral, Flores, Saltmarsh, Montero y Morales, 2000) como para madres y padres de familia (Pick y Givaudan, 2002; Pick, Givaudan y Martínez, 1995).

Ejemplos de resultados con niñas y niños fueron que después del curso, había un aumento estadísticamente significativo en responsabilidad, comunicación asertiva, actitudes hacia la equidad de género y frecuencia y calidad de la comunicación en la familia (Pick y Givaudan, 1995). Con padres y madres de familia se encontró, por ejemplo, que aumentaba la comunicación con hijos e hijas y que estos preferían que fuera informativa y no directiva (Givaudan, Weiss, Pick, Alvarez, Rao Gupta, y Collado, 1993).

Los resultados de esta etapa permitieron desarrollar la versión final del programa con materiales apropiados para cada grupo de edad. Asimismo niños y niñas participaron en el desarrollo de las portadas para los libros de texto, las cuales incluyen dibujos realizados por los mismos alumnos y sugirieron el nombre final del programa.

De manera paralela se desarrollaron instrumentos de evaluación para cada grupo de la población, los cuales también fueron piloteados. El desarrollo de las versiones finales de los instrumentos se realizó teniendo como guía el marco conceptual, de tal manera que en cada grupo de la población se evaluaban los diferentes constructos que incluye el marco teórico para cada una de las áreas. Por ejemplo, en sexualidad para 3er. grado de primaria se incluyen reactivos que evalúan los siguientes conocimientos tomando en cuenta la conducta meta para este grado en el área de sexualidad: prevención de abuso sexual. Se cuenta con escalas validadas

para evaluar auto eficacia respecto a evitación de abuso sexual, auto conocimiento, actitudes hacia la obediencia ciega, conocimientos sobre alternativas para evitar el abuso sexual. En cuanto a habilidades, se incluyen comunicación asertiva, comunicación de sentimientos y toma de decisiones. Se presentan además situaciones en las que se determina si se ha presentado una situación de este tipo, qué conductas protectoras y en qué nivel se han dado (contemplación, preparación para la acción, acción).

En estudios longitudinales, además es posible evaluar el mantenimiento de las conductas. Este tipo de evaluaciones son útiles para determinar los tiempos que se requieren para que las intervenciones tengan un efecto en conductas. Cuando éstas se hacen solo de manera intensiva o por periodos cortos, por lo general solo se obtienen cambios en nivel de conocimientos y en ocasiones de actitudes, mas no se logran efectos significativos en conductas que requieren de mayor tiempo para poder ser modificados o consolidados.

Una vez que se tuvo la nueva versión de cada programa, se procedió a impartirlo formalmente durante un ciclo escolar en escuelas que participaron de manera voluntaria y con grupos de padres y madres para poder desarrollar una versión final. Se aplicaron instrumentos de evaluación antes y después del curso y los resultados fueron comparados en cada caso con un grupo control.

Esta evaluación permitió entre otras cosas, afinar los tiempos necesarios para impartir los contenidos tanto a quienes actúan como multiplicadores como a la población meta. (Pick y Givaudan, 1995). Asimismo se realizaron evaluaciones de los programas con diferentes grupos de la población y en diferentes escenarios, tanto en estados de la República Mexicana como en otros países de América Latina (Givaudan, Ramón, Camacho, y Pick, 1997; Ramón, Bendejú, Pick, y Givaudan, 2000; Merlo, Givaudan, y Pick, 1999; Givaudan, Ramón, Camacho y Pick, 1997; Pick, y Givaudan, 1995).

La evaluación que se ha llevado a la fecha de diferentes pilotes ha mostrado, por ejemplo: en México, aumentos en sentimientos de control sobre sus vidas y decisiones y disminución en la pena para preguntar o exigir algo, conocimientos sobre sexualidad, actitudes de los adolescentes hacia hablar con sus padres y madres acerca de temas difíciles (Givaudan, Ramón, Camacho y Pick, 1997) y hábitos de higiene (Givaudan, Ramón y Pick, 1999). Por otro lado, en América Latina se han visto aumentos significativos en comunicación asertiva, auto cuidado físico, capacidad para tomar decisiones, conocimientos sobre sexualidad y sobre equidad de género, tanto con niños y niñas, como entre adultos (Ramón, Bendejú, Pick y Givaudan, 2000).

Los resultados de las evaluaciones iniciales permitieron determinar nuevas acciones para reforzar los procesos de formación, así como desarrollar alternativas para la evaluación tales como guías de observación sistematizada y contenidos para programas de actualización. Por otro lado, la evaluación del programa en diferentes contextos hizo evidente la necesidad de contar con una versión del programa aplicable a comunidades rurales y en situaciones donde no existen grupos escolares sino se trabaja con comunidades escolares multi grupo debido a la carencia de recursos y otras situaciones que se encuentran en comunidades con alto grado de marginación.

Etapas 4: Cabildeo y diseminación

A través de las diferentes etapas de instrumentación y evaluación de los programas para alumnos y para padres y madres, el equipo de investigación se comunicaba

frecuentemente con autoridades de salud y educación tanto estatales como federales y de diferentes niveles, los invitaba a participar y comentar, haciendo cabildeo a lo largo de todo el desarrollo e instrumentación del programa, en vez de una sola actividad al final del proyecto como sucede muchas veces. El desarrollo del programa y sus resultados han sido presentados en reuniones científicas tanto nacionales como internacionales así como a otras organizaciones no gubernamentales en México y otros países de América Latina, así como Uzbekistán y Grecia. La diseminación se promueve a través de afiches, conferencias de prensa, y presentaciones e inclusive negociaciones, como en el caso de educación para la sexualidad (ej. Pick, Givaudan y Brown, 2000), con grupos de padres y madres de familia y asociaciones tanto públicas como particulares de maestras y maestros.

La evaluación de esta etapa se desarrolló a través del análisis de los resultados que tuvo la diseminación y el cabildeo. Por ejemplo: el que haya llevado a que los programas se ofrecieran a nivel nacional como opciones de formación para docentes, número de solicitudes de cursos a nivel tanto estatal como nacional y en otros países, número de invitaciones a participar en programas de radio y televisión, así como a congresos y a dar conferencias ante diferentes grupos tales como asociaciones de maestros, de madres y padres de familia así como sindicatos.

Etapa 5: Aplicación a gran escala

El cabildeo que realizó IMIFAP-Educación, salud y vida- llevó a que fuera invitado por la Secretaria de Educación Pública en diferentes momentos para colaborar en el desarrollo del programa "Adolescencia y Sexualidad", más adelante en "Adolescencia y Desarrollo", a capacitar a más de 200 maestras y maestros representantes de cada estado del país (Pick, Hernández, Alvarez y Vernon, 1992), a maestros de las escuelas normales que son las encargadas de la formación base de los docentes, a concursar en el desarrollo de los libros de primero a tercero de secundaria "Formación Cívica y Ética" (Pick, Givaudan, Troncoso y Tenorio, 1999a, b y 2000) que fueron seleccionados por los maestros y maestras como los que más se apegaban a sus necesidades y las de su alumnado en este país, así como a asociaciones representantes de grupos de oposición. Más recientemente, la misma secretaria le ha solicitado la revisión de los principales programas de prevención de abuso de sustancias tóxicas que se usan en el país y el desarrollo de un modelo que incorpore las lecciones aprendidas en "*Yo quiero, yo puedo*".

La diseminación con público en general se realizó a través de programas de encuestas de opinión y su difusión (Pick, 1993) por televisión comercial, radio y videos en los que se proporcionan de manera divertida, ejemplos de cómo se educa para la salud física y mental y alternativas para ello (IMIFAP- SEP, 1997), y conferencias para maestros y maestras transmitidas en cadena nacional en canales educativos.

A la fecha se han realizado un sinnúmero de consultas y capacitaciones directamente a usuarios, maestros y maestras y a madres y padres de familia y se ha llevado a cabo la formación de más de 40,000 replicadores en 14 países que han llegado a más de 16 millones de niños, niñas, jóvenes y adultos y se cuentan con más de 170 materiales educativos de tipo interactivo así como promocionales.

En 2003 el programa "*Yo quiero, yo puedo*" se adaptó para medio rural, de manera que actualmente se cuenta con libros de texto (Pick y Givaudan, 2003), rotafolios y materiales educativos (Venguer *et al.*, 2000), manuales para docentes e instrumentos de evaluación traducidos a lenguas indígenas. El programa rural está siendo aplicado como parte de una intervención integral de desarrollo comunitario

con más de 200,000 niños y niñas de comunidades marginadas bajo los auspicios de la Fundación de Naciones Unidas.

La evaluación de la instrumentación en gran escala ha quedado fuera del alcance de IMIFAP-Educación, salud y vida-. Como sucede con frecuencia, la institución que desarrolla y pilotea el programa original y que muchas veces forma a quienes lo instrumentan en más amplia escala, no necesariamente es quien lo evalúa. De hecho, muchas veces no se realizan evaluaciones del impacto de las instrumentaciones a gran escala, inclusive a veces ni del proceso.

Cabe mencionar que al instrumentar en gran escala, puede ser que se cambie el formato con el fin de facilitar el poder llegar a grandes números de personas; muchas veces inclusive perdiéndose calidad. Así por ejemplo, el programa "*Yo Quiero yo puedo*", al haberse adaptado para ser parte de la materia "Formación Cívica y Ética" a nivel nacional, el principal mecanismo fue a través de libros. La formación que se les dio a los replicadores fue de tan solo cuatro horas. Se mantuvo la esencia del programa original aunque no se ha hecho una evaluación rigurosa del mismo.

Conclusión

Para asegurar que un programa de promoción de la salud realmente logre cambios en las conductas así como aumentos en grados de auto eficacia y "*empoderamiento*" y favorezca el desarrollo de factores protectores y no solo aumentos en la adquisición de conocimientos, se requiere integrar el desarrollo de habilidades cognitivas y psicosociales con información. La primera meta de la evaluación de programas de promoción de la salud principal es lograr aumentos en los conocimientos, reducciones en los mitos y el fortalecimiento de las diferentes habilidades. En una segunda instancia, se evalúan los cambios en las conductas y en una tercera, las modificaciones que se logran en el nivel de la persona misma, como sería la autoestima y la autoeficacia.

A menudo, las intervenciones son desarrolladas independientemente de las necesidades y sin incluir adecuadas evaluaciones en cada una de sus etapas. En este capítulo se presenta un bosquejo de un marco de trabajo y una estrategia para una integración de cada etapa. Asimismo queda claro que llevar a cabo evaluaciones una vez que se adopta o adapta un programa en gran escala, es mucho más complicado que en la fase de piloteo.

Por otro lado, los programas enfocados en los aspectos de conducta individual, necesitan además incluir elementos que promuevan cambios contextuales como, por ejemplo, en las normas y valores que prevalecen en una comunidad y que no favorecen el desarrollo de factores protectores de la salud. Al mismo tiempo, se necesitan hacer esfuerzos para lograr que se fortalezcan cambios en el contexto que a su vez favorezcan transformaciones en las personas. Es decir, los programas de salud se pueden desarrollar de manera que se de una retroalimentación continua entre individuo y comunidad.

Desde nuestro punto de vista, ir paso a paso a lo largo de un marco de trabajo teórico y una estrategia, tales como los que se presentan en este capítulo, ayudan a incrementar la calidad de las intervenciones en salud. También se han explicado las razones por las que es deber de quien instrumenta las intervenciones, asegurarse que se demuestre si son eficientes y efectivas. Las simples impresiones

subjetivas de los replicadores y las poblaciones meta no son suficientes como medida de su validez y utilidad.

El proceso de replicación y multiplicación que se da a través de una cascada con acompañamiento y actualización, necesita ser diseñado con atención al detalle de sus contenidos tanto teóricos como prácticos así como a las estrategias logísticas y de colaboración interinstitucional necesarias para su instrumentación a gran escala. Se sugiere incluir las bases para su evaluación desde que se plantea, de manera que se pueda llegar a conclusiones respecto a su efecto tanto a nivel del individuo como de la comunidad. En este respecto se enfatiza la necesidad de formar primeramente a los facilitadores para su propio desarrollo humano antes que para su función como replicadores o multiplicadores.

El cabildeo y la diseminación son partes fundamentales de una intervención que muchas veces se dejan de lado. IMIFAP-Educación, salud y vida- ha hecho grandes esfuerzos en este sentido. Es justamente a través de estos mecanismos que se ha logrado la aceptación de un programa como el que se describe en este capítulo y en diferentes niveles, así como su instrumentación en escalas más grandes. Así se ha logrado mejorar la calidad de vida de un alto número de personas y comunidades a través de estrategias integrales de educación para la salud.

Referencias

Alan Guttmacher Institute. (1998). *Into a new world. Young women's sexual and reproductive lives*. New York.

Ausubel D, P. (1978). *Psicología Educativa. Un punto de vista cognoscitivo*. Trillas: México.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Health Psychology, 10*, 432-444.

Bandura, A. (1997a). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.

Barnes, G., y Welte, J. (1986). Patterns and predictors of alcohol use among 7-12th grade students New York State. *Journal of Studies of Alcohol, (47)* 53-62.

Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., y Dasen, P. R. (2002). *Cross-cultural psychology: Research and applications* (2nd ed.). Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Botvin G.; Baker, E. Filazzola, D., y Botvin, E. (1990). A cognitive- Behavioral Approach to substance abuse prevention: One year follow-up. *Addictive Behaviors, 15*, 47-63.

Dryfoos, J. (1993). Preventing substance use: Rethinking strategies. *American Journal of Public Health, 83*, 793-795.

Enriquez, V. G. (Ed.). (1990). *Indigenous psychologies*. Quezon City: Psychology Research and Training House.

Fishbein, M., y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Givaudan, M., Ramón, J., Camacho, D. y Pick, S. (1997). *Evaluación Cualitativa del Programa Yo quiero, yo puedo para 5° y 6° grado de Primaria*. Reporte presentado al Banco Mundial. Washington, D.C.

Givaudan, M., Ramón, J., Camacho, D. y Pick, S. (1997). *Multiplication of the Family Life and Sex Education Program Yo quiero, Yo puedo in Margenalized Areas de Mexico City*. Reporte presentado a la Fundacion Compton, San Francisco, CA.

Givaudan, M., Ramón, J. y Pick, S. (1999). *Training Elementary School Teachers in the Health and Family Life Program Yo Quiero, Yo Puedo in the Mexican States of Queretaro and Guanajuato*. Reporte presentado a la Fundación Moriah, Chevy Chase, MD, USA.

Givaudan, M., Weiss, E., Pick de Weiss, S., Alvarez, M., Rao Gupta, G. y Collado, M. E. (1993). *Strengthening intergenerational communication within the family: An STD/AIDS prevention strategy for adolescents*. Reporte presentado al Internacional Center Research on Women, Washington, DC, USA.

Guzman, G. y Ramón, J. (1999). *Formación de Facilitadores (manual)*. Documento interno, México: IMIFAP.

Haggerty, P. K. (1994). Damage and recovery in southern Sierra Nevada foothill oak woodland after a severe ground fire. *Madroño* 41(3), 185-198.

Hanewinkel, R., Asshauer, M. (2004). Fifteen-month follow-up results of a school-based life-skills approach to smoking prevention. *Health Education Research*. 19(2): 125-137.

Hansen, W. (1989). *Theory and implementation of a social influence model of primary prevention*. Prevention research findings: OSAP Prevention Monograph 3. USDHHS, PHS, ADAMHA. pp. 93-107.

Hawkins, J. Catalano, R. y Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention: *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.

IMIFAP-SEP. (1997). *Yo quiero, yo puedo*. (Serie de 3 videos instruccionales). Producción IMIFAP-IDEAME.

Kotliarenco, M. A.; Caceres, I., Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington D.C.

Luther, S. y Zigler, E. (1992). Intelligence and Social Competence Among High-risk Adolescents. *Development and Psychopathology* (4), 287, 299.

McCrae, R. R., y Costa, P. T. Jr. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the Five-Factor Model. In J. S. Wiggins (Ed.), *The Five-Factor Model of Personality: Theoretical perspectives* (pp. 51-87). New York: Guilford Press.

Merlo, P., Givaudan, M. y Pick, S. (1999). *Training of NGOs and Academic Institutions on the Dissemination of Information about Emergency Contraception in*

Panama, Nicaragua, and Sonora, Mexico. Reporte presentado a la Fundación Compton, San Francisco, CA, USA.

Organización Mundial de la Salud. (1999). *Partners in life skills education - Conclusiones de una reunión inter agencias de Naciones Unidas* (WHO/MNH/MHP/99.2). Ginebra, Suiza

Pick de Weiss, S., Andrade Palos, P., Townsend, J., Givaudan, M. (1994). Evaluación de un Programa de Educación Sexual Sobre Conocimientos, Conducta Sexual y Anticoncepción en Adolescentes. *Salud Mental*, (17), 25-31

Pick de Weiss, S. (1993). *Development of Support for National Sex Education in Mexico*. Reporte presentado a Moriah Fund, The Prospect Hill y The John Merck Fund, Nueva York, N.Y. y Boston, MA, USA.

Pick de Weiss, S., Hernández, J.C., Alvarez, M. y Vernon, R. (1992). *Prueba operacional para la institucionalización de educación para la vida familiar en escuelas secundarias de la Ciudad de México*. Reporte presentado a Population Council, Nueva York, NY, USA

Pick, S., Aguilar, J., Rodriguez, G., Reyes, J., Collado, M.E., Pier, D., Acevedo, M.P, y Vargas, E. (1988). *Planeando tu vida: nuevo programa de educación sexual para adolescente*. México: Editorial Planeta (7ª edición, 1995, 16ª reimpresión, 2003)

Pick, S. y Givaudan, M. (1994). *Yo, mi Familia y mi medio ambiente: Un libro de educación para la vida. (Serie de 7 libros para los grados Preescolar, 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º de Primaria)*. México: Editorial Planeta.

Pick, S. y Givaudan, M. (1995). *Evaluación de Diferentes Tipos de Intervenciones para la Instrumentación de un Programa de Educación para la Salud y Vida Familiar para los Niveles de Preescolar y Primaria*. Reporte presentado a la Secretaria de Educación Publica (SEP), México. D.F.

Pick, S. y Givaudan, M. (1996). *Yo quiero, yo puedo. Guía para el maestro y libro Preescolar*. México: Editorial IDEAME. (2ª edición, 1998).

Pick, S. y Givaudan, M. (1996). *Yo quiero, yo puedo. 1º de Primaria*. México: Editorial IDEAME.

Pick, S. y Givaudan, M. (1996). *Yo quiero, yo puedo. 2º, 3º, 4º de Primaria*. México: Editorial IDEAME. (2ª edición, 1997). (tres volúmenes)

Pick, S. y Givaudan, M. (1996). *Yo quiero, yo puedo. 5º y 6º de Primaria*. México: Editorial IDEAME. (2ª edición, 1999).). (dos volúmenes)

Pick, S. y Givaudan, M. (1996). *Yo quiero, yo puedo. 1º, 2º y 3º de Secundaria*. México: Editorial IDEAME. (2ª edición, 1999). (Tres volúmenes)

Pick, S. y Givaudan, M. (2002). *Deja volar a tu adolescente (Libro para papás y mamás)*. México: Editorial IDEAME.

Pick, S. y Givaudan, M. (2003). *Habilidades para la vida y salud. Desarrollo integral comunitario. (Programa escolar para niñas y niños). 3º, 4º, 5º y 6º de primaria*. México: IDEAME.

Pick, S., Givaudan, M., y Aldaz, E. (1996a). *Adolescent sexuality: A qualitative study in Mexico City*. Final project report presented to the Rockefeller Foundation. DF, Mexico: Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población.

Pick, S., Givaudan, M., y Aldaz, E. (1996b). *Conducta sexual y prevención del SIDA en hombres y mujeres de la Ciudad de México*. Report presented to the Agency for International Development (AID), Washington, DC. DF, Mexico: Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población.

Pick, S., Givaudan, M. y Brown, J. (2000). Quietly working for school-based sexuality education in Mexico: Strategies for advocacy. *Reproductive Health Matters*, 8,(16), pp. 92-101.

Pick, S., Givaudan, M. y Martínez, A. (1995). *Aprendiendo a ser Papá y Mamá: de niñas y niños desde el nacimiento hasta los 12 años*. México: Editorial Planeta (2ª edición, 1997).

Pick, S., Givaudan, M., Tenorio A. y Fernández, F. (2000). *Formación cívica y ética. 3º de secundaria. (Yo quiero, yo puedo)*. México: Editorial Limusa, S.A. de C.V. Grupo Noriega Editores (2ª. reimpresión, 2001).

Pick, S., Givaudan, M., Troncoso, A. y Tenorio A. (1999). *Formación cívica y ética. 1º , 2º de secundaria. (Yo quiero, yo puedo)*. México: Editorial Limusa, S.A. de C.V. Grupo Noriega Editores (3ª. reimpresión, 2001).

Pick, S., Poortinga, Y., y Givaudan, M. (2003). Integrating intervention, theory and strategy in culture-sensitive health promotion programs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34 (4), pp. 422-429

Prochaska, J. O., y Diclemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.

Ramón, J., Bendezu, A., Pick, S. y Givaudan, M. (2000). *Replicación y evaluación de la vida familiar y el programa de educación sexual Yo Quiero, Yo Puedo con maestros de 5º y 6º grado en áreas marginalizadas de Perú*. Reporte presentado al Banco Mundial. Washington, D.C.

Ramón, J. y Pick, S. (2001). *Implementation of integral sexuality and life skills education in Mexico through the provisions of training, supervision and follow-up support to program multipliers*. Reporte presentado a la Fundación Buffett, Omaha, NE, USA.

Rutter, M. (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry* (57), 3 (Julio) 316-331.

Solano, G., Pick, S. y Pick, S. (1995). *Déjame responderte: Diccionario para que papá y mamá puedan hablarle a sus hijos e hijas de más de 200 temas que los ponen en aprietos*. México: Editorial Planeta, (México: Editorial IDEAME, 4ª reimpresión 1999).

Stein, J. (1997). *Empowerment and women's health*. Londres: Zed Books

Venguer, T., Quezada, M., Pick, S., Cabral, J., Flores, A., Saltmarsh, J., Montero, G. y Morales, N. (2000). *Si yo estoy bien mi familia también: Módulos del*

I al VI (manual teórico, manual de ejercicios, material didáctico, rotafolio, tríptico y cartel). Documento interno, México: IMIFAP e IMSS-Oportunidades.

INTERVENCIONES APOYADAS EN LA EVIDENCIA PARA TRASTORNOS EMOCIONALES EN SALUD PÚBLICA

Pablo Vera-Villarroel y Valeria Herrera
Escuela de Psicología
Universidad de Santiago de Chile

Chile

Existe un grupo de cuadros en el campo de la psicopatología que presenta una alta prevalencia en la población general, lo que implica una mayor demanda para los servicios de salud tanto privados como, y muy especialmente, para los públicos; estos son conocidos como trastornos emocionales. En ellos se incluyen distintas categorías nosológicas que, si bien están tipificadas como grupos diferentes en los manuales diagnósticos internacionales (DSM-IV-TR & CIE-10), presentan un aspecto en común: el estar asociados a una emoción como su aspecto central, la cual genera un malestar clínicamente significativo a quienes lo padecen.

Las categorías que constituyen este grupo son los trastornos ansiosos, del ánimo y somatomorfos, o más específicamente, sintomatología característica de ellos, como la ansiedad, depresión o presentación de síntomas corporales o somáticos sin un correlato fisiológico que los explique, entre otros. Estos síntomas tienen una tendencia a presentarse en conjunto, lo que concuerda con estudios que aluden a la existencia de comorbilidad entre, por ejemplo, la ansiedad y la depresión (Vázquez y Sanz, 1995). La evidencia respecto de este tema es tan concluyente que la Organización Mundial de la Salud incluye en su clasificación (CIE-10), un trastorno mixto-ansioso depresivo, mientras que la APA considera su inclusión o revisión en estudios para la próxima edición del DSM (APA, 2002).

Dado que estos cuadros se presentan con mucha frecuencia en la población (siendo el grupo nosológico de mayor prevalencia en países latinoamericanos y España), ellos tienen un gran impacto en los sistemas públicos de salud, presentado el número más elevado de consultas relacionadas con la salud mental en los servicios de atención primaria, tanto en hispanoamérica como en Estados Unidos (Chinchilla, 2002; Coyne, Thompson, Klinkman & Nease, 2002; Espinoza & Herrera, 2004). Es por esta razón que constituyen un problema real y de gran importancia para las autoridades en salud de los distintos países, siendo necesaria una mayor inversión de recursos en esta área (tanto humanos y materiales como de investigación), para garantizar acciones efectivas en el campo de la prevención primaria y el tratamiento.

La relevancia de estos trastornos en los servicios de atención primaria es tan marcada, que la especialidad médica ha debido realizar acciones cada vez más frecuentes para tratarlos. De acuerdo con un estudio realizado por Coyne y sus colaboradores (2002), en Estados Unidos el tratamiento farmacológico óptimo para los trastornos emocionales ha tenido un notable crecimiento, debido al accionar de médicos generales en el diagnóstico y la prescripción, aún por sobre los psiquiatras, quienes tradicionalmente se encargan de este tipo de intervenciones. Idéntica situación sucede en países de Latinoamérica, por lo que distintos autores concuerdan en la necesidad de desarrollar acciones terapéuticas adecuadas, principalmente desde la psicología, con el objeto de mejorar la calidad de los

servicios otorgados a la población consultante y de mejorar la eficiencia de las prestaciones en salud pública (Coyne et al., 2002).

Los trastornos emocionales, además de estar caracterizados por la presencia de una emoción que se ha vuelto disfuncional para el sujeto, se asocian a una serie de variables mucho más amplia, como las tensiones, la motivación, la agresión, la inadaptación, entre otros, además de presentarse conjuntamente a otros trastornos de manera enmascarada, e incluso favoreciendo el avance de cuadros y enfermedades físicas. Es por esta razón que constituyen un fenómeno complejo, que causa un gran deterioro e impacto tanto en quienes lo padecen y les rodean, como en la sociedad en su conjunto, al producir un decremento en el funcionamiento general del sujeto, lo que redundará en dificultades en el campo laboral, educacional y social.

El rasgo central de estos trastornos, lo que justifica su unión en un único grupo, es la angustia, siendo esta emoción el síntoma básico y nuclear alrededor del cual se estructuran los demás síntomas y signos y el cuadro en su totalidad (Arellano, 1998). Al estar estos trastornos caracterizados por una emoción que se ha vuelto desadaptativa, su manifestación clínica cumple con todos los niveles de una emoción, siendo experimentados de forma subjetiva por el individuo pero encontrando su expresión en la acción, influyendo de manera importante en la conducta y cogniciones de las personas, y marcando no sólo sus reacciones, sino también sus percepciones frente al mundo.

Para comprender estos cuadros de mejor manera, es necesario considerar los aspectos básicos de una emoción. A este respecto se entiende a la emoción como un fenómeno que se compone de tres elementos centrales: un aspecto cognitivo, que se caracteriza por una experiencia subjetiva del individuo (manifiesta, por ejemplo, en el sentimiento de tristeza, angustia o temor), una expresión conductual, dada por cambios en el comportamiento del sujeto (como la mímica facial de la tristeza, el llanto, la evitación y escape de situaciones aversivas o la búsqueda de ayuda médica ante el dolor físico) y modificaciones fisiológicas, lo que implica una serie de cambios en el sistema neurovegetativo y que conduce a sensaciones corporales (variaciones en la temperatura, presión sanguínea y conductancia de la piel, entre otras). En este sentido, las emociones son un fenómeno complejo y multidimensional, en el cual los tres componentes deben ser considerados en conjunto, puesto que, al abordarlos por separado, cada uno de ellos es sólo un reflejo parcial e imperfecto de la emoción a la que constituye (Buela-Casal, Sierra & Vera-Villarreal, 2001).

Lo anterior es central en el momento de diseñar intervenciones, puesto que, para que el tratamiento sea efectivo, éste debe considerar un trabajo sobre los tres componentes del fenómeno emocional que presenta el consultante; es decir, no basta con sólo trabajar el aspecto cognitivo, sino que también es necesario modificar las conductas desadaptativas asociadas al trastorno, así como disminuir los síntomas o dificultades fisiológicas. A continuación se exponen brevemente las características de los principales trastornos emocionales.

Trastornos de Ansiedad

Tal como su nombre lo indica, en esta categoría están incluidos un conjunto de cuadros en los cuales la ansiedad es el factor más relevante. Esta emoción tiene un fuerte valor adaptativo al preparar a los sujetos para la defensa o huida en situaciones de peligro, aumentando con ello sus probabilidades de supervivencia. Sin embargo, puede tornarse desadaptativa cuando es desproporcionada al factor

desencadenante; socialmente inesperada o aparentemente inmotivada; cuando es egodistónica, vivenciada como anormal o ajena al individuo; anacrónica, como precaución hacia el riesgo futuro e impreciso; y desorganizadora de la conducta, al producir un bloqueo o disfunción de ésta (Arellano, 1998), con lo que interfiere en el normal y adecuado desempeño en la vida social, laboral y emocional de la persona.

Una de las definiciones más aceptadas de la ansiedad patológica es la elaborada por Peter Lang, dado que este autor especifica cómo se desarrollan los diversos aspectos de esta emoción en cada uno de los tres sistemas de respuesta e indica que se produce por variables antecedentes determinadas, que pueden ser tanto estímulos del medio como respuestas del propio sujeto que funcionan como estímulos (Méndez & Macía, 1994). En cuanto al sistema motor, las respuestas más frecuentes son las de evitación activa, en las que el sujeto lleva a cabo acciones dirigidas a impedir la aparición de los estímulos que le provocan ansiedad y las de evitación pasiva, donde el sujeto deja de realizar acciones para conseguir que los estímulos evocadores de ansiedad no se presenten. Respecto del sistema fisiológico, la ansiedad se caracteriza por un patrón de respuestas donde la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo produce cambios en las respuestas cardiovasculares (taquicardia, aumento de la presión sanguínea y del pulso, enrojecimiento), electrodérmicas (manos sudorosas, aumento de la conductancia de la piel), respiratorias (sensaciones de ahogo), tono muscular elevado (espasmos o entumecimiento) y actividad del sistema digestivo reducida (estreñimiento y sequedad de la boca). Finalmente, las respuestas cognitivas consisten en pensamientos o imágenes negativos que se refieren a la situación, al propio sujeto, a sus respuestas ansiosas o a las consecuencias de éstas (evaluación negativa, imaginar respuestas de evitación, anticipación de consecuencias desfavorables, entre otras).

Dentro de los trastornos de ansiedad, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su versión revisada (DSM-IV-TR) incluye el trastorno de angustia con y sin agorafobia, la agorafobia sin historia de trastorno de angustia, las fobias específicas, la fobia social, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno por estrés postraumático y por estrés agudo, la ansiedad generalizada y los trastornos de ansiedad producidos por una enfermedad médica o sustancias, y no especificado.

Estos cuadros se diferencian entre sí de acuerdo con la estabilidad de la ansiedad en el tiempo (continua o episódica), la difusión de las situaciones en las que se presenta (concretas, difusas o mixtas) y por los estímulos o situaciones generadoras de síntomas (en el caso de la ansiedad episódica en situaciones concretas). No obstante, aunque estos trastornos difieren entre sí en la configuración de los síntomas, ellos comparten la presencia de ansiedad en su vertiente desadaptativa, manifiesta en los tres sistemas de respuesta, pero con un énfasis mayor en uno u otro de ellos.

En el *trastorno de angustia* o pánico (con y sin agorafobia) el sujeto siente un temor (sin amenaza real) o un malestar extremadamente intenso, durante un tiempo en el cual se produce un ascenso rápido de la ansiedad extrema y miedo a un resultado catastrófico. En este trastorno, el componente cognitivo de la ansiedad se manifiesta en una mezcla de miedo y sufrimiento, ante la posibilidad de morir, volverse loco o perder el control; el componente somático lo hace a través de una serie de síntomas caracterizados por una activación del sistema nervioso autónomo (aumento de la frecuencia cardíaca y patrón respiratorio, sudoración, entre otros) y el componente conductual se expresa a través de manifestaciones objetivas de respuestas de escape y evitación (Gradillas, 1998).

Las fobias se caracterizan por la ansiedad episódica que surge en situaciones concretas o ante estímulos específicos. La *agorafobia* es el más frecuente de los trastornos fóbicos y se define como el miedo y evitación a lugares públicos o a estar fuera de casa, por lo que se basa en la anticipación a experimentar niveles nocivos de ansiedad en este tipo de situaciones (Bados 1995). Las *fobias específicas* dan cuenta del miedo inapropiado o irracional en presencia de un objeto o situación concreta, o bien ante la anticipación de la presencia de dicho estímulo, por lo que el sujeto intenta evitar ese objeto o situación (APA, 2002). La *fobia social* se caracteriza porque el sujeto presenta un miedo intenso cuando se encuentra en situaciones de interacción social, por el temor a ser criticado por otros y ser evaluado negativamente, por lo que evita estas situaciones aversivas con conductas como rehuir el contacto visual, no hablar en público, evitar reuniones sociales y estar en lugares donde sea menos probable ser observados (Olivares, Alcázar & Vera-Villaruel, 2003).

El *trastorno obsesivo compulsivo* tiene un curso más bien crónico y se caracteriza por obsesiones, que consisten en pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes, que causan estados de ansiedad en el sujeto y malestar de una intensidad considerable; y por compulsiones, que se producen ya que el individuo tiene una necesidad urgente de ignorar o suprimir las obsesiones, para lo que ejecuta comportamientos que son patrones fijos y estereotipados, los cuales son elaborados de forma ideosincrática por el paciente (Arnedo, Roldán & Morell, 1996).

Los trastornos por estrés se producen cuando la persona ha estado expuesta a un evento traumático, un suceso amenazador para la vida o un daño grave, así como también amenazas para su integridad física o la de los demás. Se diferencian en *estrés postraumático* y *estrés agudo*. En el primero de ellos, la persona vuelve a experimentar el evento a través de imágenes, pensamientos, percepciones, sueños, flashback e incluso alucinaciones, evitando ansiosamente estímulos o situaciones que le permitan recordar contextualmente el trauma mediante los medios anteriormente mencionados (Othmer & Othmer, 1996). En el *estrés agudo*, el trauma también se reexperimenta a través de imágenes, pensamientos, sueños, etc., además de evitar el sujeto, los estímulos que le recuerden el evento; sin embargo, el estrés agudo se diferencia del postraumático en cuanto al tiempo de presentación puesto que debe suceder durante o poco tiempo después del acontecimiento traumático, mientras que el segundo se presenta cuando las alteraciones se prolongan por más de un mes (APA, 2002).

Finalmente, cuando la ansiedad es continua o se produce ante una amplia gama de situaciones o acontecimientos, durante un período superior a seis meses, se denota la presencia de un *trastorno de ansiedad generalizada* (APA, 2002).

Trastornos del Estado de Ánimo

Este grupo incluye a todos aquellos cuadros que implican una alteración en el estado de ánimo o el humor de una persona, de modo que no sólo se consideran las emociones fenomenológicamente negativas, sino también aquellas que son vivenciadas por el paciente como positivas, causándole un humor eufórico. Dentro de este grupo, entonces, están incluidos los trastornos que implican una disminución en el estado de ánimo o humor disfórico (depresión y distimia) y aquellos que implican un desborde del humor, el cual se exagera exageradamente quedando fuera del control del individuo (trastornos bipolares y ciclotimia).

Los cuadros psicopatológicos que se producen por una exacerbación del ánimo, como el trastorno bipolar, responden, por lo general, a causas diferentes de aquellos en los que sólo se presenta un humor disfórico, como la depresión

(monopolar), lo que incide en que el tratamiento para los primeros difiera bastante del utilizado para los segundos. Debido a esto, si bien en el trastorno bipolar tiene un aspecto central la emoción, éste se considera diferente del resto de los trastornos emocionales, por lo que en el momento de diseñar intervenciones para estos últimos, se trabaja preferentemente con el ánimo depresivo, la ansiedad y la somatización, dado que éstos tienen una tendencia más fuerte a manifestarse en conjunto. Es a causa de lo anterior que no se profundizará respecto del trastorno bipolar en el presente capítulo.

a. La depresión se puede entender como un malestar psicológico caracterizado por sentimientos de tristeza y abatimiento, y conformado por un conjunto de síntomas que se relacionan entre sí y que abarcan distintos aspectos del funcionamiento cotidiano de una persona. Para comprender la depresión es importante considerar cada uno de sus componentes:

b. Síntomas cognoscitivos: estos síntomas adquieren relevancia en el origen y mantenimiento de la depresión. Entre éstos se encuentran pesimismo, ideas de culpa, autodenigración, ideas suicidas, presencia de expectativas y autoimagen negativas, excesiva autocrítica, indecisión, imagen corporal negativamente distorsionada, disminución de la capacidad de atención y concentración. c. Síntomas afectivos: tristeza e infelicidad, sentimiento de desesperanza, sentimiento de culpa y de no valer nada, pérdida de alegría, aburrimiento, irritabilidad o rabia excesiva, pérdida de lazos emocionales, períodos de llanto, desaliento y aflicción excesiva y prolongada.

d. Síntomas conductuales: inactividad y pasividad, enlentecimiento psicomotor, menor productividad, baja en la conducta verbal, déficit en la comunicación no verbal, pérdida de energía, descuido de la apariencia personal, agitación y gesto suicida.

f. Síntomas fisiológicos: aumento o disminución del apetito, pérdida o aumento de peso, estreñimiento, insomnio o hipersomnia y disminución del impulso sexual.

g. Nivel motivacional: uno de los síntomas principales de la depresión es la ausencia de la motivación para llevar a cabo incluso las tareas más simples. De esta manera, se aprecia pasividad y pérdida de interés, baja en el apetito y en los deseos sexuales, falta de voluntad o ganas de hacer cosas, deseos de evitación y escape.

h. Nivel interpersonal: un alto porcentaje de las personas deprimidas presentan un deterioro en las relaciones con los demás, planteando haber disminuido su interés por la gente. Esto conduce a otras dificultades, influyendo de manera importante en el resto de la sintomatología.

La depresión constituye un cuadro diagnóstico variado, debido a que las personas deprimidas pueden diferir en cuanto a los síntomas que presentan y también en cuanto a su evolución temporal. En algunos casos, se observa un episodio más bien breve; sin embargo, la depresión también puede volverse crónica; lo mismo sucede con la intensidad de la sintomatología, que puede ir desde una disminución relativamente leve del ánimo hasta una gravedad mayor, como la presencia de ideación o intentos suicidas o síntomas psicóticos. Esto permite comprender la existencia de cuadros como la distimia, por ejemplo, donde se presentan síntomas parecidos a los de una depresión mayor, pero con menor intensidad y prolongación superior en el tiempo.

La ansiedad y la depresión comparten variadas características comunes, por lo que no es poco habitual que se presente una confusión en el diagnóstico. También estos cuadros pueden presentarse simultáneamente, existiendo comorbilidad entre ellos. Comparten la irritabilidad, culpa, baja autoestima, dificultades de sueño, agitación psicomotora, episodios de llanto, preocupación y baja concentración. Difieren en que el sentimiento predominante en la depresión es la tristeza, mientras que en la ansiedad es el miedo, en esta última no hay anhedonia ni apatía, sino nerviosismo, hipervigilancia y evitación.

Trastornos Somatomorfos

Este grupo nosológico constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes por problemas de salud mental en los servicios de medicina general en el nivel de atención primaria. Esto sucede porque en los trastornos somatomorfos se presenta una serie de dificultades de orden somático (dolores o disfunciones gastrointestinales, por ejemplo), lo que lleva a la persona que los padece a consultar directamente a un médico, aunque estos síntomas no se asocien necesariamente a una causa orgánica (si lo hacen, el malestar es superior a lo esperado) sino que se relacionan con conflictos psicológicos o estrés. Esta situación contribuye a extender el periodo previo a una intervención efectiva, que trate adecuadamente el cuadro.

La magnitud del problema ha sido estimada, en general, a través de estudios de consultas hechas a médicos en la atención primaria. Estos estudios muestran una fuerte asociación entre somatización y el uso recurrente de los servicios de salud, lo que corresponde a un 10% del total de las consultas (Castro, Martínez & Possel, 1992).

Los componentes de una emoción se presentan en los trastornos emocionales de la siguiente manera: el aspecto fisiológico en la presencia de síntomas corporales; el aspecto subjetivo y cognitivo en el modo en que el paciente percibe y reconoce subjetivamente el dolor, además de cómo define e interpreta los síntomas; y el aspecto conductual, dado por el modo en que la persona reacciona al dolor y el cómo lo comunica.

Los distintos cuadros considerados como trastornos somatomorfos difieren entre sí de acuerdo con el modo en que las quejas somáticas se presentan y son interpretadas por el sujeto. El *trastorno por somatización* es el primero de ellos y se caracteriza por presentar quejas físicas múltiples, recurrentes y clínicamente significativas, con un inicio temprano de la condición (antes de los 30 años de edad), y que se manifiesta a través de una serie de síntomas que incluyen dolor y disfunciones en distintas partes del cuerpo (Barlow & Durand, 2001). El *trastorno somatomorfo indiferenciado* presenta las mismas características del trastorno de somatización, no obstante, la constelación de síntomas es menor.

En el *trastorno de conversión*, el malestar se asocia principalmente a la presencia de síntomas o déficit que afectan las funciones motoras o sensoriales y que sugieren un trastorno neurológico o alguna otra enfermedad médica, dada la severidad de la disfunción, como por ejemplo, parálisis o ceguera (APA, 2002).

El *trastorno de dolor somatomorfo o psicalgia* se caracteriza por la presencia de un intenso dolor como queja principal, el cual se concentra en zonas específicas del cuerpo, no difundiéndose a otras áreas (como en el trastorno de somatización) o inhabilitando alguna función corporal (como en el trastorno de conversión) (Sue, Sue & Sue, 1995; Barlow & Durand, 2001).

La *hipocondría* se caracteriza esencialmente por la preocupación y el temor a padecer, o a la convicción de tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos de los cuales se queja la persona, existiendo creencias respecto a problemas físicos inexistentes a pesar de la tranquilización médica (Barlow & Durand, 2001).

El trastorno *dismórfico corporal* es el último cuadro incluido en los trastornos somatomorfos y se caracteriza esencialmente por la preocupación por un defecto corporal imaginado en un individuo de apariencia normal, o bien, en el caso de que este defecto exista, la preocupación es excesiva (Sue et al., 1995). Este trastorno se inicia generalmente en la adolescencia; no obstante, puede pasar desapercibido durante muchos años debido a que, con frecuencia, los individuos con este trastorno no quieren revelar sus síntomas.

Tratamientos apoyados en la evidencia para trastornos emocionales

Al realizar una revisión de la literatura especializada relacionada con los tratamientos de los trastornos emocionales, resulta evidente que se han empleado distintos tipos de técnicas, asentadas en diversos modelos teóricos; en cuanto a intervenciones, existe una amplia gama que va desde lo farmacológico a lo estrictamente psicoterapéutico, que permite reducir no sólo los estados fisiológicos característicos de los trastornos emocionales, sino también la modificación de los patrones con los cuales la persona estructura su mundo y que determinan la mayoría de las veces sus emociones y conductas. Sin embargo, al revisar la bibliografía especializada, resulta insuficiente la cantidad de antecedentes empíricos que avalen la real efectividad de todas estas intervenciones, de modo que el número de publicaciones relacionadas con estudios empíricos acerca de la efectividad de las técnicas y procedimientos, es bastante menor de lo que se podría esperar, especialmente en Latinoamérica.

Esta realidad resulta paradójica, puesto que analizar la eficacia de los tratamientos en salud es de fundamental relevancia, ya que tiene implicancias económicas y metodológicas en el momento de diseñar intervenciones tanto en la medicina como en la psicología. De esta manera, con el desarrollo de intervenciones de efectividad comprobada, es posible abordar los problemas complejos con intervenciones adecuadas y facilitar la labor del estado en el desarrollo de políticas de salud que causen un impacto real en la población a la que van dirigidas. Esto es significativo si se considera la demanda de la población de intervenciones económicas, que le permitan solucionar sus dificultades en el menor tiempo posible y con el menor costo asociado.

A este respecto, en los últimos años se ha desarrollado, en Estados Unidos y Canadá, un movimiento destinado a determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos mentales y establecer una guía sobre las terapias de eficacia probada; este trabajo ha sido auspiciado por la División 12 (Psicología Clínica) de la Asociación Psicológica Americana APA (Chambles, Sanderson & Shoham, 1996; Chambles, Baker & Baucom, 1998). Los datos obtenidos a partir de estos esfuerzos están siendo utilizados actualmente en compañías de seguros y en estrategias para orientar a los usuarios y entregar criterios a los responsables de tomar decisiones en los Servicios de Salud Mental de diferentes países. Debido a lo anterior, en estos países cada vez más se están promoviendo sólo aquellas terapias que estén validadas empíricamente (Chambless, 1996), al tiempo que se han definido criterios para especificar la eficacia de un tratamiento.

Entre los criterios más importantes para validar la eficacia de un tratamiento se encuentran: la necesidad de que éste cuente con al menos dos o más estudios

rigurosos, de investigadores distintos, con diseños experimentales intergrupales que lo avalen; contar con un manual de tratamiento claramente descrito y haber sido puesto a prueba en una muestra de pacientes claramente identificados (Seligman, 1995; Echeburúa y Corral, 2001; Norcross, 2002; Ortiz y Vera-Villarroel, 2003; Mustaca, 2004).

También se han planteado algunos conceptos y criterios para analizar los resultados de las investigaciones centradas en la evidencia, con lo que se han establecido tres categorías de tratamientos (Hamilton y Dobson, 2001): los tratamientos bien establecidos (tipo I), los tratamientos probablemente eficaces (tipo II) y tratamientos en fase experimental (tipo III).

Los *tratamientos bien establecidos* (tipo I) son los que cumplen los siguientes criterios:

1. Al menos dos estudios con diseño de grupo llevados a cabo por investigadores diferentes que demuestren la eficacia del tratamiento en una o más de las siguientes maneras:

- a. El tratamiento es superior al farmacológico, al placebo o a un tratamiento alternativo
- b. El tratamiento es equivalente a otro, establecido en estudios con adecuado poder estadístico.

2. Eficacia demostrada mediante una serie amplia de estudios de caso único. Estos estudios deben:

- a. Poseer un adecuado diseño experimental.
- b. Haber comparado la intervención del diseño del modelo único, con el placebo, con la intervención farmacológica o con otros.

En el caso de los *tratamientos probablemente eficaces* (tipo II), los criterios son:

1. Dos estudios han mostrado que el tratamiento es más eficaz que un grupo control que se encuentra en lista de espera.

2. En dos estudios se cumplen los criterios de tratamiento bien establecido pero son llevados a cabo por el mismo investigador.

3. Al menos dos buenos estudios demuestran la efectividad de los tratamientos pero muestran una gran heterogeneidad en las muestras de clientes.

4. Usando metodologías de caso único se reúnen los criterios para tratamientos bien establecidos pero la serie de estudios es pequeña (menos de tres).

Por último, los *tratamientos en fase experimental* (tipo III), son aquellos que no se pueden enmarcar en las categorías anteriores, aunque existan indicios experimentales prometedores de que pueden alcanzar los niveles de eficacia establecidos.

En el contexto de los tratamientos eficaces para los trastornos emocionales, los resultados obtenidos por Chambless y sus colaboradores (1996 y 1998; Mustaca, 2004) muestran la superioridad de las terapias cognitivo conductuales. Para estos autores (1996 y 1998), de las cuatro terapias efectivas para los trastornos de ansiedad, todas corresponden a esta modalidad de terapia; de igual modo, para la depresión, dos de las cuatro efectivas son de orientación conductual.

Específicamente, los resultados han demostrado que los tratamientos bien establecidos para los *trastornos de ansiedad* son:

1. Terapia Cognitivo Conductual para el trastorno de pánico
2. Terapia de exposición para las fobias (específica, social y agorafobia) y el trastorno de estrés posttraumático.
3. Terapia Cognitivo Conductual para el trastorno de ansiedad generalizada.
4. Terapia de exposición y prevención de respuesta para el trastorno obsesivo-compulsivo.

Para los trastornos depresivos, los tratamientos bien establecidos son:

1. Terapia Cognitiva para la depresión
2. Terapia Conductual de la depresión
3. Terapia Interpersonal para la depresión
4. Terapia dinámica breve

A pesar que este tema tiene una importancia innegable en la psicología clínica, en la realidad latinoamericana es un área cuyo desarrollo es, por decir lo menos, modesto. Un ejemplo claro de esto está dado por la realidad chilena, donde un estudio bibliométrico llevado a cabo por Ortiz y Vera-Villaruel (2003), en el cual se analizó la cantidad y tipo de estudios en tres publicaciones periódicas de psicología chilena, encontró que existe una escasa producción de investigaciones centradas en la evidencia, y más aún, una escasa cantidad de publicaciones en torno a la eficacia de intervenciones clínicas (alrededor del 5% de la producción científica). La cantidad de investigaciones en temas de carácter práctico es ínfima, en comparación con la cantidad de publicaciones teóricas, además, el bajo número de investigaciones centradas en el análisis de eficacia de intervenciones terapéuticas no cumple a cabalidad con los criterios necesarios para validar la eficacia de un tratamiento. No obstante, las intervenciones que más se acercan a los requerimientos metodológicos y científicos para su validación son precisamente las terapias conductuales y cognitivas-conductuales, con lo que se mantiene la tendencia encontrada en estudios anglosajones.

Algunos ejemplos que demuestran la efectividad de las intervenciones conductuales y cognitivo conductuales en Latinoamérica y España se expresan a continuación. Una intervención realizada por Alvarado, Riveros, Gómez, Sagaceta y Raffo (1992) en un consultorio de atención primaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur, en Santiago de Chile, con mujeres que padecían sintomatología ansiosa, depresiva y somatomorfe, resultó eficaz en reducir la sintomatología de los distintos trastornos emocionales, pese a sólo contar con cuatro sesiones. Esta intervención utilizaba técnicas conductuales y psicoeducación.

Otra investigación, realizada por Craske (1996, en Roca & Roca, 1998), en una revisión de 13 estudios controlados, llegó a la conclusión de que, tanto la terapia cognitivo conductual como la farmacológica, eran eficaces a corto plazo en la mayoría de los pacientes, y que el tratamiento combinado podría ser más eficaz en pacientes con trastornos asociados como la ansiedad y la depresión.

Un meta-análisis realizado en España por Gould y colaboradores (1995, en Roca & Roca, 1998), de un paquete de estudios llevados a cabo en los últimos 20 años, tenía por objeto comparar la eficacia de los fármacos y la terapia cognitivo conductual. Los resultados de este meta-análisis dan cuenta de que el tratamiento más eficaz en los trastornos emocionales es el cognitivo conductual con exposición y reestructuración cognitiva, siendo incluso más eficaz que la combinación de tratamientos de terapia cognitiva conductual más fármacos. Así también, este

mismo estudio señala que las intervenciones con mejor relación eficacia-coste son el tratamiento farmacológico con imipramina y la terapia cognitivo-conductual en grupo.

A conclusiones similares llegaron Olivares y sus colaboradores (1999) al realizar un meta-análisis de la eficacia de las intervenciones de los distintos tratamientos utilizados en España para tratar los trastornos de ansiedad, donde el tratamiento cognitivo es quien tiene el mayor efecto, seguido por la desensibilización sistemática más tratamiento cognitivo y, luego, las intervenciones mixtas (Olivares, Sánchez & Rosa, 1999). Los resultados de este estudio muestran que los tamaños del efecto más altos corresponden con las muestras de sujetos de menor edad, con mayor porcentaje de sujetos varones y cuyo nivel educativo es alto; por lo tanto, la edad influye negativamente en los resultados, ya que los sujetos con mayor edad se benefician menos del tratamiento que los sujetos jóvenes. Estos autores concluyen que en la actualidad existe una serie de procedimientos de intervención los cuales estarían bien establecidos, indicando cada paso a seguir, y que han demostrado ser eficaces en casi todas las variantes de la ansiedad al ser comparados con grupos de control sin tratamiento, lista de espera y tratamiento farmacológico. Los distintos estudios realizados en España han demostrado que los tratamientos cognitivo conductuales en los problemas de ansiedad tienen éxito y que, además, los resultados se mantienen en el tiempo. De cada 100 sujetos tratados con técnicas conductuales, 76 mejoran, frente a sólo 24 de cada 100 sujetos no tratados (Olivares *et al.*, 1999).

Entre las técnicas conductuales, el entrenamiento en habilidades sociales ha demostrado ser efectivo para tratar trastornos emocionales, encontrándose estudios tales como el de Iruarrizaga, Gómez, Críado, Zuazo y Sastre (1991), quienes demostraron la relación inversamente proporcional entre ansiedad y el comportamiento socialmente hábil. Estos autores, tras la aplicación de un programa de entrenamiento en habilidades sociales, verificaron el descenso de la ansiedad. Además, este estudio demostró que la relación existente entre ansiedad y conductas socialmente habilidosas está especialmente mediada por la actividad del sistema de respuesta cognitivo, y muy influida por el rasgo específico de ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana. Otro estudio, realizado por Marín (en Gil, León & Jarana, 1992), quien aplica un entrenamiento asertivo en un grupo de pacientes con ansiedad y depresión, encontró una reducción significativa en los niveles de ansiedad general (en sus tres componentes: cognitivo, fisiológico y motor) de todos los pacientes, así como también la disminución de la sintomatología depresiva de los pacientes con este trastorno.

Así también, es importante destacar que Fernández y Fernández (2001), en una revisión bibliográfica respecto a la eficacia de los tratamientos emocionales, en especial la hipocondría, llegaron a la conclusión de que es la terapia cognitivo-conductual la única intervención que cuenta con investigaciones controladas, además de contar con una serie de estudios de caso que avalan los resultados en cuanto al nivel de eficacia y efectividad de la misma.

Roca y Roca (1998), plantean que los cambios duraderos en los trastornos emocionales con tratamiento cognitivo-conductual se producen debido a que éste se basa en el cambio cognitivo prediciendo de mejor manera las no recaídas. Esto parece explicar que los procesos cognitivos tienen prioridad; no obstante, no se debe olvidar que a través de las terapias expositivas también se obtiene el cambio cognitivo. Por lo tanto, se sugiere que el cambio terapéutico se produce mediante dos mecanismos diferentes: uno conductual (la habituación) y otro cognitivo (el cambio de creencias). Ambos basados en el aprendizaje, mecanismo que permitiría que los individuos mantengan los cambios a través del tiempo.

De lo anterior se desprende la hipótesis de que si una intervención realiza una combinación adecuada entre técnicas cognitivas y técnicas conductuales de exposición, puede tener mayores efectos a corto y largo plazo. Si a esto se suma el que los tratamientos farmacológicos tienen un efecto sinérgico con los tratamientos psicológicos (Caballo & Mateos, 2000), el plantear todos estos puntos en una intervención puede lograr efectos considerables en períodos muy cortos, entregando mayor bienestar subjetivo y manteniéndose en el tiempo.

También existe en la actualidad, evidencia de que la terapia cognitiva-conductual en grupo reduce la sintomatología inicial. Así, en estudios con adultos depresivos y con estudiantes universitarios, se ha observado que la terapia cognitiva de grupo disminuía la sintomatología, ya que, las puntuaciones de depresión en el post-tratamiento fueron significativamente menores que las del pre-tratamiento (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2002).

A partir de estos y otros estudios, la preocupación por la eficacia, es decir, la relación eficacia-coste de las terapias en los trastornos emocionales, ha permitido que la modalidad de grupo adquiera importancia, sobre todo en los Servicios de Salud Pública. Así pues, la revisión bibliográfica muestra que la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales aplicados en grupos es similar a la obtenida con el mismo tipo de tratamiento aplicado individualmente (Roca & Roca, 1998).

Resultados recientes de un proyecto de investigación en Latinoamérica muestran esta misma tendencia (Vera-Villarroel, 2002; 2003; 2004). En este sentido se han diseñado diversas intervenciones, especialmente consideradas para consultantes y pacientes de escasos recursos económicos y consultantes de Centros de Salud Públicos. Los resultados preliminares han originado guías de intervención de probada eficacia para este tipo de pacientes. Todas las intervenciones han sido desarrolladas en formato de grupo y basadas en técnicas cognitivo conductuales y con una cantidad limitada de sesiones y han comprobado su efectividad para el cuadro tratado (Vera-Villarroel, Cáceres, Castillo, Morales, & Pérez, 2001; Espinoza & Herrera, 2004; Herrera & Vera-Villarroel, 2004). De esta forma, se cuenta con datos que demuestran que intervenciones grupales y breves disminuyen significativamente tanto estadística como clínicamente la sintomatología en pacientes depresivos, con trastornos emocionales, con trastornos mixto ansioso-depresivos, *burnout* y, recientemente, para disminuir síntomas ansiosos, depresivos y presión sanguínea en adultos mayores.

En consecuencia, la terapia psicológica, y muy especialmente la terapia cognitiva conductual, parece ser el tratamiento de elección para tratar los trastornos emocionales, ya que diversos estudios y posteriores meta-análisis han indicado que las técnicas terapéuticas derivadas de esta corriente teórica superan a las intervenciones farmacológicas y la ausencia de intervención en cuanto a la presencia de cambio terapéutico y a la estabilidad en el tiempo de estos cambios.

Las investigaciones basadas en la evidencia plantean un llamado que es fundamentalmente relevante para los psicólogos, como profesionales de la salud mental, puesto que su accionar en este campo tiene una eficacia comprobada y la intervención terapéutica proporciona un importante cambio en quienes son sometidos a ella, al compararlos con sujetos que no han recibido tratamiento o que sólo han sido tratados con tratamiento farmacológico. En este sentido, las acciones que el psicólogo pueda realizar serán variables y probablemente definitorias en la finalización o la atenuación del sufrimiento de sus pacientes, y por lo tanto, requiere de una atención especial y responsable al momento de intervenir.

Comentarios Finales

Parece aconsejable utilizar el tratamiento grupal para los trastornos emocionales; sobre todo en ámbitos como el de la salud pública, donde la preocupación por el coste-eficacia de los tratamientos es un tema acuciante y donde se dispone de pocos psicólogos para atender a un elevado número de pacientes. De la misma forma, los datos muestran que aunque existen muchos tipos de intervenciones de diferentes modelos teóricos, no todos son efectivos o, por lo menos, no contamos con suficiente evidencia. Así, parece ser que las intervenciones más adecuadas, tanto para el tipo de trastornos como para el contexto donde se aplican en Salud Pública, son las intervenciones conductuales y cognitiva conductuales.

Es necesario realizar una mayor inversión de recursos económicos, técnicos y profesionales en el desarrollo de intervenciones efectivas y eficientes para los trastornos emocionales, dado el impacto de este grupo nosológico en los servicios de salud, especialmente en la atención primaria. En este punto la psicología adquiere un rol protagónico, puesto que las investigaciones que han sido evaluadas han demostrado su valor y su elevado potencial terapéutico; no obstante, hay que destacar que no sólo es importante la realización de estudios basados en adecuadas metodologías, sino también la publicación de esta información, con el objeto de alcanzar un impacto real en la población general consultante y no sólo en aquellos grupos participantes de los estudios y, de la misma forma, que esta información se encuentre disponible para la comunidad profesional y científica.

Referencias

Alvarado, R., Riveros, A., Gómez, B., Sagaceta, A. y Raffo, S. (1992). Intervención Grupal para Mujeres que padecen Trastornos Emocionales en Consultorios de Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur. *Revista Psiquiatría*, 9, 1136-1140.

American Psychiatric Association (2001-2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

Arellano, C. (1998). *Evaluación de un Programa de Grupo Terapéutico para Mujeres con Trastornos Emocionales entre los 35 y 70 Años, Consultorio Garín, Quinta Normal, Santiago*. Tesis para optar al título profesional de psicólogo. Escuela de Psicología, Universidad Santo Tomás, Santiago.

Arnedo, M.; Roldán, L. & Morell, J. (1996). Aproximación Psicobiológica al Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Psicología Conductual*, 4 (3), 307-321. Bados, A. (1995). *Agorafobia. Naturaleza, Etiología & Evaluación* (Vol. 1). España: Paidós.

Barlow, D. & Durand, V. (2001). *Psicología Anormal. Un Enfoque Integral*. México: Thompson.

Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. & Emery, G. (2002). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (13ª Ed.). España: Desclée de Brouwer.

Buela-Casal, G.; Sierra, J. & Vera-Villarreal, P. (2001). Evaluación y Tratamiento Fobias Específicas y Fobia Social. En Buela-Casal, G. y Sierra, J. (Eds.) *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos*. España: Biblioteca Nueva.

Caballo, V. & Mateos, P. (2000). El Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad a las Puertas del Siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8, (2), 173-215.

Castro, V; Manríquez, M & Possel, L. (1992). *Del Enfoque Asistencial a una Aproximación de Género en Atención Primaria de Salud*. Artículo presentado en el Congreso de Mujer y Salud Mental, Santiago, Junio, 1992.

Chambless, D.. (1996). In Defense of Dissemination of Empirically Supported Psychological Interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 230-235

Chambless, D.; Sanderson, W. & Shoham, V. (1996). An Update on Empirically Validated Therapies. *The Clinical Psychologist*, 49,5-18..

Chambless, D.; Baker, M.; Baucom, D.; Beutler, L.; Calhoun, K. (1998). Update on Empirically Validated Therapies: II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-15.

Chinchilla, A. (2002). Los Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. *Salud Global*, año II, 1, 1-7. Coyne, J.; Thompson, R.; Klinkman, M. & Nease, D. (2002). Emotional Disorders in Primary Care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, (3), 198-809.

Echeburúa, E. y Corral, P. (2001). Eficacia de las Terapias Psicológicas: de la Investigación a la Práctica Clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1,181-204.

Espinoza, A. & Herrera, V. (2004). *Diseño, Aplicación y Evaluación de una Intervención Psicoterapéutica Breve, en Formato de Grupo, en Pacientes con Trastornos Emocionales en el Nivel Primario de la Salud Pública*. Tesis para optar al título profesional de psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile.

Fernández, C & Fernández, R. (2001). Tratamientos Psicológicos Eficaces para la Hipocondría. *Psicothema*, 13, (3), 407-418. Gil, F; León, J & Jarana, L. (1992). *Habilidades Sociales y Salud*. Madrid: Eudema.

Gradillas, V. (1998). *Psicopatología descriptiva. Signos, Síntomas y Rasgos*. Madrid: Pirámide.

Hamilton, K. & Dobson, K. (2001). Empirically Supported Treatments in Psychology: Implications for International Promotion and Dissemination. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 35-51.

Herrera, V. & Vera-Villaruel, P. (2004). *Evaluación de una Intervención Breve para Trastornos Emocionales en la Salud Pública*. Artículo en preparación.

Iruarrizaga, Gómez, Criado, Zuazo y Sastre (1991). Reducción de la ansiedad a través del entrenamiento en habilidades sociales. *Revista electrónica de motivación y emoción*. Recuperado el 24 de septiembre de 2003, en <http://reme.uji.es/articulos/airvai462031198/texto.html>.

Mustaca, E. (2004). Tratamientos Psicológicos Eficaces y Ciencia Básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 11-20.

Méndez, F. & Macía, D. (1994). Evaluación de los Problemas de Ansiedad. En Fernández-Ballesteros, R. (Ed.). *Evaluación Conductual Hoy. Un Enfoque para el Cambio en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Pirámide.

Norcross, J. C. (2001). *Psychotherapy Relationships that Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.

Olivares, J.; Sánchez, J. & Rosa, A. (1999). Eficacia de las Intervenciones Conductuales en Problemas de Ansiedad en España. *Psicología Conductual*, 7, (2), 283-300.

Olivares, J.; Alcázar, A. & Vera-Villarroel, P. (2003). Efectos de la Aplicación del Protocolo IAFS en una Muestra de Adolescentes con Fobia Social Generalizada. *Terapia Psicológica*. 21 (2), 153-162.

Ortiz, J. & Vera-Villarroel, P. (2003). Investigaciones en Psicología Clínica Basadas en la Evidencia en Chile: un Análisis Bibliométrico de Tres Revistas de Psicología. *Terapia Psicológica*, 21 (1), 61-66.

Othmer, J. & Othmer, S. (1996). *DSM-IV. La Entrevista Clínica. Tomo II. El Paciente Difícil*. Masson: España.

Roca, E & Roca, B. (1998). *Cómo Tratar con Éxito el Pánico (con y sin Agorafobia)*. Valencia: ACDE cooperación y desarrollo.

Seligman, M.E.P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.

Sue, D.; Sue, D. & Sue, S. (1995). *Comportamiento Anormal*. (4º ed). México: Mc Graw-Hill.

Vázquez, C. & Sanz, J. (1995). Trastornos del Estado de Ánimo: Aspectos Clínicos. En Belloch, A.; Sandín, B. & Ramos, F. (Eds.). *Manual de Psicopatología*. Vol. 2. Madrid: Mc Graw-Hill.

Vera-Villarroel, P.E., Cáceres, L. Castillo, C., Morales, D. y Pérez, S. (2001). *Intervención Cognitivo Conductual breve para mujeres con síntomas ansioso depresivos*. 2º Encuentro chileno de investigación empírica en psicoterapia - Society for Psychotherapy Research (SPR) - Clínica Psiquiátrica, Universidad de Chile 27 - 28 de Abril de 2001.

Vera-Villarroel, P.E. (2002). Informe de avance. Proyecto de Investigación: *Diseño y evaluación de intervenciones apoyadas en la evidencia para la población chilena*. Dicyt. Universidad de Santiago de Chile.

Vera-Villarroel, P.E. (2003). Informe de avance. Proyecto de Investigación: *Diseño y evaluación de intervenciones apoyadas en la evidencia para la población chilena*. Dicyt. Universidad de Santiago de Chile.

Vera-Villarroel, P.E. (2004). Informe de avance. Proyecto de Investigación: *Diseño y evaluación de intervenciones apoyadas en la evidencia para la población chilena*. Dicyt. Universidad de Santiago de Chile.

INFLUENCIA DEL ESTADO EMOCIONAL EN LA SALUD FÍSICA

[Enrique Barra Almagiá](#)

Departamento de Psicología, Universidad de Concepción

Concepción - Chile

Aunque tal vez desde siempre se ha tenido la noción de que nuestras emociones y la forma en las expresamos pueden relacionarse con nuestro estado de salud, hasta hace poco no se tenía una comprensión suficiente de cuáles son los mecanismos específicos que permiten vincular los estados emocionales con la salud física. Para mejorar tal comprensión se ha hecho necesario considerar un rango amplio de factores fisiológicos, cognitivos, sociales y conductuales que pueden ayudar a explicar la influencia de las emociones en la salud. Algunas de las formas en que las experiencias emocionales pueden influir en la salud son mediante sus efectos directos en el funcionamiento fisiológico, en el reconocimiento de síntomas y búsqueda de atención médica, en la involucración en conductas saludables y no saludables como estrategias de regulación emocional, y en la compleja relación entre apoyo social y salud. A continuación revisaremos someramente las principales evidencias disponibles acerca de tales influencias y examinaremos la importante relación existente entre salud y expresión emocional.

Estado Emocional y Funcionamiento Fisiológico

Las experiencias emocionales pueden influir en la salud física mediante sus consecuencias fisiológicas, existiendo ya muchas evidencias de que los estados emocionales negativos pueden prolongar las infecciones y retardar la cicatrización de heridas (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002), así como hacer al individuo más vulnerable a diversas enfermedades (Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000).

El estado anímico parece relacionarse con la liberación de inmunoglobulina secretora A, el anticuerpo considerado la primera línea de defensa contra el resfrío común, existiendo evidencias que el ánimo positivo reforzaría la respuesta inmune mientras que el ánimo negativo la reduce. Así, el nivel de inmunoglobulina secretora A en estudiantes decae durante los exámenes finales y aumenta nuevamente después que los exámenes han terminado, y cuando las personas experimentan varios eventos negativos en un determinado período, aumenta no solamente su estrés percibido sino también su susceptibilidad al resfrío común (Cohen, Tyrrell & Smith, 1993).

Además, cuando los individuos son expuestos a un virus respiratorio en el laboratorio, se observa que aquellos que experimentan mayor ánimo negativo desarrollan síntomas más severos que los individuos cuyo estado de ánimo es más positivo (Cohen, Doyle, Skoner, Fireman, Gwaltney & Newsom, 1995), y las personas que enfrentan estresores severos por un tiempo prolongado son significativamente más susceptibles al resfrío común inducido experimentalmente (Cohen, Frank, Doyle, Skoner, Rabin & Gwaltney, 1998).

Aunque la activación emocional tendría efectos inmediatos en algunos aspectos del sistema inmune, no existe aun total claridad acerca de cuán duraderos serían tales efectos y si las diferencias persistentes en el estado anímico producen diferencias

significativas en la resistencia de los individuos a las enfermedades. Sin embargo, hay algunas evidencias que apuntarían en esa dirección.

En un estudio particularmente interesante por su carácter prospectivo, Siegel y Brown (1988) encontraron que la acumulación de eventos vitales negativos predecía más problemas menores de salud 8 meses después en mujeres adolescentes, aún cuando se controlaran las variables estado de salud previa, eventos negativos actuales y depresión pasada y actual. Pero no sólo existe evidencia de la influencia del estado emocional sobre problemas menores de salud, sino que se ha sugerido que algunas condiciones psicológicas negativas pueden estar relacionadas con la génesis y progresión de enfermedades más serias. Como ilustración de esto, Stone, Mezzacappa, Donatone y Gonder (1999) encontraron que los niveles de antígeno prostático tenían una relación directa con el estrés percibido y una relación inversa con el apoyo social percibido, lo cual sugiere la posibilidad que algunos factores psicosociales puedan intervenir en la enfermedad prostática a través de efectos fisiológicos directos.

También se ha observado una relación entre salud física y ciertos estilos personales, lo cual podría explicarse en parte por el estado emocional asociado con esos estilos y su efecto en el funcionamiento fisiológico. Algunos de esos estilos que muestran una relación positiva significativa con la salud son el optimismo (Peterson, 2000; Segerstrom, Taylor, Kemeny & Fahey, 1998) y la llamada dureza psicológica o 'hardiness' (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982). A diferencia del efecto positivo que tendrían sobre la salud esos estilos, la hostilidad sería un patrón que se relaciona negativamente con la salud (Miller, Smith, Turner, Gujjarro & Hallet, 1996; Suinn, 2001).

Estado Emocional y reporte de síntomas físicos

Las experiencias emocionales son una de las fuentes de información que tienen las personas acerca de sí mismas y además, el estado emocional es uno de los factores que determina la accesibilidad de una información o pensamiento, por lo cual un estado de ánimo positivo o negativo hará más accesible pensamientos positivos o negativos respectivamente. Debido a esto, la evaluación que hace un individuo de su estado de salud puede variar dependiendo de cuál sea su estado anímico, lo cual lleva a preguntarse si el estado emocional influye en el reconocimiento o interpretación de síntomas físicos y, específicamente, si las personas que presentan un estado anímico negativo están más predispuestas a interpretar un indicio fisiológico como un posible problema de salud.

En estudios de laboratorio se ha encontrado que las personas en quienes se induce un sentimiento de tristeza informan más síntomas y además atribuyen mayor severidad a sus síntomas que aquellas personas en quienes se induce un sentimiento de alegría (Salovey & Birnbaum, 1989), lo cual sugiere que habría condiciones en que el estado anímico persistente y generado por el propio individuo podría modificar sistemáticamente su percepción de síntomas. Una gran parte de la investigación al respecto se ha focalizado en una disposición crónica a experimentar un estado de ánimo negativo, llamada *afectividad negativa* o rasgo AN (Watson & Pennebaker, 1989).

El rasgo AN, el cual sería similar a otros constructos disposicionales tales como neuroticismo, ansiedad de rasgo y pesimismo, refleja diferencias individuales estables respecto al ánimo negativo y al auto-concepto. Los individuos con una alta AN experimentan consistentemente mayores niveles de tensión e insatisfacción en el tiempo y a través de diversas situaciones, y tienden a ser negativistas en el sentido de focalizarse en los aspectos negativos tanto de sí mismos como de los

otros. El rasgo AN se correlaciona significativamente con diversas medidas de reporte de síntomas en diferentes tipos de muestras, y los individuos con alta AN informan consistentemente mayor cantidad e intensidad de sensaciones y síntomas físicos que aquellos con baja AN, aún cuando no existan diferencias entre ambos grupos en indicadores objetivos del estado de salud (Pennebaker, 2000).

Como una forma de explicar esta relación, se puede plantear que los individuos con alta AN parecen ser hipervigilantes respecto a su funcionamiento corporal y presentarían un menor umbral para percibir y reportar sensaciones corporales sutiles. Y debido a que ellos tienen una visión general ansiosa y pesimista de la realidad, es más probable que se preocupen acerca de las implicaciones de sus síntomas percibidos e interpreten sensaciones menores como dolorosas o patológicas (Pennebaker, 2000). Se podría argumentar entonces que el estilo perceptivo asociado con la alta AN (hipervigilancia, atención selectiva y tendencia a interpretar las sensaciones somáticas como preocupantes), contribuye a la amplificación de los síntomas y sería en gran medida responsable de su alto reporte.

Una implicación práctica de lo anterior sería que cualquier estudio que utilice el auto-informe de síntomas físicos como una medida de resultados, debería considerar el aspecto de la AN. Debido a que es más probable que los individuos con alta AN reporten síntomas en diversas situaciones y durante largos períodos de tiempo, basarse sólo en el informe de síntomas sin una medida concurrente de AN, puede llevar a una visión distorsionada del significado y carácter de esos síntomas.

También se puede apreciar la asociación entre emociones y reporte de síntomas considerando la relación estrecha que parece existir entre tal reporte y las *experiencias traumáticas* que se han tenido, en especial aquellos traumas que no han sido revelados a otros. Aquellos individuos que informan haber tenido alguna experiencia traumática en algún momento de su vida y que no han revelado, reportan tener tasas significativamente superiores de problemas menores de salud (cefaleas, taquicardia, molestias estomacales), así como condiciones más serias (hipertensión, úlceras) (Pennebaker, 2000). Esta relación entre experiencias traumáticas no reveladas y reporte de síntomas físicos podría tener varias explicaciones, entre ellas, los efectos fisiológicos a largo plazo del estrés traumático, el posible carácter defensivo y distractor de los síntomas, y una rotulación errónea de los cambios corporales asociados a respuestas emocionales y autonómicas.

Estado Emocional y búsqueda de Atención Médica

La percepción de síntomas físicos es sólo uno de los factores que motivan a las personas a prestar atención a su salud o a buscar tratamiento. Otros factores que determinan tales decisiones son las percepciones de vulnerabilidad personal, las creencias acerca de la propia capacidad para involucrarse exitosamente en la conducta requerida (auto-eficacia), y las expectativas de que tal conducta será efectiva. Y los estados anímicos pueden influir tanto en las percepciones de riesgo o vulnerabilidad, como en las expectativas de auto-eficacia y, por lo tanto, en la búsqueda de atención médica.

Se podría pensar que en la medida que un estado emocional positivo sería un indicador de ausencia de problemas, cuando las personas se sienten de buen ánimo estarían menos inclinadas a reconocer síntomas físicos y por lo tanto a buscar atención médica. En cambio, un estado emocional negativo produciría mayor vigilancia o preocupación en las personas que experimentan síntomas físicos, lo

cual a su vez facilitaría la búsqueda de ayuda profesional. Sin embargo, la evidencia disponible parece apuntar en sentido inverso.

Así, en comparación con las personas con un ánimo positivo, los individuos que experimentan un estado anímico negativo se perciben a sí mismos como menos capaces de involucrarse en conductas de cuidado de la salud y tienen menos confianza en que tales conductas serán eficaces (Salovey & Birnbaum, 1989). Por lo tanto, las personas que se sienten enfermas y que están experimentando un estado anímico negativo pueden encontrarse en una encrucijada. Por una parte, ellas experimentarían sus síntomas como más frecuentes, intensos y molestos, pero por otra parte, creen que es poco lo que pueden hacer para sentirse mejor, por lo cual es menos probable que adhieran a las recomendaciones de tratamiento.

El hecho de que sea el ánimo positivo más que el negativo el que se relaciona con la búsqueda de atención médica, se podría explicar por la combinación de varios factores. Por una parte, cuando las personas están en un estado emocional placentero utilizan estrategias de procesamiento cognitivo menos analíticas, y están más motivadas a involucrarse en conductas que les permitan mantener el estado emocional positivo (Wegener, Petty & Smith, 1995). Y entre esas conductas puede estar el buscar ayuda frente a un problema, con el fin de preservar su estado de bienestar que podría ser amenazado por la persistencia del problema.

Por otra parte, cuando las personas experimentan síntomas físicos ambiguos y además están experimentando eventos vitales estresantes, pueden considerar los síntomas como parte de su reacción emocional frente a los estresores y, por lo tanto, estar menos dispuestas a decidir buscar atención médica inmediata (Cameron, Leventhal & Leventhal, 1995). Otra forma en que los estados emocionales negativos pueden interferir con la búsqueda de atención, se relaciona con la disposición a enfrentarse con información potencialmente amenazante. Para que una persona decida acudir al médico o hacerse un examen preventivo, debe reconocer la probabilidad de que le detecten algún problema de salud importante, por lo cual dicha conducta tiene un riesgo psicológico, y muchas veces la reticencia a practicarse chequeos preventivos puede reflejar un deseo de no enfrentar tal riesgo (Rothman & Salovey, 1997).

En cambio, un estado emocional positivo puede facilitar las conductas preventivas o el acudir al médico, debido a que le proporciona al individuo los recursos psicológicos necesarios para enfrentar la posibilidad de tener un problema de salud importante. Esto se relaciona con una tendencia más general, consistente en que un ánimo positivo parece capacitar a las personas para afrontar información personal desfavorable. Así, se ha visto que los individuos que tienen creencias optimistas acerca de su salud, prestan más atención a información sobre riesgos de salud que a información neutra o benéfica, y recuerdan más esa información. Además, esa relación entre optimismo y búsqueda de información, es especialmente alta cuando la información es personalmente relevante y presumiblemente más amenazante, por lo cual el optimismo parece ser algo muy distinto a la negación (Aspinwall & Brunhart, 1996).

Estado Emocional y conductas relevantes para la salud

Ciertas conductas relevantes para la salud -comer, ingerir alcohol, fumar o aún practicar ejercicios-, pueden ser usadas como estrategias de regulación emocional, ya sea para evitar o aminorar experiencias emocionales negativas, o bien con el fin de inducir sentimientos positivos. Así por ejemplo, las personas pueden ingerir alcohol por la expectativa de que el alcohol tendrá influencia en su estado

emocional, ayudándolas a escapar de sentimientos negativos o intensificando sentimientos positivos (Cooper, Frone, Russell & Mudar, 1995).

Los estados emocionales negativos y el estrés también se relacionan con la conducta de fumar, como se puede apreciar en la asociación significativa que existe entre el consumo de cigarrillos y la depresión, no sólo en los adultos sino también en adolescentes (Windle & Windle, 2001). Esto es concordante con la evidencia experimental que revela que las personas en quienes se induce un estado de ánimo negativo informan mayor deseo de fumar y de hecho fuman más, que las personas en quienes se induce un ánimo positivo o que están en una condición control (Brandon, Wetter & Baker, 1996). Las personas informan que una razón primaria para fumar es regular o mejorar su estado anímico, y las situaciones en que es más probable que tengan una recaída luego de un intento de dejar de fumar, son aquellas que involucran una experiencia emocional negativa (Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000).

Desde una perspectiva más positiva, las personas también pueden involucrarse en la práctica de ejercicios físicos con el objetivo de incrementar sentimientos positivos o reducir sentimientos negativos, por lo cual dicha conducta puede actuar como una forma adecuada de regulación emocional. La actividad física regular es benéfica para el bienestar psicológico y parece ser útil específicamente en el manejo de la ansiedad, la depresión, la hostilidad y la tensión en general, aún cuando existirían diversos factores que influyen sobre la relación entre ejercicio y estado emocional (Hansen, Stevens & Coast, 2001; McAuley, Talbot & Martinez, 1999).

Considerando lo anterior, se puede pensar que algunas conductas estarían motivadas por el deseo de mejorar el estado emocional, pero aun falta mayor investigación para clarificar los procesos mediante los cuales la conducta altera el estado anímico. Así por ejemplo, sería necesario diferenciar la influencia relativa de los efectos fisiológicos directos de determinadas conductas (como practicar ejercicios o ingerir alcohol), de las expectativas acerca de la influencia de tales conductas sobre el estado emocional. Además, el examen de los efectos de una conducta sobre el estado anímico debería considerar un rango amplio de sentimientos, ya que es probable que una conducta (por ejemplo, comer en exceso o ingerir alcohol) motivada por el deseo de mejorar el estado emocional produzca más sentimientos negativos (vergüenza, culpa) que positivos.

Estado emocional y relación entre apoyo social y salud

Considerando la importante relación existente entre apoyo social y salud (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996), otra vía mediante la cual los estados emocionales pueden afectar la salud la constituye la interacción que existe entre tales estados emocionales y la disponibilidad de contactos interpersonales y apoyo social.

Las personas que perciben menos apoyo social están más predispuestas a experimentar trastornos emocionales y físicos cuando enfrentan altos niveles de estrés, en comparación con las personas que disponen de ese apoyo. Además, el bajo apoyo social se relacionaría con ciertas conductas o factores que afectarían negativamente la salud, como falta de actividad física, sueño irregular y no usar cinturón de seguridad (Allgoewer, Wardle & Steptoe, 2001). En cambio, el alto apoyo social se relaciona con mayor resistencia a enfermedades infecciosas, menor incidencia de enfermedades coronarias, mejor recuperación de cirugía cardíaca y aún, menor mortalidad (Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000).

Se puede plantear una relación recíproca entre estado emocional y apoyo social. Así como la disponibilidad de apoyo social influiría en el estado emocional, el estado emocional también influiría en la probabilidad de recibir apoyo social, ya que sería más probable que las personas se acercaran e interactuaran más con aquellos individuos que presentan una visión más optimista de la vida. Aunque algunos signos de perturbación emocional pueden inducir a los otros a ofrecer apoyo, la expresión prolongada de sentimientos negativos puede llevar a los otros a dejar de proporcionar ese apoyo y a evitar al individuo.

La relación entre apoyo social y salud puede ser mediada en parte por el estado emocional. El apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad, predictibilidad y control, que lo lleva a sentirse mejor y a percibir de manera más positiva su ambiente. Esos sentimientos pueden a su vez motivarlo a cuidar de sí mismo, a interactuar de manera más positiva con las otras personas, y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar el estrés. La combinación de estos factores tendría efectos positivos en su bienestar emocional y en su salud física, por una parte, aumentando su resistencia a las enfermedades, y por otra, reforzando también sus redes sociales de apoyo. Esto último se debería a que las personas que tienen un estado emocional positivo encuentran más fácil desarrollar y reforzar relaciones personales significativas, en comparación con aquellas personas en quienes predomina un ánimo negativo.

Revelación Emocional y Salud

Dado que los estados emocionales negativos se asocian con alteraciones del funcionamiento inmunológico y mayor vulnerabilidad a la enfermedad, se podría pensar en la conveniencia de minimizar o suprimir tales sentimientos negativos, especialmente cuando no se relacionan con aspectos muy relevantes para el individuo. Sin embargo, aunque de tal manera podrían obtenerse algunos beneficios emocionales y tal vez inmunológicos inmediatos, la inhibición o supresión de emociones negativas intensas provocadas por eventos significativos, puede tener efectos muy adversos en la salud, produciendo alteraciones fisiológicas y aumentando la vulnerabilidad del organismo al desarrollo de ciertas enfermedades (Gross & Levenson, 1997), aun cuando la magnitud de tales efectos puede variar dependiendo de diversos factores moderadores (Considine, Magai & Bonanno, 2002).

Para explicar esos efectos, habría que considerar que la inhibición activa de pensamientos, sentimientos o impulsos asociados con recuerdos dolorosos o traumáticos, implica trabajo fisiológico reflejado en la actividad nerviosa, tanto central como autonómica. Esta labor inhibitoria puede ser considerada como un estresor de baja intensidad pero de carácter acumulativo o crónico, que puede producir o exacerbar procesos psicósomáticos, aumentando por tanto el riesgo de enfermedades y otros problemas relacionados con el estrés (Petrie, Booth & Pennebaker, 1998).

Así como la inhibición o supresión emocional puede tener consecuencias negativas para la salud, el hecho de que las personas procesen y confronten sucesos vitales traumáticos, tendría efectos positivos significativos en su salud, incluyendo menos problemas de salud, menor uso de servicios de salud y mejor funcionamiento del sistema inmune (Greenberg, Wortman & Stone, 1996).

Si consideramos que distintas formas de psicoterapia, independientemente de su orientación teórica, producen mejorías en el bienestar psicológico y que nos preguntamos qué tienen en común las diversas formas de terapia, nos encontramos que en todas ellas los individuos deben traducir sus experiencias en palabras,

rotular los problemas y analizar sus causas y consecuencias. Y al parecer, el sólo hecho de confrontar y verbalizar emociones y eventos estresantes o traumáticos, sería un agente terapéutico poderoso. ¿Cómo se pueden explicar esos efectos benéficos?

La confrontación o revelación emocional tiene dimensiones cognitivas, fisiológicas y sociales. En primer lugar, al trasladar las experiencias a palabras los individuos pueden organizar, estructurar y asimilar, tanto sus experiencias emocionales como los eventos que pueden haber provocado las emociones. El hablar acerca de un evento amenazante puede servir a dos funciones importantes: por una parte, reflejar y reducir la ansiedad asociada y, por otra, facilitar la asimilación del evento estresante. En segundo lugar, cuando los individuos hablan acerca de experiencias traumáticas se observan cambios fisiológicos importantes, como reducciones en la presión arterial, la tensión muscular y la conductividad cutánea (Pennebaker, 1995). Y en tercer lugar, la revelación de pensamientos y sentimientos personales también es un fenómeno social, ya sea en el contexto terapéutico o en la vida diaria, que implica un determinado nivel de confianza entre los participantes y que puede tener importantes efectos positivos o negativos en la relación.

Más allá de las posibles explicaciones que se puedan ofrecer, es un hecho conocido desde siempre que el hablar con otras personas acerca de problemas personales en un clima de confianza, tiene efectos positivos en la mayoría de los individuos. Lo que hasta hace poco tiempo no era tan conocido es que el escribir acerca de ciertas experiencias emocionales puede tener los mismos efectos benéficos que el hablar con alguien, tanto en el bienestar psicológico como en la salud física (Pennebaker, 1997; Stone, Smyth, Kaell & Hurewitz, 2000).

Basado en diversos estudios, Pennebaker (1997) plantea que el escribir acerca de experiencias emocionales produce reducciones significativas en consultas médicas y reporte de síntomas, cambios inmediatos en el funcionamiento inmune y actividad autonómica y muscular, y mejorías a largo plazo en el estado anímico y bienestar psicológico. Por su parte, y basado en una revisión sistemática de 13 estudios experimentales, Smyth (1998) concluye que el hacer que los sujetos escriban acerca de sus emociones produce beneficios significativos en individuos sanos, en un grado similar al efecto que producen otras intervenciones psicológicas. Los efectos positivos de la expresión escrita se expresan en cuatro indicadores, cada uno medido al menos un mes después de la intervención: salud auto-informada, bienestar psicológico, funcionamiento fisiológico y funcionamiento general.

Aunque de acuerdo con Pennebaker (1997), no existiría relación entre los efectos del escribir y variables individuales como sexo, edad o nivel de ansiedad, el meta-análisis de Smyth (1998) sugiere que el escribir puede ser más beneficioso para los hombres que para las mujeres. Esta posible diferencia podría explicarse por dos factores: por una parte, los hombres en general presentan un nivel inferior de expresión emocional y de revelación de experiencias traumáticas en su vida diaria, y por otra parte, debido a su mayor tendencia al afrontamiento centrado en el problema, los hombres se focalizarían más en las experiencias traumáticas al escribir, lo cual podría facilitar sus efectos benéficos.

Mientras que las explicaciones tradicionales de los beneficios del escribir enfatizan el efecto catártico que podría tener el liberar pensamientos y sentimientos asociados con las experiencias estresantes, una explicación más reciente se focaliza en los cambios cognitivos producidos por la expresión emocional escrita. En un estudio muy interesante, Klein y Boals (2001) encontraron que el escribir sobre eventos estresantes reduce los pensamientos intrusivos y evitadores acerca de tales eventos y mejora la capacidad de la memoria operativa o de trabajo,

sugiriendo que tal mejoría puede a su vez liberar recursos cognitivos para otras actividades mentales, incluyendo la habilidad para afrontar más efectivamente el estrés. Según esto, es posible que los cambios en la memoria operativa disponible sean responsables al menos en parte de la ampliamente documentada relación entre escribir y salud. Los recursos demandados por los pensamientos indeseables pueden interferir con la resolución de problemas hasta el punto de ser menos probables las respuestas efectivas de afrontamiento a los estresores. Como consecuencia de esto, se produciría más estrés, y este estrés continuado produciría decrementos en el bienestar psicológico y en la salud física.

En otras palabras, la revelación de experiencias estresantes ya sea frente a otro o por escrito, permite atenuar la relación estrés-enfermedad mediante sus efectos en la memoria operativa, ya que le proporcionaría al individuo más recursos cognitivos para afrontar de manera más oportuna y eficaz aquellas situaciones que pueden llegar a afectar negativamente su estado emocional y eventualmente su estado de salud.

Por lo tanto, se puede plantear con suficientes fundamentos que, el hacer que las personas escriban con la mayor libertad y profundidad posibles acerca de sus experiencias estresantes, es una técnica terapéutica con un gran potencial que tienen a su disposición los psicólogos clínicos y de la salud en sus esfuerzos por mejorar el bienestar de los individuos y capacitarlos para afrontar en mejores condiciones las situaciones personales conflictivas.

Referencias

Allgoewer, A., Wardle, J., & Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology, 20*, 223-227.

Aspinwall, L. & Brunhart, S. (1996). Distinguishing optimism from denial: Optimistic beliefs predict attention to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*, 993-1003

Brandon, Th., Wetter, D. & Baker, T. (1996). Affect, expectancies, urges, and smoking: Do they conform to models of drug motivation and relapse? *Experimental & Clinical Psychopharmacology, 4*, 29-36.

Cameron, L., & Leventhal, H. (1995). Vulnerability beliefs, symptom experiences, and the processing of health threat information: A self-regulatory perspective. *Journal of Applied Social Psychology, 25*, 1859-1883.

Cohen, S., Tyrrell, D., & Smith, A. (1993). Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 131-140.

Cohen, S., Doyle, W., Skoner, D., Fireman, P., Gwaltney, J., & Newsom, J. (1995). State and trait negative affect as predictors of objective and subjective symptoms of respiratory viral infections. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 159-169.

Cohen, S., Frank, E., Doyle, W., Skoner, D., Rabin, B., & Gwaltney, J. (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health Psychology, 17*, 214-223.

Consedine, N., Magai, C. & Bonanno, G. (2002). Moderators of the emotion inhibition-health relationship: A review and research agenda. *Review of General Psychology, 6*, 204-228.

Cooper, M., Frone, M., Russell, M. & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 990-1005.

Greenberg, M., Wortman, C., & Stone, A. (1996). Emotional expression and physical health: Revising traumatic memories or fostering self-regulation? *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 588-614.

Gross, J., & Levenson, R. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting positive and negative emotions. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 95-103.

Hansen, C., Stevens, L. & Coast, R. (2001). Exercise duration and mood state: How much is enough to feel better? *Health Psychology, 20*, 267-275.

Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, Th. & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology, 53*, 83-107.

Klein, K. & Boals, A. (2001). Expressive writing can increase working memory capacity. *Journal of Experimental Psychology: General, 130*, 520-533.

Kobasa, S., Maddi, S., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*, 168-177.

McAuley, E., Talbot, H. & Martinez, S. (1999). Manipulating self-efficacy in the exercise environment in women: Influences on affective responses. *Health Psychology, 18*, 288-294.

Miller, T., Smith, T., Turner, C., Guijarro, M., & Hallet, A. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin, 119*, 322-348.

Pennebaker, J. (1995). Emotion, disclosure, and health: An overview. En J. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 3-10). Washington, DC: American Psychological Association.

Pennebaker, J. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science, 8*, 162-166.

Pennebaker, J. (2000). Psychological factors influencing the reporting of physical symptoms. En A. Stone, J. Turkkan, C. Bachrach, J. Jobe, H. Kurtzman, & V. Cain (Eds.), *The science of self-report: Implications for research and practice* (pp. 299-315). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist, 55*, 44-55.

Petrie, K., Booth, R. & Pennebaker, J. (1998). The immunological effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1264-1272.

Rothman, A., & Salovey, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behavior: The role of message framing. *Psychological Bulletin*, 121, 3-19.

Salovey, P., & Birnbaum, D. (1989). Influence of mood on health-relevant cognitions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 539-551.

Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J., & Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.

Seegerstrom, S., Taylor, S., Kemeny, M., & Fahey, J. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646-1655.

Siegel, J. & Brown, J. (1988). A prospective study of stressful circumstances, illness symptoms, and depressed mood among adolescents. *Developmental Psychology*, 24, 715-721.

Smyth, J. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174-184.

Stone, A., Mezzacappa, E., Donatone, B. & Gonder, M. (1999). Psychosocial stress and social support are associated with prostate-specific antigen levels in men: Results from a community screening program. *Health Psychology*, 18, 482-488.

Stone, A., Smyth, J., Kaell, A. & Hurewitz, A. (2000). Structured writing about stressful events: Exploring potential psychological mediators of positive health effects. *Health Psychology*, 19, 619-624.

Suinn, R. (2001). The terrible twos-anger and anxiety: Hazardous to your health. *American Psychologist*, 56, 27-36.

Uchino, B., Cacioppo, J., & Kiecolt-Glaser, J. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.

Watson, D., & Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.

Wegener, D., Petty, R. & Smith, S. (1995). Positive mood can increase or decrease message scrutiny: The hedonic contingency view of mood and message processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 5-15.

Windle, M. & Windle, R. (2001). Depressive symptoms and cigarette smoking among middle adolescents: Prospective associations and intrapersonal and interpersonal influences. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69, 215-226.

ENFOQUE PSICOANALÍTICO Y SALUD

Esperanza Angola Rossi

Psicóloga Universidad Nacional Autónoma de México
Docente Facultad de Psicología Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá D.C. - Colombia

El psicoanálisis es una teoría de la libido que se ocupa de la explicación y supresión de las llamadas perturbaciones nerviosas de la vida instintiva del alma. La libido es la energía con la que el instinto sexual actúa en la vida anímica. Para Freud (1917) lo anímico no es lo consciente. Una cosa sucede en el alma y otra cosa es tener conocimiento de ello. Freud señala que tenemos una inconsciencia de nuestra vida anímica. El hombre suele sentirse soberano de su propia alma...

"...te conduces como un rey absoluto que se contenta con la información que te procuran tus altos dignatarios y no descendes jamás hasta el pueblo para oír su voz. Adéntrate en ti, desciende a tus estratos más profundos y aprende a conocerte a ti mismo: sólo entonces podrás llegar a comprender por qué puedes enfermar y acaso también evitar la enfermedad".¹

En 1925, en *Inhibición Síntoma y Angustia*,¹ Freud nos muestra que el *Síntoma es el signo* de un proceso patológico y la modificación extraordinaria de una función, o de una función nueva, y considera que la *Inhibición* es la restricción de tales funciones y puede ser también un síntoma. En este artículo, estudia la perturbación de las diferentes funciones del yo:

- a. La función sexual
- b. La Nutrición
- c. La locomoción
- d. El trabajo profesional

En cuanto a la función sexual, plantea que a causa de la angustia en el hombre, puede ocurrir falta de erección, eyaculación precoz, falta de eyaculación, falta de placer en el orgasmo o desviación de la libido. En la mujer, miedo angustioso a la función sexual, la repugnancia (síntoma defensivo) y actos obsesivos (prevenciones y aseguramientos contra experiencias sexuales).

En cuanto a la locomoción, muestra que se puede inhibir por repugnancia a andar o por debilidad de las extremidades abdominales pues siempre subyace la angustia. La capacidad de trabajar disminuida, se presenta como disminución del deseo de trabajar, como defectuosa realización del trabajo, como fatiga, etc., pudiendo producirse parálisis orgánicas o funcionales cuya existencia es incompatible con la ejecución de la labor.

Otros ejemplos de esto lo constituirían la inhibición general que es característica de los estados depresivos y sobre todo de la melancolía; las parálisis motoras, que son como la defensa contra un acto que en la situación inicial debió ser realizado y que por el contrario fue inhibido; las contracturas, que corresponden a un

desplazamiento sobre un distinto punto del cuerpo de inervación muscular propuesto en la situación indicada; las convulsiones son expresión de una explosión de afecto que ha escapado a un control normal del yo.

Para el Psicoanálisis, las inhibiciones son restricciones de las funciones del yo por precaución o por empobrecimiento de la energía y el síntoma es el signo, un sustitutivo de una expectativa de satisfacción del instinto, es un resultado de un proceso de **represión**. Su formación se da para eludir la angustia, es una inhibición que el yo se impone, pues a su vez libera al yo de una situación peligrosa. La angustia es de carácter displicente, con sensaciones físicas más precisas que referimos a determinados órganos. Las sensaciones más representativas, frecuentes y precisas son las que afectan los órganos respiratorios y el corazón, o sea, participan inervaciones motoras que tienen que ver con la descarga.

El síntoma así pues, tiene dos aspectos: *uno oculto* a nuestra percepción, que establece el *ello* con modificaciones, mediante las cuales es sustraído el *yo* del peligro, y *otro visible*, - la formación sustitutiva - el creado en lugar del proceso instintivo influido. Si la formación de síntomas es impedida surge el peligro, esto es, se constituye una situación análoga al nacimiento, en la cual el yo se siente desamparado.

La enfermedad posee un síntoma que es determinado por el modo en que el individuo haya recorrido la trayectoria evolutiva de la función sexual o por las fijaciones de la libido en ese curso evolutivo. La terapia psicoanalítica somete a revisión los procesos de represión y deriva el conflicto a un desenlace mejor compatible con la salud del individuo. Así, para la buena salud del individuo es necesario que la libido no pierda movilidad, ya que está ligada al individuo y constituye la carga psíquica del yo, la cual a su vez se dirige hacia el objeto externo.

Los síntomas neuróticos poseen, al igual que los sueños y los actos fallidos que son de gran interés para el psicoanálisis, un sentido propio y una íntima relación con la vida de las personas en las que surgen. En *El Sentido de los Síntomas*,²³ Freud señala que cuanto más individualizado se halla un síntoma, más fácil resulta establecer dicha relación. El psicoanálisis debe descubrir ante una idea desprovista de sentido o ante un acto sin objeto, la situación pretérita en la que tales ideas o actos poseyeron sentido y objeto, respectivamente.

En todo esto se ve que los síntomas son trasladados a los funcionamientos psíquicos de menor importancia, mientras que todo aquello que pueda pretender un más alto valor psíquico sigue su marcha regular sin sufrir perturbación alguna. La emergencia de los síntomas en los funcionamientos o rendimientos individuales y sociales de importancia, que perturban la alimentación, las relaciones sexuales, el trabajo profesional y la vida social, corresponde a los casos graves de neurosis y caracteriza a estos mejor que la multiformidad o violencia de las manifestaciones patológicas.

El carácter común a las cosas benignas y graves yace en la posibilidad de referir los fenómenos a un material psíquico incompletamente reprimido que es rechazado por la conciencia pero que se exterioriza, siendo una forma, la enfermedad.

Freud se refirió preferentemente a las enfermedades nerviosas y señaló que eran la expresión de un trastorno de la función sexual. Sin embargo, Freud mostró también un interés por lo biológico:

"...cualquiera que se mantenga fiel al principio de que los juicios científicos no deben sufrir la influencia de las actitudes afectivas habrá de reconocer en el psicoanálisis un alto interés biológico".³

Así por ejemplo, con relación a la sexualidad infantil y sus cualidades biológicas, probó que en el niño se entrañan intereses y actividades sexuales. De la sexualidad infantil surge la norma en el adulto a través de una serie de procesos evolutivos, asociaciones, disociaciones, represiones que jamás se desarrollan de un modo perfecto y por ello dejan disposiciones a una represión de la función a estados patológicos.

La sexualidad infantil está compuesta por instintos parciales ligados a regiones del *soma*, éstas son las llamadas *zonas erógenas*. A su vez, la sexualidad infantil, está ligada inicialmente a las funciones encaminadas a la conservación: ingestión de alimentos, excreción, inervación muscular y actividad sensorial.

Es aquí cuando el niño desde temprano, inicia la elaboración de signo-síntoma, que en la edad adulta o antes, puede presentar trastorno. Una carencia de manejo interno de los procesos inconscientes, conlleva enfrentar problemas de salud mentales y físicos, en lo social, lo cultural, lo biológico, etc.

El psicoanálisis ha hecho justicia a la función sexual humana, investigando minuciosamente la importancia para la vida anímica y práctica, importancia que de alguna manera no había sido reconocida por la ciencia.

"Sin embargo, durante la labor psicoanalítica hemos creído necesario mantenernos alejados de los puntos de vista biológicos y no utilizarlos para no cometer errores en la apreciación de resultados" (Freud, 1913).

Pero se emplean en la descripción de los fenómenos estudiados por el psicoanálisis, siendo el concepto del **instinto** en la teoría psicoanalítica, el concepto límite entre lo psicológico y lo biológico. El instinto sexual entrañaría la comprensión de las enfermedades neuróticas, las cuales son enfermedades de la función sexual. Por ello la terapia psicoanalítica es eficaz en las neurosis porque resuelve los conflictos entre el instinto del yo y los instintos sexuales.

Freud, buscando establecer la correspondencia entre fenómenos psicológicos y somáticos, descubrió la transferencia trabajando con pacientes conversivos; estudiaba el efecto psicológico del médico sobre el paciente (Freud, 1883, 1894, 1895 y 1905). Luego amplió su trabajo con estudios sobre otros tipos de somatización describiendo detalladamente el *Organsprache* (Freud, 1910, 1915), que posteriormente se llamó organoneurosis, correspondiente a la psicopatosis, o a las enfermedades psicopatológicas en autores recientes (Fenichel, 1968).

Veamos lo que dice Laverde en Barrios et al:⁴

"Desde el punto de vista psicoanalítico hay dos vertientes para la investigación de las enfermedades psicosomáticas; por una parte el influjo inconsciente que los determina y por otra, el estudio de las características y los rasgos de los sujetos que las padecen (Laverde, 1989)".

En la universidad de Chicago, Franz Alexander enumeró 7 afecciones psicosomáticas principales: úlcera péptica, asma bronquial, artritis reumatoidea, colitis y tirotoxicosis (Alexander, 1943), estableciendo que la presencia de influjos psicológicos, a partir de impulsos reprimidos de carácter hostil y sexual con angustia y culpa, están estrechamente relacionados con ellas (Fine, 1980). Existen muchas investigaciones que confirman la influencia de conflictos inespecíficos y diversos factores inconscientes, que facilitan alteraciones de órganos vulnerables o que tienen impacto en enfermedades físicas (Dunbar, 1935; Fine, 1980; Laverde, 1989, Brankel *et al.*, 2000) hasta llegar a la idea actual de que las manifestaciones somáticas tienen correlación emocional, así como los fenómenos psíquicos se acompañan de cambios orgánicos, aunque sean imperceptibles. El curso de la patología somática es influenciado e incluso determinado por la forma específica en que la vive el paciente (Brainsky, 1994 citado en Barrios, 2001).

Angel Garma⁵ en 1953, organiza en la Asociación Psicoanalítica Argentina, un congreso en el cual se presentó un resumen detallado de todas las investigaciones psicosomáticas hechas sobre cefaleas, el cual fue enviado a todos los psicoanalistas sudamericanos. Se presentaron y discutieron diagnósticos y contribuciones científicas que fueron publicadas posteriormente en la Revista de Psicoanálisis de Buenos Aires (tomo XI). Como resultado se consiguió una mayor comprensión de las cefaleas en los aspectos generales y parciales incluyendo las relaciones con el tratamiento y específicamente su contribución científica a la literatura mundial.

En esta publicación, Garma habla de contenidos psíquicos con presencia somática, sometidos a otras leyes que las de nuestro Psiquismo lógico y reprimidos en el inconsciente, basados en la investigación de años de duración con enfermos cefálicos.

En el artículo de la Cefalea en tres Pacientes, Fidas R. Cesio (1954) refiere el caso de una paciente en la que sus síntomas resultaron del ataque del superyo al yo, representado el primero por su madre, por el padre que castigaba a la madre y por ambos unidos en una relación violenta, siendo el dolor de cabeza el resultado del violento encuentro de las identificaciones vivido en un plano psicológico por la tensión de sus conflictos Edípicos.

En el tratamiento de las cefaleas por ejemplo, hay que recurrir a procedimientos psicoterapéuticos de los cuales el más indicado es el psicoanálisis, refiere Garma (1958):

"Los conflictos psíquicos se originan cuando coinciden una constitución especial y situaciones infantiles perjudiciales, actuando sobre el sujeto. La consecuencia es el mal desarrollo de la personalidad. Sus diferentes instancias psíquicas no se forman adecuadamente...de este modo los instintos en vez de alcanzar una buena organización genital, hacen regresiones sádicoanales".⁶

Garma (1969)⁷, desarrolla el tema más ampliamente describiendo el funcionamiento alimenticio y las primeras fases del desarrollo psíquico infantil y cómo la personalidad y las emociones son el origen de la úlcera.

Barrios y Alarcón (2002) en la investigación mencionada, buscan establecer disposiciones transferenciales en pacientes que cumplieron los criterios diagnósticos del DSM IV para trastorno por somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado e hipocondriasis, comparándolos con grupo control. Reunieron una muestra de 78 pacientes y les aplicaron la prueba Tema Central de Conflicto de Relaciones (TCCR). Encontraron similitudes cualitativas y diferencias cuantitativas estadísticamente significativas que dependieron del sexo solamente en los pacientes con trastorno somatomorfo indiferenciado e hipocondriasis. Su trabajo utiliza el vértice psicoanalítico que ha estudiado su psicodinamia profusamente (Alexander, 1943; Balint, 1958; Noyes, 1995; Kaplan, 1996; Kellner, 1974; Hudziak, 1996; Rawson *et. al.*, 1990; Smith, 1994). De estos se concluye que, conocer los mecanismos inconscientes, crea espacio para la discusión de aspectos afectivos siempre presentes detrás de cada necesidad humana (Luborsky, 1996, Brainsky, 2000). Las emociones están presentes en la consulta de los profesionales de la salud, ya que el paciente sufre y demanda ayuda para aliviar síntomas corporales, así como sus concomitancias afectivas (Barrios, 2000).

Los pacientes somatizadores son remitidos al psicoanalista, ya que no consultan por su propia iniciativa. La elección inconsciente de psicopatología se expresa como órganos dañados logrando despertar en el clínico la idea de gravedad en el cuerpo, que debe tratarse con técnicas médicas excluyendo aspectos mentales (Laverde, 1988; McDougall 1989, Brainsky, 1986; 1992).

S. Brainsky, (1985) en su artículo *Factores psicodinámicos en el cáncer de seno*⁸, estudió alrededor de 130 pacientes, desde un planteamiento psicoanalítico. Se analizaron aspectos de fantasías transferenciales de sometimiento e idealización, el narcisismo, la contratransferencia, entre otros. En este estudio se interrelacionan factores de la personalidad y del cáncer de seno tomando en cuenta antecedentes de tipo familiar (mala identificación con las figuras parentales, falla en la identificación femenina y la maternidad) y las relaciones interpersonales, así como las pérdidas recientes.

"De la misma manera, como se observa en los últimos años, una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares en gentes más jóvenes, lo cual parece relacionarse con factores agrupados bajo la denominación de "stress psicosocial", es también factible que los estímulos adversos del medio ambiente, la migración desorbitada a las ciudades con la consiguiente desintegración de valores, y la subcultura de la miseria, entre otros elementos, influya, a través de lo que la psiquiatría social denomina Síndrome de la Desvalorización, en una baja de defensas del yo y en una prematura sensación de fracaso en sus metas, que puede incidir en la resistencia al huésped, disminuyendo la eficacia de los mecanismos inmunológicos, frente al potencial canceroso (Bahnsosn y Bahnson, 1969) ⁹

Así, en este estudio no se trabaja aisladamente la enfermedad orgánica, sino también la estructura de personalidad, los mecanismos de defensa, las fantasías, las relaciones objetales, y las repercusiones de la cirugía y de la enfermedad sobre el mundo interno de las pacientes. **La vivencia**, esto es, aquello que la paciente siente, piensa, fantasea, es puesta en "el otro", en este caso, el analista, siendo el depositario de la vivencia transferencial. Los afectos, así son tomados en cuenta

tanto en el entorno de la paciente y en el decurso de la enfermedad misma, como en el proceso analítico.

Por otro lado, ninguna relación humana es neutral (Brainsky, 1984); se estructura sobre la base de sentimientos y mensajes positivos y por ende terapéuticos, o negativos y, por tanto, antiterapéuticos. Esto se aplica a enfermeras, trabajadores sociales, parientes, etc., pero se magnifica en la relación médico - paciente que constituye el eje condensado sobre el cual giran los demás. Diaz-Granados (1983) señala entre algunos de los problemas que plantea la medicina institucional, la dilución médico-paciente, lo que lleva a que este último no sienta al médico como una fuente de ayuda humana realmente activa, en los momentos críticos de la enfermedad.

Laverde, (1988)¹⁰, analiza el concepto de *especificidad psicosomática* en las escuelas de Chicago, París y Norteamérica. La teoría de la especificidad se basa en las siguientes hipótesis:

1. Los factores psíquicos causales de las perturbaciones somáticas son de naturaleza específica.
2. Los conflictos psicológicos reprimidos inducen inervaciones crónicas que causan una disfunción crónica.
3. La situación actual en la vida del paciente sólo tiene una influencia precipitante.

Estos tres principios originales han sido objeto de ajustes y replanteamientos en los actuales desarrollos investigativos.

La escuela de Chicago ha continuado trabajando sobre este tema y a partir de 1968 ha publicado sus resultados: este grupo confirmó que las respuestas psicológicas ante las diferentes tensiones emocionales, eran no sólo constantes individualmente, sino que diferían de un grupo de enfermedades a otro.

En resultados de investigaciones hechas por esta escuela muestran, por ejemplo, con relación a la úlcera péptica, que los psicoanalistas inicialmente diagnosticaron correctamente un 50% de los hombres y un 16% de las mujeres, basados únicamente en información psicológica. Como control, los internistas obtuvieron (basados en la misma información) 40% y 10% de diagnósticos acertados en hombres y mujeres respectivamente. Los resultados fueron estadísticamente significativos sólo para hombres (Alexander *et al.*, 1968, p.66). Este trabajo se constituyó en un hito en el progreso hacia trabajos clínicos psicoanalíticos controlados, pero deja el interrogante de por qué los resultados fueron sólo significativos para los hombres.

La escuela psicosomática de la Sociedad Psicoanalítica de París: Marty, de M'Uzan y David (1963) describieron el pensamiento operatorio de los pacientes psicosomáticos, el cual se refiere tanto a una manera de pensar como de relacionarse con los demás y está caracterizado por un informe fáctico de sus actividades con una disminución de la función de la fantasía.

La enfermedad psicosomática según esta escuela, sería el resultado de un cortocircuito, que se saltaría la representación psíquica para estallar en el cuerpo, no tendría la función de representación simbólica del neurótico, ni los intentos de recuperación del psicótico. Para ellos lo psicosomático es arcaico, preverbal, no simbólico, regido por leyes biológicas, no psicológicas. A través de la somatización el cuerpo no habla, sólo obra.¹¹

Joyce McDougall (1978), continúa y desarrolla el pensamiento de la Escuela de París, según ella todos poseemos en grado variable diferentes tipos de representación corporal con su consiguiente potencialidad sintomática.

La escuela Norteamericana desarrolla el concepto de *alexitimia* (Nemiah & Sifneos, 1970; Sifneos 1964, 1973), que se refiere a la incapacidad del sujeto para nombrar sus estados afectivos o para describir su vida emocional. Esta carencia aparente la atribuyen a un problema de simbolización lingüística.

El psicoanálisis ha producido desarrollos teóricos y modelos para pensar la salud-enfermedad. Sus conceptos básicos: inconsciente dinámico, transferencia, contratransferencia, resistencia, regresión, etc., son indispensables para la comprensión de este proceso. Quedan por señalar aún múltiples investigaciones en pacientes hospitalizados con enfermedad somática grave que al igual que con el psicoanálisis, encontraron en la Psiquiatría de enlace grandes beneficios en términos de comunicación, mediación y manejo integral. Desde Freud, Abraham, Alexander, Cárcamo, Coleman, Garma, Pichon Riviere, Liberman, hasta Díaz-Granados,¹³ Brainsky, Laverde, Maladesky¹⁴ Urman, Torres de Aryen, Barrios, Alarcón, Sánchez Medina, etc., constituyen aportes por agotar desde el psicoanálisis a la enfermedad corporal.

-
1. Freud, S. (1917b). *Obras Completas*, Tomo III, P. 2833
 2. Freud, S. (1917b). *Obras Completas*, Tomo II, p. 2282.
 3. Freud, S. (1913). *Múltiple interés del psicoanálisis*. *Obras Completas Tomo II*, p 1981 .
 4. Barrios, S y Alarcón, A (2001) *Disposiciones transferenciales en pacientes con trastorno por somatización, trastorno somatomoforme indeferenciado e hipocondriasis*” *Médica Sanitas*, 4 , 4.
 5. Garma A. (1958a). *El Dolor de Cabeza*. Buenos Aires: Editorial Nova.
 6. Garma A. (1958b).
 7. Garma A. ((1969) *Psicoanálisis de los Ulcerosos* . Buenos Aires: Paidós .
 8. S. Brainsky. S. (1987a) *Revista Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*,12,115-133
 9. S. Brainsky, S. (1987b)
 10. Laverde, E. (1988 a) *Actualizaciones en Medicina Psicosomática*, *Revista Sociedad Colombiana de Psicoanálisis* 13, 3
 11. Laverde, E. (1988 b)
 12. Díaz, Granados. (1968). *Psiquiatría de enlace en Cancerología*. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 12 , 1
 13. Maladesky. (1993) *La transferencia desvitalizada: transferencia en pacientes con estructura somática*, *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*.

APORTACIONES PSICOANALÍTICAS DE ACTUALIDAD AL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Ricardo García Valdez

Investigador del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana.

Xalapa - México

"La letra... con sangre entra".

La integración del psicoanálisis al horizonte de continuo desarrollo de la psicología de la salud tiene como una de sus determinaciones más importantes la variación que en las últimas décadas ha experimentado el concepto de salud, a partir de la incidencia teórico-clínica de las *estructuras psíquicas* de cuño inconsciente.

La antigua división entre salud física y salud "mental" se ha subvertido con el reconocimiento del componente pulsional del enfermar, disolviéndose los límites, al conocerse—cada vez con mayor exactitud—la interdependencia entre la *conducta* y la condición inconsciente del deseo subjetivo.

Una rápida consecuencia de este cambio, ha sido la necesidad creciente de integrar a las cátedras universitarias los diversos aportes del psicoanálisis, reposicionando el campo de la "salud mental", ubicándose a la proposición psicoanalítica conocida como *Teoría del Desarrollo de las Fases Libidinales* (oral, anal, fálica y genital), como la más conocida y difundida, aunque también la más vulgarizada de la obra de Sigmund Freud. Esta vulgarización se debe, en alguna medida, a aquella práctica docente poco comprometida —al punto de que algunos catedráticos llegan a creer que ese desarrollo es lo esencial de lo que dijo este autor—.

Debe acotarse, en aras de una mayor precisión, que ésta es una teoría evolutiva que puntualiza la sucesión de los *cortes* impuestos a la continuidad vital, es decir, a la corriente del *goce*, por la relación que se da entre el organismo —entendido como cuerpo— y el Otro. Dichos cortes fundan a cada uno de los sujetos en la medida en que obligan a que éstos últimos se *representen* en el campo de la palabra, (renunciando al goce del cuerpo).

Ahora bien, ¿Cómo se logra dicha *representación* subjetiva en el campo de la palabra? No es nada fácil. Es sólo a través de un complejo proceso que consiste en hacer pasar el goce por las *convenciones* que impone la relación con el Otro. Historia por la que la mayoría de los sujetos transitan, y que evoca el proverbio que reza: "la letra con sangre entra". *Letras* inscritas en el cuerpo, bajo la forma de marcas que hacen del cuerpo un *mapa*. Cuerpo mismo donde queda impresa *la historia de la relación con el Otro*. Proponemos una definición provisional: historia humana = historia de sucesión de cortes¹.

De tal forma, si del goce es de lo que se trata, es importante recordar la *declinación* del mismo, que sugiere Braunstein (1990)² en un triple sentido:

1. El goce *dirigido* a la *kliné* (cama). Sin duda, el goce... se va a la cama, (artefacto al que habrá que reconocer como soporte imprescindible de -al menos- dos funciones importantes, una de las cuales, es... dormir). Existe, no obstante, una tercera función. Al enfermarse el sujeto se *encama*, siendo ésta la forma de declinación del goce la que abre el psicoanálisis a una clínica. Esta disciplina es así, en una de sus formas principales, una *clínica* enfrentada al conjunto de manifestaciones del goce, (por lo que muchos psicoanalistas han manifestando cada vez más renuencia, —y han renunciando paulatinamente— a usar el término de *psicopatología*, ligado al campo de la salud, por su tradicional vinculación con el vocabulario y el contexto del modelo médico -en primera instancia-, y psicológico después).³

Así, el hecho de que exista un goce que se va a la cama, asumido desde una clínica donde, correlativamente a lo *real* cuerpo, se considera una historia de cortes que se inscribe bajo la forma de un *texto*, como lo hemos dejado entrever, es lo que constituye el núcleo de la reflexión psicoanalítica lacaniana, tal como se conoce hoy en día. Reflexión que vale la pena retomar desde el campo de la psicología de la salud, trascendiendo la visión reduccionista de un psicoanálisis académico que ha cristalizado a Freud y sus etapas libidinales en mera fórmula de compromiso y "garantía" de consideración de la subjetividad.

2. La declinación del goce como *renuncia*. El goce, como puede suponerse de la incidencia de los cortes indicados, es aquello a lo que debe "declinarse", es decir, *renunciarse*. No obstante, aquello a lo que se renuncia, es algo que —por ser justamente *renunciado*—, queda latente, escondido, esperando el momento de poder manifestarse, de manera tal que aquello que en la terminología psicoanalítica se conoce con el nombre de *represión*, es idéntico al retorno de lo reprimido⁴ (lo que puede ser captado como un fenómeno *objetivo* y *observable* bajo la forma de *formaciones del inconsciente* como lo son los *lapsus*, actos fallidos, síntomas, sueños y chistes).

3° Como *gramática*. Vale la pena recordar, como antecedente, que la clínica psicoanalítica no se hace en una cama cualquiera, sino en esa cama particular que es el "*couch*" del analista. Ahí se declina el goce *en el sentido gramatical*. Se asiste a la renuncia al goce que se produce, a partir de la exigencia de que éste ha de ser "apalabrado" en la situación analítica. De ahí que esta formulación implique *gozar* a través de la exigencia de que el sujeto "diga todo lo que le pase por la cabeza", (aunque parezca desagradable). Así pues, la primera exigencia en un diván de psicoanalista, es la de confrontarse con un goce que *se opone* en la subjetividad.

Este goce retenido deberá ser vertido por el único *embudo* habilitado por la situación analítica que es *la boca* y el *sistema significante*,⁵ (una vez descartada la relación visual como elemento especular entre dos rostros, y obligado el sujeto por la cuestión de tener que hablar al aire, ahí donde no hay nada más que un mobiliario, que... no dice nada). Así, el dispositivo implica una *re-tensión* de la aspiración al goce.

Habrán de aparecer entonces los fenómenos de la *resistencia* y la *transferencia*, tan famosos en el discurso psicoanalítico, que se producen como efecto de la orden superyoica de gozar a través de la *vinculación significativa* —que es la orden que, en su invitación a hablar, formula el psicoanalista al analizante—. Ahí precisamente reaparecerá aquello que está retenido en el modo habitual en que el sujeto formula sus demandas, produciéndose las *re-peticiones* transferenciales, sobre la base no de una regresión, como se dice habitualmente, sino de una *reparición*, es decir de un "salir hacia delante" progresivo.

Esto hace que lo real del goce, como goce del cuerpo, tenga que pasar por lo que Lacan (1972-3)⁶ llama el *semblante*, es decir, lo que viene al lugar de la Verdad, y que Nietzsche (1873)⁷ con más crudeza llama *la mentira*, por el hecho mismo de tener que utilizar un sistema convencional de signos que representan a algo *sin serlo*. Sin embargo, la clínica psicoanalítica no tiene otro camino que hacerlo pasar por la *desnaturalización* "desgocificadora" —dirá Braunstein—, que es... la palabra. Sólo queda su desplazamiento a la *ley del lenguaje*, que es el resultado de la inclusión del sujeto dentro del *orden simbólico*, como consecuencia de la aversión del hecho de que el sujeto está siendo *representado* ante el Otro por un significante fundamental denominado *significante del Nombre-del-Padre*.⁸

Lo que se espera, por lo tanto, de la *función* analítica, es crear las condiciones *cuasiexperimentales* necesarias para que se produzca la filtración del goce (retenido por *represión*) en el *discurso*, bajo la forma de lo que Lacan, (1957-8)⁹ denomina, según se anticipaba en el 2º punto, *formaciones del inconsciente* —que para el autor eran, desde el comienzo, *cumplimientos de deseo*—. No se refería con esto a otra cosa que el goce, como aquella libido que se podía "cumplir", (aunque algunas traducciones hablan de *realización* de deseo, sin que en verdad nada se haga *real*, sino que sencillamente *se cumple*). Esto puede pensarse también como *colmar* el deseo, lo que es lo mismo que la anulación de la falta (a la manera de un vaso que va desplazando su vacío conforme es colmado con líquido).

¿Cómo se anula la falta en el sujeto? A través del *discurso*, donde aparece bajo la forma de *síntomas, sueños, chistes y actos fallidos*, la *realización* del goce que es desconocido para él mismo y que lo sorprende, teniéndose a la *interpretación psicoanalítica* como la posibilidad de *restitución* del *valor de goce* al discurso —allí donde justamente navegaba fuera de la inclusión de los *significantes* dentro de un contexto amplio y coherente—. El goce pasa de contrabando en el lenguaje.

Freud enseña a escuchar el sueño como un *discurso*, pero más allá de eso, muestra luego cómo es que el *discurso...* está construido como un sueño. Es decir que, en el discurso operan los *procesos primarios* de la *condensación* y el *desplazamiento*,¹⁰ haciendo que el goce se halle ahí sorprendido; tomado en lo inesperado de un giro de palabra, encontrando en tal caso el sujeto que existe un goce que... pasa por la palabra. Es decir, el goce tiene que sufrir una metamorfosis *en el lenguaje* para poder encontrar su concreción en la relación con el otro, que es una relación de *discurso*. Así, debe entonces pasar por el *semblante*, es decir *desnaturalizarse*, según se afirmaba.

Es por el proceso que hace de los síntomas *formaciones de compromiso* "entre el *deseo* y la *defensa*" según se dice tradicionalmente,¹¹ —lo que equivale a decir: entre el *goce* y el *sistema narcisístico de la relación* (dado que todo el desarrollo está mediado por el *yo*; mismo que actúa como el elemento que regula la aparición de ese goce)—, que el goce aparece *insertado* allí, *surgiendo de manera inesperada*; de tal forma que utiliza el material de la lengua con la que nos expresamos, —misma que tiene su propia estructura y sus propias reglas—, pero que la usa de una manera particular. Es decir, lo usa como *lalengua*, elementos que Lacan, (1973)¹² reúne en un solo vocablo, para expresar que constantemente *hace* equívoco; que de continuo hace chiste, siendo un *uso* que escapa a toda pretensión codificadora por parte del *Amo* que es el lenguaje; aquel que consagra su obra en un grueso volumen que se llama *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*.

Ese diccionario que es la voz del Amo que codifica los *sentidos*, es constantemente sometido, (aquellos que tengan experiencia analítica habrán de saberlo), a la aparición de significaciones que son particulares, personales; donde los elementos

significantes de la lengua, es decir las *palabras*, son utilizados en función de producir una *importación de goce*, que es lo que permite que Lacan diga que lo que él hizo no era lingüística sino *lingüistería* (ó, incluso como algunos proponen traducirlo, *lingüistéria*,¹³ dado que no deja de ser justamente la histeria la que opera *conversiones*, es decir, la que opera con un proceso que se manifiesta como una relación del sujeto con *lalengua*, dejando en claro que no es la misma relación que tiene el hablante *de la lingüística* con la lengua, sino que por el contrario, es la posibilidad de utilizar *lalengua* con fines de *transferencia de goce*. Eso, en todo caso, es lo que constituye el núcleo de la experiencia analítica, (a diferencia de un psicólogo académico de la salud que utilizará *la lengua* y tratará de captar el *sentido*, la *significación* de las palabras, estableciendo correspondencias entre lo que él va a decir como *interpretación* y lo que el sujeto ha dicho como *discurso*). En resumen, un *psicólogo de la salud* convencional se coloca en el nivel del *sentido*, mientras que lo que caracteriza a aquel que está del lado del psicoanálisis es que se coloca en el nivel del *signo* (que justamente... tiene relaciones arbitrarias).

Existe pues, un "capricho" entre el *significante* y el *significado*. Esta arbitrariedad habrá que tomarla en el sentido de fenómeno *particular*, propio de cada uno, y no de la relación que en el diccionario de la lengua se da como siendo arbitraria *entre un significante y un significado*. Así, la *lalengua*, —que permite las importaciones de goce en el discurso—, es lo que sirve de "carne"¹⁴ del *fantasma*, entendiéndose con esto que el *fantasma*¹⁵ tiene una *materialidad*, —aquella de las escenificaciones fantasmáticas—, bajo una forma que desde Freud se ha aprendido a *con-jugar*¹⁶ y a *declinar* (como en la cuestión de *pegan a un niño*),¹⁷ para encontrar de qué manera en el fantasma se produce la manifestación del goce, al mismo tiempo que la detención del mismo, en tanto que el fantasma hace de barrera; de pantalla *imaginaria* para no ir más allá de un cierto límite en cuanto al goce.

El *fantasma*¹⁸ escenifica la relación del sujeto con el objeto y al mismo tiempo los distancia. Éste tiene un estatuto de "mestizo", según puede entenderse a partir de la lectura de Freud, (1916 -17); *formación de compromiso*¹⁹ que reconoce en el sistema preconscious, pero que *al mismo* tiempo lleva un contrabando de una "sangre negra" del sistema inconsciente —que es relativamente tolerado en el sistema preconscious—, pero que es tolerado de una forma muy particular, porque... el sujeto *se resiste* a su comunicación; tiene un extremo pudor para hablar de su fantasma, (mientras que, por el contrario, habla con toda extensión acerca de su *síntoma*).

Queda pues el fantasma como una "reserva" de goce que... es mestiza; que vaga en la frontera entre preconscious e inconsciente, pero que en el momento en que podría producirse una *realización* del fantasma, aparece la barrera de la *angustia* (como aquello que detiene al sujeto). Detención súbita frente a la posibilidad de un goce que es prohibido. De tal forma, existe cierta tolerancia, siempre y cuando se mantenga como tal. Siempre y cuando... no amenace con *realizarse*. Ahí se establece también la diferenciación clínica entre la *neurosis* y la *perversión*; siendo el lugar donde se ubica la fórmula freudiana de que *la neurosis es el negativo de la perversión*.²⁰

El fantasma aparece así como una *impugnación de la Ley*, —porque si fuese *conforme* a la Ley no tendría porqué ser fantasma y el sujeto no tendría inconsciente—. En tal caso, trasgresión de la Ley, significa que, primordialmente, se *reconoce* aquella Ley que se transgrede. No es la ausencia de la Ley, sino el *reconocimiento* de la misma, *al mismo tiempo que su impugnación, a partir de la forma de una trasgresión*, que se da en el fantasma (como trasgresión *imaginaria*), y que por lo tanto reivindica y refuerza a la Ley, (de la misma manera en que puede afirmarse, por ejemplo, que por medio de un *chiste* —considérense aquellos

que son muy frecuentes: los políticos, en los que se ridiculiza al presidente, al Rey, a la autoridad, al padre etc.—, por medio de esos chistes no se derroca al padre, ni al rey ni al presidente; por el contrario, estos *quedan reconocidos como siendo las autoridades que son*, (en rigor, *los Amos que son*), y su poder se refuerza a partir de esta *liberación transitoria* y sin consecuencias de la *represión*, que es el poder reírse ó burlarse de ellos).

Es este el terreno donde prolifera la *fantasía inconsciente* que tuvo un momento de exploración exhaustiva (dado que es muy poco lo que se ha agregado después), en la obra de Melanie Klein.²¹ Mundo terrorífico el que esta autora denuncia, que subyace en ese supuesto "acuerdo" humano con la realidad. Cabe recordar que en la historia del psicoanálisis hubo una contraposición entre Melanie Klein y Anna Freud (quien representaba, por el contrario de Klein, una vertiente *pacificadora*, educadora, tranquilizadora, negadora de la existencia de esa *locura* de los comienzos de la existencia humana, ubicada en el cuerpo de la madre como escenario de una relación terrorífica de la que el sujeto se repone a lo largo de un proceso difícil de pérdida y de separación que lo lleva a la construcción de un *mundo interno*).

Es asimismo bien sabido que Lacan interpuso, siempre que pudo, su diferencia con respecto al registro kleiniano de un fenómeno tal, en la medida en que precisamente la Sra. Klein *no hacía depender a esta fantasía inconsciente del orden simbólico*, (donde el sujeto ha de ubicarse y donde tiene un lugar *que le preexiste*), sino que la hacía aparecer como el *resultado de la proyección de impulsos instintivos* (no en vano la traducción del *Trieb* por "instinto" alcanza en Melanie Klein su apogeo y produce sus mayores estragos). De tal suerte, lo "instintivo" kleiniano es algo rechazado por la perspectiva lacaniana —donde aparece la primacía del Otro— organizándose la *fantasía*, es decir, el *fantasma*, *por la relación del sujeto con el Otro*, con el deseo del otro, y con el lugar que él viene a ocupar como *objeto* (en el lugar del deseo de ese otro).

1 No es en forma inocente que se plantea humana y no de la Humanidad ; universalidad ésta última, a partir de la cual se han desarrollado aberrantes periodizaciones analógicas en el ámbito de la antropología psicosociológica, sobre el modelo básico de la singularidad freudiana que venimos de abreviar; visión sociológica reduccionista donde ciertamente la subjetividad —como la plantea el psicoanálisis— queda muchas veces desmentida.

2 Cfr . Braunstein, N. "Goce". México: Siglo XXI. 1990.

3 Cfr . Braunstein, N. "Crítica a la clasificación internacional en psiquiatría". En: N. Braunstein, *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México: Siglo XXI. 1988.

4 Cfr . Laplanche J. y Pontalis J. "Retorno de lo reprimido". En: J. Laplanche y J. B. Pontalis. *Diccionario de Psicoanálisis* . Barcelona: Ed. Labor. 3ª edición. 1981. Los autores sintetizan la noción como un: "Proceso en virtud del cual los elementos reprimidos, al no ser nunca aniquilados por la represión, tienden a reaparecer y lo hacen de un modo deformado, en forma de transacción." La idea de que los síntomas se explican por un retorno de lo reprimido se afirma desde los primeros textos psicoanalíticos de Freud. También se encuentra en ellos la idea fundamental de que este retorno de lo reprimido se produce por medio de la "formación de transacción entre las representaciones reprimidas y las represoras".

5 Cfr . Roudinesco, E. *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. 1998. En forma resumida se asegura que para el psicoanálisis, el significante se convierte en el elemento significativo del discurso (consciente ó inconsciente) que determina los actos, las palabras y el destino de un sujeto sin que él lo sepa , y a la manera de una nominación simbólica .

6 Cfr . Lacan, J. [20 de marzo de 1973]. "El saber y la verdad". En: J. Lacan. *El Seminario* . L. 20 (Aún). Argentina: Paidós. 1991.

7 Cfr . Nietzsche, F. [1873]. "Sobre verdad y mentira en sentido extramoral". Madrid: Tecnos,. 1988

8 Cfr . Roudinesco, E. *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. 1998. Roudinesco afirma que la expresión es introducida por Jacques Lacan en 1953, y conceptualizada en 1956, como significante de la función paterna . Es, basándose en la obra de Claude Lévi-Strauss publicada en 1949, *Les Structures*

élémentaires de la parenté , que Lacan sostiene que el Edipo freudiano podía pensarse como un pasaje de la naturaleza a la cultura. Desde ese punto de vista, el padre ejerce una función esencialmente simbólica: nombra, da su nombre, y con ese acto encarna la ley. En consecuencia, si -como lo subraya Lacan- la sociedad humana es gobernada por la primacía del lenguaje, la función paterna consiste en el ejercicio de una nominación que le permite al niño adquirir su identidad.

9 Cfr . Lacan, J. [1957-8]. “Las formaciones del inconsciente”. Buenos Aires: Nueva Visión. 1982.

10 Cfr . Freud, S. [1900]. “La interpretación de los sueños”. En: S. Freud. *Obras completas* . T. V. Buenos Aires: Amorrortu editores. 1988.

11 Cfr . Laplanche J. y Pontalis J. “Neurosis”. En: J. Laplanche y J. B. Pontalis. *Diccionario de Psicoanálisis* . Barcelona: Ed. Labor. 3ª edición. 1981

12 Cfr . Lacan, J. [Clase 11: 26 de Junio de 1973]. “La rata en el laberinto”. En: J. Lacan. *El seminario* . L. 20. (Aún). Argentina: Paidós. 1991.

13 Cfr . Lacan, J. [Clase 2: 19 de Diciembre de 1972]. “A Jakobson”. En: J. Lacan. *El seminario* . L. 20. (Aún). Argentina: Paidós. 1991.

14 Cfr . Lacan, J. [Clase 17: 8 de Mayo de 1963]. En: J. Lacan. *El seminario* . L. 10. (La angustia). Argentina: Paidós. 1991.

15 En 1915, en su artículo metapsicológico dedicado al inconsciente, Freud da una definición del fantasma que confirma sus concepciones precedentes: el fantasma es allí caracterizado por su movilidad; está presente como lugar y momento de pasaje desde un registro de la actividad psíquica a otro, y aparece entonces como irreductible a uno solo de esos registros, el consciente ó el inconsciente. De manera general, Lacan adopta el concepto freudiano de fantasma, pero subraya muy pronto la función defensiva. En el seminario de los años 1956-1957, el fantasma es asimilado a lo que en adelante denomina una “detención en la imagen”, un modo de impedir que surja un episodio traumático. Imagen coagulada, modo de defensa contra la castración, el fantasma es no obstante inscrito por Lacan (diferencia fundamental con la perspectiva kleiniana) en el marco de una estructura signifiante, de modo que no se lo podría reducir al registro de lo imaginario, (lo que constituye su diferencia fundamental con la perspectiva kleiniana).

16 Cfr . Braunstein, N. A. “ Con-jugar el fantasma. (Los enunciados del analista)”. En: N. Braunstein, *La interpretación psicoanalítica* . México: Trillas, 1988, pp. 86-92. Vale la pena recordar la secuencia enunciada por Freud en su artículo de 1919 (Pegan a un niño) en la fantasía del analizante: 1. “El padre pega al niño” (“El padre no ama a ese niño, me ama sólo a mí”); 2. “Yo soy azotado por el padre” (Estatuto inconsciente generalmente); 3. “Un niño es pegado” (el sujeto es espectador).

17 Cfr . Freud, S. [1919e] “Pegan a un niño. Contribución a la génesis de las perversiones sexuales”. En. S. Freud. *Obras completas* . V. XVII. Buenos Aires: Amorrortu editores. 1988.

18 Cfr . especialmente: Lacan, J. [Clase 18: 18 de mayo de 1966]. En: J. Lacan. *El Seminario* . (Seminario 13). Versión hipertextual: InfoBase Freud-Lacan. Folio Views editores. V. 4.1.

19 Cfr . Laplanche , J. y Pontalis, J. B. *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. 1996: (Formación de compromiso o transaccional): “Esta idea de transacción o compromiso se amplió rápidamente a todo síntoma, al sueño, al conjunto de las producciones del inconsciente. Se encuentra desarrollada en el capítulo XXIII de las Lecciones de introducción al psicoanálisis (Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse , 1916-1917). Freud subraya que [los síntomas neuróticos]: “son el resultado de un conflicto [...]. Las dos fuerzas separadas se encuentran de nuevo en el síntoma y se reconcilian, por así decirlo, mediante el compromiso que representa la formación de síntomas. Esto explica la resistencia del síntoma: éste es mantenido desde ambos lados”.”

20 Cfr . Freud, S. [1905]. “Tres ensayos de teoría sexual”. En: S. Freud. *Obras completas* . V. VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1991. A decir de James Strachey esta idea había sido formulada por Freud en esos mismos términos en una carta a Fliess del 24 de enero de 1897 (Cfr . Freud, 1950a, Carta 57), Amorrortu Editores, V. I, pág. 284. Pero ya estaba implícita en las cartas del 6 de diciembre de 1896 y del 11 de enero de 1897 (Cartas 52 y 55), Amorrortu Editores, V. I, págs. 279 y 281. Se le encuentra también en el historial de “Dora”. Acota también que las fantasías que los perversos tienen con conciencia clara (y que en circunstancias favorables pueden trasponerse en acciones), los temores delirantes de los paranoicos (que ellos proyectan sobre otros con intención hostil) y las fantasías inconscientes de los histéricos (que es posible descubrir tras sus síntomas mediante psicoanálisis) coinciden hasta en los detalles en cuanto a su contenido. (Esto ya había sido destacado en *Psicopatología de la vida cotidiana* (Freud, 1901b), Amorrortu Editores, V. VI, pág. 248, n. 28).

De cualquier manera, es este relevamiento de registro que se opera en Melanie Klein sobre la existencia de un sujeto que tendría un comienzo (*contrario a la*

razón) "corrosivo", descuartizador y sofocante; (mundo al que permanentemente puede regresarse y donde es la *construcción* de lo *imaginario*, -como efecto de la relación simbólica con el Otro-), lo que permite encontrar los modos en que el sujeto se *reconoce*, (desconociéndose a sí mismo); escenario donde se produce nuevamente la *declinación del goce*, señalada por Braunstein. Ese goce es animado por un *Superyo* arcaico y feroz, que es, sin lugar a dudas, el *Superyo* de Klein. Frente a esta concepción es que se erige la conceptualización annafreudiana; categorización tranquilizadora que se basa precisamente en el *reconocimiento imaginario* de los *yoes*; en el "acuerdo" que se puede producir en torno a la *realidad*, en la educación de los niños hacia un buen y claro sentido de la misma, con una "correcta" representación de sí mismos, (de lo que luego habría de ser llamado el *self*).

Este último concepto, si bien podría rastrearse hasta Freud, no aparece como una categoría con importancia teórica en el psicoanálisis sino a partir de las puntualizaciones de Heinz Hartmann,²² particularmente a partir de los años '60, junto con aquellos autores que constituyen la corriente en la que se embarcó una buena parte del movimiento psicoanalítico oficial (Donald Woods Winnicott y Heinz Kohut). Se propone ahí el estudio de la producción de relaciones entre la *imagen* que el sujeto tiene de sí mismo (como *self*), misma que habrá de permitirle una "buena" relación con *el* objeto.

El objeto será tomado entonces también como objeto *de la realidad* -y no como el objeto perdido lacaniano-; será un objeto que cualquiera encuentra alrededor; al que puede verse *sin distorsiones* y que establece un vínculo afectivo, erigiéndose la introyección de la tríada de: a) la representación del *self*, b) la representación del *objeto* y c) la representación del *vínculo afectivo* que tiene con el objeto, como aquello que permitiría la *integración* del mundo objetual del sujeto en una *imagen unificada* de sí misma que solventaría las *escisiones*; los *splittings* que se producirían como *accidentes* en el desarrollo, a consecuencia de la falta de una madre "suficientemente" "buena" que se haga cargo de las necesidades emocionales de su hijo.²³

A partir de esta plataforma desviada se concibe que el problema más importante en el psicoanálisis *no es el del conflicto* (como sucedía en los partidarios de la corriente psicoanalítica más tradicional, no pensando fundamentalmente en Freud sino en sus sucesores, particularmente en los representantes de la llamada *Psicología del yo*).

Los psicólogos del *Yo* ponían el eje en el *conflicto*, pero los nuevos teóricos del *self*, lo pusieron en el *déficit*. Luego entonces, la función del analista en los tiempos en que se ponía el énfasis en la *culpa* y en el *conflicto* era la *interpretación* de la estructura edípica y de las fantasías relacionadas con ella, para que el sujeto "corrigiera" sus situaciones transferenciales y llegase a una comprensión de su lugar y, por lo tanto, la vía por la que se comprometía el psicoanálisis en esos tiempos (fundamentalmente en los años '40 y '50, años de auge del psicoanálisis en los Estados Unidos de Norteamérica, bajo la corriente de la Psicología del Yo), es reemplazada por una concepción donde lo dominante es la idea del *déficit*, (y por lo tanto el psicoanalista tiene la función no de *interpretar* el conflicto, sino de *restaurar* el *déficit*), lo que lo llevará a entregarse *empáticamente* al analizante en una relación *interpersonal* y cálida, para "restaurar" el "déficit" que se produjo por la falta en el momento adecuado, de una madre simplemente *buena*. Posición teórica que encontró mucho eco en la psicología de la salud en determinado momento.

El psicoanalista de tal manera, no está colocado en el lugar de un padre que introduce dentro de un orden simbólico, sino en el de una madre *restaurante*, (así

se llama la obra principal de Kohut: *La restauración del self*,²⁴ siendo el psicoanalista un sujeto *restaurante*. Tendrá, por lo tanto, que dar la "buena leche" (en lugar de la "mala leche" que el sujeto recibió). Esto es presentado como un *nuevo comienzo* para el psicoanálisis; un nuevo modelo en la historia del psicoanálisis.

Kohut afirma que, con su psicología del *self*, ha creado una nueva "ciencia" y le ha dado nueva vida a una antigua. En su oportunidad se aferra, con pocos miramientos, a la aportación de Khun,²⁵ para confirmar que ha traído un nuevo *paradigma* del psicoanálisis, habiendo ahora una manera inédita que vino a sustituir a la vieja manera freudiana de ver el psicoanálisis. Los que son lúcidos, frente a esto no dejan de hablar de una nueva regresión teórica (y si uno se pone a estudiar la historia del psicoanálisis encuentra que esta concepción *no difiere para nada de la Psicología de Alfred Adler*,²⁶ es decir que esta "nueva" ciencia no es nada más que un retorno... a Adler, que es precisamente aquello con lo que Freud luchó toda su vida), porque era un retorno a aquello contra lo que se erigía una psicología del inconsciente en su debido momento, es decir contra la Psicología de un *in-dividuo*, "integrado", "armónico", "sin escisiones con la realidad" y que funciona *adecuadamente; adaptadamente* dentro de un contexto que percibe *perfectamente*. La meta de los psicoanalistas que se pusieron al servicio de esta ideología científicista y que arrastraron en su carrera a la psicología de la salud, era una captación *total, perfecta y adecuada* de la *realidad*. (Sobra decir que, por supuesto, un psicoanalista sabe que es esa *la misma realidad de la que el sujeto ha de librarse*).

La anterior es una digresión necesaria porque, en los primeros años del siglo XXI, es importante que los psicoanalistas lacanianos critiquen, -si han de hacerlo con la razón en la mano- a su otro, pero concibiéndolo con verdadera existencia, y que no estén repitiendo las críticas que, hace 50 años, Lacan hizo al otro que en aquel momento tenía existencia que era el de la Psicología del yo. Estos autores llamados "freudianos" (por *annafreudianos*, o porque toman algunas formas de Freud del Esquema del psicoanálisis de 1938), podría pensarse que son una especie en vías de extinción. Se han muerto, y... no han dejado descendencia; porque precisamente los analistas nuevos en la IPA²⁷ adoptaron luego la teoría de las relaciones objetales²⁸ que apareció como la nueva forma en que se presentaba el psicoanálisis en la década de los '80.

Se tiene así que el goce que se verbaliza, pasando por el *embudo* de la palabra, toma cuerpo a través del *discurso*. Es decir, que se tiene que tratar de recuperar el goce perdido, por medio del discurso, lo que implica el pasaje por la Ley, (que es la Ley del Otro, es decir por la *castración*). El discurso, por lo tanto, es la manera en que se metaboliza el goce, mismo que es la materia prima, donde el inconsciente actúa como una banda de transmisión que lo toma como tal, transformándolo en un producto determinado que es *discurso*.

Entre goce y discurso está el inconsciente, que tiene que hacer el pasaje; lo que implica la traducción del goce en términos de lenguaje. El inconsciente es un proceso que -a través de la condensación y el desplazamiento- descifra el goce, tomándolo como la materia prima que va a trabajar, para llevarlo a un plano diferente que es el plano del discurso.

La palabra articulada tiene entonces la función de hacerse cargo del goce, de dejarlo pasar y, al mismo tiempo, de controlarlo; de regular y cumplir su función termostática, interrumpiéndose el momento en que podría producirse un exceso. La función anterior podría traducirse a la imagen de un *diafragma*, que desde su etimología implica la función de intercepción. La palabra tiene que realizar la

función de intercepción del goce para que éste último no inunde y destruya al aparato psíquico, y al mismo tiempo tiene que dejarlo pasar regulando su flujo. El *embudo* es también la manera de crear una imagen que permita suponer el cuidado por el no derramamiento del goce, volcándose sin una canalización que lo haga útil o propicio para algo.

Ahora bien, es justamente esta *función de la palabra*, función ambigua la que debe permitir e impedir, a la vez.²⁹ Función análoga a la de un fármaco que sólo cura en la medida en que se use en las dosis adecuadas, pues más allá de eso es, al mismo tiempo... el veneno. Dice Lacan (1972), textualmente: "el significante es la causa del goce [...]",³⁰ y también dice: "el significante es lo que hace alto en el goce [...]",³¹ porque del goce sólo podemos saber por la palabra.

La función de *diafragma* se ilustra por el hecho de que en la clínica es factible que el psicólogo de la salud se tope con que el diafragma del goce no existe, o está destruido, teniéndose entonces a las *psicosis*, donde el cuerpo se presenta como un cuerpo gozante colocado totalmente fuera del intercambio con el Otro y del discurso. Está, en el otro extremo, la situación de la *neurosis*, donde el goce está prohibido para el sujeto, porque todo lo que evoca el goce lo hace huir espantado y poner en funcionamiento los llamados *mecanismos de defensa* que son las barreras contra el goce. Se tiene, en tercer lugar, la situación de las *perversiones*, en donde aparece una fijación de este diafragma que es una pérdida de elasticidad -como se le exige a una pupila que sea elástica para que en la obscuridad se abra y permita la entrada de más luz, pero que correlativamente, si hay mucha luz se cierre y permita la entrada de poca luz, para que las imágenes puedan tener una distinción clara y nítida-. Es esa la función que tiene el diafragma, lo que permite hacer uso de la analogía para comprender la función de la palabra tal como se pone a funcionar en la situación analítica en la que el sujeto es relajado -tomando como paradigma y como base a la neurosis. Algo similar a una contractura, es decir a un *espasmo* del diafragma de la palabra, creándose las condiciones propicias en la situación *transferencial* con la distensión propia de la situación analítica, sabiendo que no hay otras intervenciones más que las de la *palabra* que se hacen ahí, quedando colocado el sujeto en una situación de distensión muscular sobre una cama y con la seguridad primordial de que nada de lo que él produzca va a ser utilizado contra él o de modo indiscreto, produciéndose paralelamente las condiciones propicias para la relajación del diafragma del goce, y para que ese goce -que normalmente retiene y reprime-, pueda emerger y ser trabajado como la *verdad* del sujeto que él desconoce.

En igual forma, el *significante* es, según se cita a Lacan, lo que le pone alto al goce y correlativamente lo que lo pone en marcha, es decir, la *causa* del goce; sirviendo entonces la función de la palabra para vehiculizar el goce (como goce del cuerpo). Nos permitimos recurrir a una imagen que utiliza Lacan en su seminario 20, cuando dice que, además de las dos sustancias de las que hablaba Descartes, la sustancia "extensa" y la sustancia "pensante", (*res extensa* y *res cogitans*), había que concebir una tercera sustancia, que es la sustancia *goce*. Para transmitir esto no se tiene analogía más explícita y más clara que la de una computadora que es un artefacto muy familiar para todos. ¿En qué consiste; de qué está hecha y cómo funciona una computadora? De dos cosas, nos dicen los cibernéticos: tiene un cuerpo, (que es esa cosa que pesa diez kilos, que se vende en las tiendas, que es una cantidad de plásticos, conexiones, alambres, transistores, etc.; cuerpo que los cibernéticos llaman su *hardware*). Es decir, su sustancia *dura*, su cosa sólida. Cosa sólida que podemos comparar con la sustancia *extensa* de Descartes. Es esa cosa insulsa, totalmente frívola que es la máquina, la computadora como máquina. Esa cosa simple; cantidad de materia que si se cae sobre la alfombra puede desgarrarla, *hardware* totalmente torpe, puede funcionar de una manera determinada, si le introducimos determinados *programas*. Es decir, que son los

programas los que le permiten una utilidad, aunque hay que tener en cuenta primordialmente que ese hardware no se ha hecho al azar; ese hardware es ya una creación del *significante* que lo ha producido como tal, es un producto de la industria, es una mercancía y tiene una organización que depende de un plan y un proceso, como esa cosa *bronca* que es, pero no por eso es menos una cosa *en bruto*. Ese hardware no funciona si no se le pone un *software*, si no se le pone una cosa que no tiene peso, que es "blanda" como lo dice su nombre, que es un programa. Tiene un cierto soporte material, pero no es esto lo que importa, sino la *composición del significante* que hace que sea *aplicado* -este software, a su vez, si no está dentro de una computadora no produce ninguna operación tampoco- pero que, aplicado en el lugar correcto y de manera que sea compatible con el equipo de hardware, permite el funcionamiento de esa máquina. Tenemos ahí el *pienso* (sin el *soy*) del *software*, y el *soy*, (sin el *pienso*) del *hardware*. Cuando los ponemos y los acoplamos de manera adecuada, entonces se producen todos los procesos que son equivalentes a los procesos de pensamiento que pueden permitir la utilización de una computadora. Tenemos el *hardware* y el *software*. ¿Qué le falta a la computadora? Se conocen algunas de las discusiones sobre la Inteligencia Artificial, (por ejemplo, si podrá igualar la inteligencia humana o si no podrá hacerlo -ahora todo parece indicar que sí, que la puede igualar, y que la va a superar también, porque no tiene los límites que los humanos tenemos-). Para cualquier cosa que sea del campo del cálculo, tiene la posibilidad de acumular información, de conectarla, de calcularla, de sacar conclusiones; es virtualmente infinita, mientras que los hombres no tenemos capacidades infinitas.

Los humanos no somos solamente cuestión de hardware y software, sino que está el asunto del goce; el goce como *esa cosa* que no sirve para nada; que viene a importunar, encontrándosese de tal manera en los procesos del pensamiento; como lo que lleva al sujeto a equivocarse y a persistir en el error, (mientras que una máquina es inteligente porque aprende de sus propios errores y sabe corregirlos). Los humanos tenemos tendencia más bien a repetir, animados por la *compulsión de repetición*.³²

¿Qué es lo imposible de colocar dentro de un equipo hecho de hardware y de software? La sensibilidad. La manera en que nuestro cuerpo *reacciona* frente al *significante*, y que no es la fuente de nuestra *generalización* sino la fuente de nuestra *particularidad* y en última instancia, es la fuente de... nuestro fracaso.

Es importante tomar en consideración la cuestión de la *sustancia* gozante, que es el resultado de una *interferencia*, de algo que no anda, entre el proceso de pensamiento puro -que querría la Inteligencia Artificial- y el funcionamiento corporal puro que podemos encontrar, por ejemplo, en el árbol o en la ostra. Esta inclusión dentro del sistema del lenguaje, dentro del sistema del Otro (que hace un otro de nuestro propio cuerpo, y que nos coloca en la situación de una *división interior*, misma que ningún psicoanalista *restaurante* va a salvar entre el pensamiento y el Ser). Es allí donde se produce este fenómeno inesperado que es el del goce.

He aquí justamente lo que hace que el campo científico se reduzca a lo que puede ser trabajado de una manera lógica y razonable por una computadora. Es lo que hace por lo tanto que, si un estudiante de psicología quiere hacer una tesis sobre el tema del *amor*, estará vedado porque, o lo reduce a datos que puedan alimentar a una computadora (por ejemplo, hacer una encuesta acerca de las edades que tienen los novios, o la frecuencia con la que tienen relaciones sexuales o cualquier dato de esa naturaleza), o no será "objetivo", reemplazándose el pensamiento del estudiante por el trabajo y el funcionamiento de la computadora, el tema será "científico" y por lo tanto, digno de ser investigado y estudiado. Pero, si se quiere

hacer valer la función subjetiva, esto lleva a un plano donde la investigación resulta imposible de reproducir, es decir de "objetivar", y por lo tanto, imposible de ser presentada decorosamente como una tesis en la Facultad de Psicología. De modo que el estudiante tendrá que elegir los temas de tesis que puedan ser *objetivamente* estudiados, y rechazar aquellos que incluyen esa vertiente subjetiva que pertenece a otra dimensión de la experiencia.

Consideramos que lo anterior es importante para el campo de la Psicología de la Salud, porque permite nuevas formas de aproximación a la clínica. Aproximación que no es desde una forma especulativa, exterior o teórica, sino precisamente como una manera de *decidir* acerca de la posición más correcta del investigador frente a la palabra que se enuncia. Posición que habrá de manifestarse en última instancia en la *intervención* analítica, (a través de aquel dispositivo que debe facilitar la emergencia del goce, estableciendo de igual forma límites al mismo, en la medida en que éste pueda hacerse insoportable o intolerable).

A partir de aquí puede vislumbrarse una nueva perspectiva de lo que es factible potenciar en el acto de intervención de la Psicología de la Salud, al reintroducir las estructuras subjetivas excluidas por los afanes científicos de un positivismo, necesario para el logro del afán principalmente político de garantía de cientificidad. Hay, por lo tanto, una nueva organización posible para los artificios de investigación de la Psicología de la Salud, que puede concebirse ahora como dotada de un nuevo tipo de racionalidad, con relación al goce y con una situación paradigmática del surgimiento del psicoanálisis, donde el acceso al goce en los pacientes neuróticos, está trabado por mecanismos *palabreos*, (*lenguajeros* si se quiere) que impiden su exteriorización.

Se tiene una nueva alternativa en que las intervenciones en Psicología de la Salud aparecerán dotadas de una dimensión ética, que es precisamente la de la posibilidad de que la demanda del sujeto, consistente en enunciar que no puede gozar, (imaginando que el mundo está prohibido para él, habiendo procesos más fuertes que él que le impiden el acceso al goce y que hacen que ese goce lo experimente de manera subjetiva bajo la forma de síntoma), se traduzca y experimente una transformación a través del proceso de *apalabramiento*.

Referencias

Braunstein, N. (1988). Crítica a la clasificación internacional en psiquiatría. En: N. Braunstein, *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México: Siglo XXI.

Braunstein, N. A. (1988). *Con-jugar el fantasma*. (Los enunciados del analista). En: N. Braunstein, *La interpretación psicoanalítica*. México: Trillas. Braunstein, N. (1990). *Goce*. México: Siglo XXI.

Braunstein, N. (1991). Freud desleído. En: N. Braunstein, *et. al. La cosa freudiana*. Mexico: Siglo XXI Editores.

Freud, S. [1900] (1988). La interpretación de los sueños. En: S. Freud. *Obras completas*. T. V. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. [1905] (1991). Tres ensayos de teoría sexual. En: S. Freud. *Obras completas*. V. VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. [1919e] (1988). Pegan a un niño. Contribución a la génesis de las perversiones sexuales. En: S. Freud. *Obras completas*. V. XVII. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Isaacs, S. [1952] (1962). Naturaleza y función de la fantasía. En: S. Isaacs. *Desarrollos en psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed. Hormé.

Khun, T. (1983). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica. 5ª. Reimpresión.

Kohut, H. (1989). *La restauración del sí mismo*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Lacan, J. [1957-8]. (1982). *Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Lacan, J. [Clase 17: 8 de Mayo de 1963] (1991). En: J. Lacan. *El seminario*. L. 10. (*La angustia*). Argentina: Paidós.

Lacan, J. [Clase 18: 18 de Mayo de 1966]. En: J. Lacan. *El Seminario*. (Seminario 13). Versión hipertextual: InfoBase Freud-Lacan. Folio Views editores. V. 4.1.

Lacan, J. [20 de marzo de 1973]. (1991). El saber y la verdad. En: J. Lacan. *El Seminario*. L. 20 (Aún). Argentina: Paidós. 1991.

Lacan, J. [Clase 2: 19 de Diciembre de 1972]. (1991). A Jakobson. En: J. Lacan. *El seminario*. L. 20. (Aún). Argentina: Paidós.

Lacan, J. [Clase 11: 26 de Junio de 1973]. (1991). La rata en el laberinto. En: J. Lacan. *El seminario*. L. 20. (Aún). Argentina: Paidós.

Laplanche J. y Pontalis J. (1981). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Ed. Labor. 3ª edición.

Nietzsche, F. [1873]. (1988). *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral*. Madrid: Tecnos.

Roudinesco, E. (1998). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

21 Cfr . Isaacs, S. [1952]. "Naturaleza y función de la fantasía". En: S. Isaacs. *Desarrollos en psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed. Hormé. 1962.

22 Hartmann la utilizó por primera vez en 1950, en el marco de la Ego Psychology, para diferenciar el yo como instancia psíquica (en inglés ego) respecto del sí-mismo como propia persona, la noción del self (sí-mismo) fue a continuación empleada para designar una instancia de la personalidad en sentido narcisista: una representación de uno mismo para sí mismo, una investidura libidinal de uno mismo.

23 En lo esencial hemos seguido las puntuaciones desarrolladas por Néstor Braunstein, en: Braunstein, N. "Freud desleído". En: N. Braunstein, et. al. *La cosa freudiana*. Mexico: Siglo XXI Editores. 1991.

24 Kohut, H. "La restauración del sí mismo". Buenos Aires: Ed. Paidós. 1980.

25 Cfr . Khun, T. "La estructura de las revoluciones científicas". México: Fondo de Cultura Económica. 5ª. Reimpresión. 1983.

26 Cfr . Braunstein, N. 1991. Op cit.

27 Cfr . Roudinesco, E. *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. 1998. La autora confirma en

este texto, que la I.P.A. fue fundada el 30 de marzo de 1910 en Nuremberg por Sandor Ferenczi y Sigmund Freud. Operó con la sigla IPV hasta 1936, fecha en la cual la casi totalidad de los psicoanalistas de la Europa continental se exiliaron en Gran Bretaña y los Estados Unidos. Adoptó entonces la lengua inglesa, y con ella el nombre oficial de International Psychoanalytical Association (IPA). A partir de 1945 se generalizó la sigla inglesa IPA en el seno de todas las sociedades psicoanalíticas asociadas a la institución, con la excepción de dos sociedades francesas: la Société psychanalytique de Paris (SPP, 1926) y la Association psychanalytique de France (APF, 1964). Estos dos grupos se negaron a reconocer la validez de una sigla inglesa, y ganaron el privilegio de emplear una sigla francesa: API (Association psychanalytique internationale).

28 La expresión "relación de objeto" puede desorientar al lector que no se halla familiarizado con los textos psicoanalíticos. Objeto debe entenderse en el sentido específico que posee en psicoanálisis en expresiones tales como "elección de objeto" y "amor de objeto". Es sabido que también una persona es calificada de objeto, en la medida en que hacia ella apuntan las pulsiones; no hay en ello nada de peyorativo, nada especial que implique que a la persona en cuestión se le niegue la cualidad de sujeto. Por otra parte, la palabra relación debe tomarse en su sentido pleno: se trata, de hecho, de una interrelación, es decir, no sólo de la forma como el sujeto constituye sus objetos, sino también de la forma en que éstos modelan su actividad. Dentro de una concepción como la de Melanie Klein, esta idea todavía ve reforzada su significación: los objetos (proyectados, introyectados) ejercen literalmente una acción (persecutoria, aseguradora, etc.) sobre el sujeto.

29 Como la lengua de Esopo, cuando le pedían que fuera al mercado y trajera lo mejor que pudiera y, traía lengua, y luego se le pedía que trajese lo peor, y... también traía lengua, dado que se le podía usar para lo mejor y para lo peor.

30 Cfr. Lacan, J. [Clase 2: 19 de Diciembre de 1972]. "A Jakobson". En: J. Lacan. El seminario. L. 20. (Aún). Argentina: Paidós. 1991.

31 Lacan, J. Op. cit.

MODELOS DE PREVENCIÓN APLICADOS A LA CONDUCTA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

Constanza Londoño Pérez
Universidad Nacional de Colombia

La Psicología como ciencia de la conducta que retoma la visión multicausada de la misma, se inserta en el campo de la prevención para desarrollar teorías explicativas de los eventos y estrategias aplicadas para generar cambios en beneficio de la salud del individuo y de la sociedad en general; es decir, que ésta disciplina enfoca su acción hacia la población y los agentes de prevención para dotarlos de recursos conceptuales y de intervención que les permita llevar a cabo su papel exitosamente (Colegio Oficial de Psicólogos España, 1998). El consumo de alcohol es un problema complejo y su abordaje debe partir del análisis de las razones que tiene el sujeto para consumir, en relación con un estilo de vida, determinado por el contexto y el ambiente en el que se mueve; así como identificar los daños presentes como consecuencias inmediatas producidos por los abusos en el consumo de SPA, y aquellos daños como consecuencias a largo plazo, que en ocasiones debido a su aparición tardía, no se relacionan con la ingesta de estas sustancias; todo ello para formular teorías que den verdadera explicación al fenómeno del consumo y el abuso en el caso del alcohol.

Consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes

En el caso de las instituciones universitarias, se enfrentan al aumento desmesurado en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), especialmente de las consideradas legales: cigarrillo y alcohol (Informe RUMBOS, 2000; DNE 1999- 2000) consideradas puerta de entrada al consumo de las llamadas drogas ilegales (BED - 2000). Sustancias que por su accesibilidad en ubicación y costo se han convertido en parte de la vida universitaria de los jóvenes; condición que ha determinado la dificultad de involucrar a esta población en actividades preventivas diseñadas y programadas por los profesionales encargados de poner en marcha dichos planes. De acuerdo con el sondeo realizado por el Programa RUMBOS (Colombia, 1999-2000), las estadísticas de consumo de alcohol alcanzan el 80% de la población adolescente en Colombia y el 82% en Bogotá, ingesta estrechamente relacionada con accidentes de tránsito en más del 50%, muertes violentas 52%, en suicidios 42% (Pérez, 1999), embarazos no deseados, transmisión de ETS, asaltos sexuales, dificultades académicas, síntomas físicos negativos a corto plazo (Cooper, 1999) y con dificultades familiares, problemas de memoria, cáncer hepático, de estómago, de garganta y de la cavidad oral, a largo plazo (Holland, 1992).

Respecto de la conducta sexual se ha confirmado que, aunque provoca el deseo, disminuye la ejecución (Julián, 1998); es decir, que aumenta la probabilidad de que los adolescentes tengan mayor frecuencia de relaciones coitales bajo efectos de esta sustancia, ya que se ve afectada su capacidad para tomar decisiones debido al efecto del etanol en el SNC. Además, ha sido estrechamente relacionado con el aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular, disminución del colesterol benigno y aumento en la presión arterial (BED- 2001a).

Lo anterior determina que el consumo de alcohol se constituya en un problema de salud pública pues reporta la mayor relación con índices generales de morbilidad y mortalidad en el país. Por tanto la situación actual de consumo de alcohol en

jóvenes universitarios merece atención inmediata y eficaz, si se desea construir un futuro más prometedor en términos de salud para esta población y sus futuras generaciones; como se reconoce en el Plan de Atención Básica del Distrito 2001 (BED-2001b, Bogotá). Ofrecer verdaderas respuestas ante esta situación implica, sin lugar a duda, ahondar en estudios que lleven a la real comprensión del fenómeno de consumo, la creación de modelos explicativos, y el diseño de programas de intervención que respondan a las necesidades de diversas poblaciones. Todo para lograr que las acciones en prevención estén sustentadas en modelos teóricos y conceptuales consistentes, concordantes con la visión multicausal de la salud que la OMS propone (1997).

Dejar de consumir alcohol o reducir su consumo hasta medidas favorables, conduce entonces a la posibilidad de construir una sociedad menos violenta, más segura, más planeada; a que se constituyan familias bajo decisión no presionada por embarazos no planeados, a controlar el contagio de ETS, entre otras muchas ganancias sociales derivadas. Posibilidad que se da a partir de la capacitación de nuevos profesionales dedicados a la investigación, diseño e implementación de estrategias de prevención y promoción que sustenten la actividad cotidiana de psicólogos y agentes de salud de las comunidades educativas, que hasta ahora observan con gran preocupación cómo, a pesar del aumento de programas dirigidos a disminuir los riesgos de enfermar, sigue agravándose la situación problema. Estas circunstancias hacen pensar que los esfuerzos dirigidos a afrontar el problema del consumo de alcohol en jóvenes, goza de muy baja efectividad (Fernández-Ríos, Cornes y Codesino, 1999) y por consiguiente, aparece el interrogante sobre cómo se han desarrollado tales modelos, su sustento teórico y primordialmente, la necesidad de conocer cuáles son las razones para que, a pesar de que los individuos reconocen las dificultades relacionadas con el consumo de alcohol, no modifiquen su comportamiento.

Desde hace más o menos 15 años, se observa un importante desarrollo de investigaciones en torno a la creación y fortalecimiento de modelos psicosociales de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. El fruto de este trabajo se expresa, entre otras, en la aparición de dos grupos de modelos. En primera instancia se encuentran los llamados modelos cognitivos sociales que centran su atención en la relación entre las cogniciones adquiridas a través de procesos de interacción social y las conductas de salud; y, en segundo lugar, los modelos por etapas sustentados en la afirmación de que los cambios comportamentales ocurren en una dimensión temporal y en etapas sucesivas.

A pesar del esfuerzo de los psicólogos de la salud dirigido a ofrecer modelos más eficaces, se presentan tres grandes dificultades:

1. La concentración de la investigación en uno u otro modelo, sin realizar comparaciones de eficacia que permitan tomar decisiones más acertadas en términos de prevención – promoción o dirigidas a determinar el componente activo de cada modelo.

2. La práctica en salud, especialmente en Colombia, dirigida a la población joven en su gran mayoría se construye a partir de la experiencia, acción que conlleva gastos económicos elevados y baja efectividad de los programas de salud ofrecidos a esta población. Situación que ocurre de manera dramática en gran parte de las instituciones de educación superior en el país. Cabe anotar que unas pocas instituciones realizan un esfuerzo importante para que sus acciones estén orientadas por modelos preventivos e investigación diagnóstica acerca de cómo estos actúan en la población a la que se dirigen (Díaz, Hernández, Londoño, Quiróz y Reyes, 2000).

3. Las oportunidades de formación en salud que están dirigidas a Psicólogos en Colombia, se reducen a seis o siete programas de postgrado, cuyo énfasis principal está dirigido a la Salud Ocupacional y la administración de instituciones prestadoras de servicios de salud.

El camino a seguir implica, en primer lugar, el fomento de investigación en este sentido que puede adquirir mayor fuerza si se amplía la formación ofrecida en postgrados en el campo de psicología y salud, que proyecte la producción hacia la implementación de programas de prevención y promoción más sólidos y eficaces para garantizar el buen uso de los recursos en la construcción de una sociedad con mayor calidad de vida.

Postular un modelo teórico a partir de la observación no implica que éste sea verdadero y preciso, es tan solo una aproximación explicativa de un fenómeno y de las variables relacionadas, por tanto es necesario investigar y analizar las condiciones estructurales del mismo, evaluar si sus postulados tienen consistencia y si es aplicable a situaciones reales que lo confirmen o generar modificaciones para hacerlo más preciso en términos de su valor explicativo. En prevención se han postulado diversos modelos teóricos que intentan explicar cómo y por qué una persona se enferma o cambia conductas para lograr mayor bienestar, pero en gran parte de los casos, la sustentación teórica se hace a partir de estudios correlacionales entre una variable y la conducta de riesgo o la modificación de la misma, en los que se discute la significancia de la correlación, mas no se describen el tipo de relaciones y la causalidad entre varios factores simultáneamente como lo amerita una visión multicausal de los eventos de salud.

Es necesario elaborar programas de prevención basados en modelos teóricos más sólidos, sustentados a través de un proceso amplio de investigación; el problema reside en que muchos de los programas mezclan elementos de teorías incompatibles que hacen difícil encontrar una clara explicación sobre cómo actúa, en qué población y cuál es el componente activo de los mismos. Muchos de los programas preventivos son ateóricos (Werch, Meers y Hallan, 1992) o corresponden a posiciones teóricas eclécticas que mezclan componentes de modelos diametralmente opuestos o poco concordantes, por ejemplo, el modelo Transteórico de Prochanska, que posee buena validez empírica, de acuerdo con la revisión llevada a cabo de los estudios publicados en los últimos cuatro años que muestran su efecto positivo en múltiples intervenciones con éxito en la predicción del cambio en cesación de fumar y control de HTA, reconociendo que adquiere mayor valor predictivo de acuerdo con la etapa en la que esté la persona (Shwarzer y Fuchs, 1996; Cumbens y Mac Pearson, 1996; Nutbean y Harris, 1998; Norcross, Prochaska y Diclemente, 2001), cabe anotar que se encuentran muy pocos estudios que describan el modelo (Prochanska, 1997; Flórez, 2000a; Flórez, 2000b) y en general, no evalúan su consistencia teórica, hecho que indica la posibilidad de que goce de una muy baja validez en este sentido.

La teoría entonces toma cada vez más un papel preponderante en el diseño de programas de prevención sólidos y con balance adecuado de los costos y los beneficios; no hay duda de que la evaluación de la consistencia de los modelos y su prueba empírica constituirán elementos indispensables en el desarrollo de propuestas en prevención, especialmente cuando los gastos por este concepto aumentan cada año sin alcanzar mayor eficacia y efectividad. Además, es necesario sustentar la inclusión de A o B componente y precisar su papel en el proceso preventivo, para que el modelo teórico pueda describir con claridad la relación entre las variables incluidas referidas a un tipo de conducta específico. Donaldson, Grahan y Hansen (1994) afirman que cuando se dispone de una teoría que sustenta la acción en prevención, existen seis ventajas que invitan al estudio juicioso de la

consistencia de modelos ya propuestos o de sus combinaciones en busca de efectividad:

1. Permite identificar variables, cuándo y cómo medirlas.
2. Facilita el control de fuentes de varianza consideradas extrañas.
3. Da al investigador información acerca de aspectos potencialmente importantes o interacciones inesperadas entre variables.
4. Permite distinguir entre la validez teórica y la validez práctica o de implementación (validez empírica).
5. Orienta sobre el procedimiento estadístico a utilizar en la evaluación del modelo y su eficacia.
6. Aporta a la generación de conocimiento acumulativo sobre cómo, cuándo y con quién funciona el programa.

En la evaluación del grado de influencia de los elementos que hacen parte de la teoría de la prevención, se encuentra que en algunos casos se ha sobreestimado la acción de ciertos componentes, en los años 60-70 se dio demasiada importancia al conocimiento y la información sobre las consecuencias de un tipo de conducta. En los 70-80 se enfatizaba en la importancia de los elementos afectivos relacionados con el desarrollo personal y en los 80-90 las explicaciones se centraron en las habilidades sociales y las de resistencia (Becoña, 2000).

Actualmente se sabe que existe interdependencia entre diversas variables, pero no se ha determinado claramente en qué medida se dan las relaciones; como tampoco la consistencia de modelos propuestos que las incluyen. Pensar en el peso causal de cada una de estas variables implica dedicar tiempo al análisis de la consistencia de los modelos teóricos para identificar en realidad cuáles de esas variables y en qué medida juegan un papel determinante en la prevención en general, y en específico del consumo abusivo de alcohol. Cabe anotar que muchos de los componentes propuestos en los modelos pueden ser complementarios, ya que se ha demostrado que por aparte tienen un efecto importante en la adquisición de la conducta saludable y que al ser combinados podrían potenciarse unos a otros sus efectos. La buena sistematización de estas experiencias permite la adopción de las mismas en los programas preventivos o sencillamente dejarlas de lado para trabajar en la construcción de nuevos modelos teóricos sólidos, validados empíricamente, aplicables a la solución de problemas específicos.

Tal como se aprecia en el cuadro 1, entre los modelos que han demostrado mayor poder predictivo respecto de la intención de emitir una conducta y el cambio en sí mismo, se encuentran el modelo de Autoeficacia (MA), la teoría de la acción planeada (TAP), el proceso de adopción de precauciones (PAP) y el modelo transteórico (MTT); no obstante, como ya se anotó, los hallazgos no son concluyentes y en limitadas ocasiones han sido aplicados al mismo problema y comparados, de tal manera que se permita establecer los alcances de cada uno y a partir de los resultados, orientar la decisión de instituciones encargadas de la escogencia del modelo.

Los estudios meta-analíticos son realmente reducidos, en la revisión de las principales publicaciones científicas se encuentra casi exclusivamente un meta-análisis sobre los modelos de etapas, observando que su uso no es exclusivo para la cesación de fumar si no que se extiende a un sinnúmero de conductas no saludables; no obstante, se anota que las etapas de cambio no son constantes entre los diversos problemas y que los resultados en abuso de sustancias no son consistentes a través de los estudios revisados (Rosen, 2000).

Tabla 1 - Cuadro resumen, aplicación y eficacia de los modelos de prevención, realizado a partir de la revisión de Norman y Conner, (1996) y otros documentos que aparecen en las publicaciones de la APA en los últimos 10 años.

Modelos Cognitivos Sociales	Aplicación	Resultados
Modelo de Creencias en Salud.	Rayos X para tuberculosis Dieta y ejercicio Consumo de cigarrillo o alcohol. Vacunación contra influenza Auto examen de seno Uso de anticonceptivos Conductas de cuidado dental Hipertensión, diabetes, y enfermedad renal entre otras. (Sheedon y Abraham, 1996).	Bajo poder predictivo en general, a excepción de programas de vacunación.
Locus de Control	Ejercicio físico Auto examen de seno Consumo de alcohol Conductas relacionadas con SIDA Cesación de la conducta de fumar Disminución de peso. (Norman y Bennett, 1996)	Predictor poco eficaz de conductas específicas, su nivel predictivo es aceptable a nivel de comportamiento global.
Teoría de la Acción Razonada (TAR) y Teoría de la Acción Planeada (TAP) Combinación de TAR - TAP	Inicio, frecuencia y cesación de fumar Consumo de alcohol Contracepción oral Uso del preservativo en prevención del SIDA Atención médica Auto examen de mama y testículos Preferencias alimenticias. (Conner y Sparks, 1996)	Bajo poder predictivo al ser aplicadas separadamente. Adquiere mayor capacidad predictiva en la combinación de TAR- TAP.
Modelo de Autoeficacia	Conducta de cepillado Autodetección de masas en el seno Control del dolor Control de presión sanguínea Resistencia a la coerción Ejercicio físico Nutrición y control de peso	Alto nivel predictivo de intención y motivación hacia conductas relacionadas con salud.

	Comportamiento adictivo. (Schwarzer y Fuchs, 1996)	
Modelos por etapas	Aplicación	Resultados
Proceso de Adopción de precauciones	Prevenición de guerra nuclear Prevenición de robo Preparación para terremotos Reducción del uso de alcohol Modificación de estilos de vida Promoción de conductas de diagnóstico Osteoporosis en mujeres Salud dental Cáncer de seno. (Baer y Seybel, 1996).	Nivel de predicción moderado, centrado en el componente de Autoeficacia y eficacia de la respuesta.
Modelo transteórico	Cesación de fumar Ejercicio y dieta Mamografía preventiva Reducción y control de peso Abuso de sustancias psicoactivas (PSA) Control de tensión arterial (TA) (Shawrzer y Fuchs, 1996; Norcross, Prochaska y Diclemente, 2001).	Múltiples intervenciones con éxito en la predicción del cambio en cesación de fumar y control de TA. Adquiere mayor predictivo de acuerdo con la etapa en la que se encuentre la persona.

La investigación llevada a cabo ha permitido identificar de manera diferencial, factores involucrados con el manejo del riesgo de padecer cierta enfermedad (factores de riesgo FR) y factores involucrados con la posibilidad de mantenerse saludable (factores protectores FP), que han sido considerados en la aplicación de los modelos y hacia los que se enfocan la labor en prevención. No obstante, no se encuentran investigaciones que demuestren la consistencia de las teorías o que permitan ver con mayor claridad las interrelaciones existentes entre las variables que componen un modelo específico.

Prevención

La prevención ha sido definida desde diversas perspectivas de acuerdo con la visión del concepto de salud de la cual parte. Cuevas (1995) la define como "una acción ejercida con el objetivo de impedir el desarrollo o aparición de un resultado indeseado" (p.120). Traducida al campo de la salud, esta definición implica la

adopción de diversas medidas tendientes a contrarrestar el inicio prematuro de factores de riesgo FR, mediante la adopción de hábitos y patrones de conducta que generen estilos de vida más saludables, en oposición a la acción de agentes patógenos relacionados con alteraciones o desajustes.

Godoy (1999) recalca que la prevención es un conjunto de acciones sobre conductas o hábitos de riesgo (como abuso de sustancias, patrones alimenticios inadecuados, sedentarismo, exceso de actividad física y déficit en conductas de autocuidado de la salud) y sobre características patógenas del medio. Para Fernández-Ríos y cols. (1999) la prevención está dirigida a eliminar o mitigar, en lo posible, las causas de enfermedades prevenibles a partir del estado actual del conocimiento en el campo. Por su parte, la Secretaría de Salud de Bogotá plantea como claves de la prevención identificar, prever, controlar y eliminar los factores que condicionan la salud; entre los que identifica procesos ambientales, biológicos, sociales, individuales y colectivos, que pueden actuar como potenciales generadores de enfermedad (BED-2001).

Estas y otras propuestas guardan varios elementos en común: tienen una visión patogénica, definen prevención como un conjunto de acciones dirigidas a la disminución del riesgo de enfermar en el sujeto o en el grupo social y buscan identificar ciertos factores relacionados con el aumento en la frecuencia de aparición de cierta patología, que pueden darse con enfoques individuales, grupales o comunitarios (Rodríguez-Marín, 1998). Así mismo, estos autores concuerdan con la división de la prevención según el nivel de intervención y su objetivo:

Prevención Primaria

Pretende disminuir o eliminar los agentes patógenos que alteran o las condiciones ambientales que propician la aparición o agudización de un problema de salud. (Gossop y Grant, 1990 citados por Flórez, 1998), es decir, que está dirigido a la disminución de la incidencia de éste (Rodríguez-Marín, 1998). Implica entonces la reducción de nuevos casos en un período de tiempo determinado en un grupo poblacional (Cuevas, 1995), actuando antes de la aparición de la enfermedad (BED-2001).

Prevención Secundaria

Busca disminuir la prevalencia de una enfermedad o patología en un grupo, reduciendo el periodo de duración de la misma (Gossop y Grant, 1990 citados por Flórez, 1998) y su severidad (Rodríguez-Marín, 1998), basando su acción en la implementación de tratamientos tempranos (Cuevas, 1995) antes de la presentación de síntomas, justamente en lo que se puede llamar fase silenciosa de la enfermedad.

Prevención Terciaria

Encaminada a minimizar las secuelas producidas por una enfermedad, conservando al máximo el rendimiento del individuo (Gossop y Grant, 1990 citados por Flórez, 1998; Cuevas, 1995), así como la reducción de las posibles complicaciones (Rodríguez-Marín, 1998) presentes en la vivencia individual y en el proceso de reinserción a la vida social y laboral.

En el abordaje de los problemas de salud – enfermedad con una visión multidimensional y compleja en la que se tiene en cuenta la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales, se han desarrollado modelos desde cada perspectiva que permiten evaluar la dimensión biológica, determinando el grado en

que factores orgánicos influyen en la salud. La dimensión ambiental, referida a la manera como las condiciones del entorno afectan la salud, la dimensión social que incluye determinantes sociales o de relación en torno a la salud y la dimensión psicológica que engloba la relación entre conducta, cognición y salud, y los otros factores incluidos en las dos dimensiones antes mencionadas.

Una verdadera visión integral de la salud implica tener en cuenta factores individuales que constituyen el estilo de vida que en interacción con los factores orgánicos, sociales y comunitarios, condiciones generales de vida y de trabajo, factores culturales y ambientales, actúan como determinantes de la salud (Flórez, 2000c). Ya que la prevención está centrada en la adquisición de conductas y habilidades que permitan minimizar el efecto de los factores de riesgo, es necesario analizar en detalle los aspectos psicológicos asociados con la adopción de las conductas relacionadas con la salud.

Dimensión Psicológica de la Prevención

El estudio juicioso que desde la psicología se ha hecho sobre la forma como las conductas y las cogniciones de los individuos intervienen en el proceso de salud, ha permitido identificar aproximadamente doce conceptos teóricos que han sido propuestos como factores relacionados con la emisión de conductas saludables; Hansen (1992) plantea la existencia de doce conceptos teóricos principales usados en la explicación de los diversos modelos y programas de prevención, entre los que se encuentran la información, toma de decisiones, compromiso personal en torno a una conducta, manejo del estrés, habilidades de resistencia y autoestima. En propuestas posteriores se han ido incluyendo elementos como actitud, intención, autoeficacia y autocontrol, en busca de ofrecer explicaciones más precisas acerca de cómo se produce la conducta saludable.

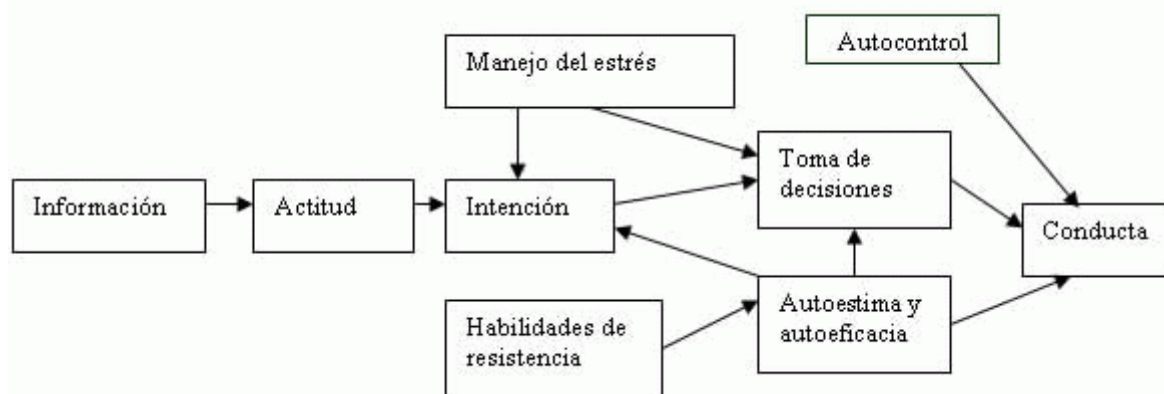


Figura 1. Dimensión psicológica de la prevención: elementos de la conducta saludable

En el diagrama se muestra la base inicial explicativa de la dimensión psicológica y los componentes que hacen parte de ella, cada modelo propuesto explica el fenómeno de la conducta saludable de una manera diferente y retomando los elementos que considera poseen la mayor fuerza explicativa. No obstante, hay un acuerdo común en que la *información* es una de las bases para la generación de una *actitud* (conjunto de creencias en torno a una conducta) que dependiendo de las *habilidades de manejo de estrés* (estrategias para afrontar situaciones evaluadas como difíciles) y de la capacidad del sujeto para actuar sobre la presión

que otros ejercen sobre su conducta, llamada aquí *habilidades de resistencia*, puede llevar a la *intención* o deseo de emitir una conducta específica que se encuentra determinada tanto por la *autoestima* como por la *autoeficacia* percibida por el individuo. Una vez el individuo genera una intención positiva hacia la conducta, aparece el balance decisional en donde se evalúan los pro y los contra de asumir una conducta saludable y la adopción de la acción misma depende en gran medida del *autocontrol* que el sujeto tenga sobre su conducta.

Flórez (2000c) plantea que la adquisición de la conducta saludable es un proceso que contempla una serie de etapas definidas, y que comprende las fases enunciadas a continuación:

- a) Conocimiento de los riesgos
- b) Claridad sobre la exposición personal al riesgo
- c) Intención de involucrarse en la modificación del riesgo
- d) Toma de decisiones
- e) Elaboración de manejo de contingencias dirigidas a la implementación de la decisión tomada
- f) Mantenimiento de las acciones y
- g) Planes de manejo y control en caso de recaídas.

Esta propuesta recoge los elementos principales del proceso de adquisición y mantenimiento de la conducta saludable; factores que han sido retomados en la formulación de modelos de prevención que los incluyen parcial o totalmente, de acuerdo con la posición teórica de la que provienen.

Modelos de Prevención

Se han desarrollado diversos modelos teóricos en torno a la prevención, que plantean la acción y efecto de diversos componentes, dando prelación a uno u otro elemento. Estos modelos teóricos incluyen algunos factores de los antes mencionados y plantean otros nuevos. Todos ellos serán analizados en el siguiente apartado.

Modelo Tradicional o Racional Informativo

Este modelo enfatiza en la necesidad del individuo de poseer información acerca de los riesgos que amenazan su salud. Aquí la información está referida a los conocimientos y creencias sobre las consecuencias de emitir una conducta en particular, basados en el supuesto que las personas no poseen información suficiente y de calidad acerca de uno o varios aspectos relacionados con efectos negativos de una sustancia o un hábito. Se plantea que en tanto el individuo pueda discriminar los aspectos negativos de una conducta a partir de la información, tomara una decisión racional sobre su conducta (Becoña, 1994). La idea que plantea el papel de la información en la conducta saludable, ha sido fortalecida a partir de diversas investigaciones que si bien no la consideran suficiente, reconocen la importancia de que el individuo reconozca los riesgos existentes en torno a una práctica específica.

En el caso del consumo de alcohol, el trabajo está centrado en mostrar las consecuencias negativas que la sustancia tiene a corto, mediano y largo plazo; incluso en generación de miedo en torno a las consecuencias (Perry y Kelder, 1992), reflejados en los primeros programas de prevención del consumo de drogas en el mundo, en los que se pretendía cambiar un conocimiento "positivo" por uno

"negativo". Se espera que si la persona posee un conocimiento adecuado sobre el alcohol y otras drogas, no tenga actitudes positivas ni intenciones hacia el consumo, por tanto no consumirá; es decir, que exista concordancia entre la actitud, la intención y la conducta (Becoña, 1986, 2000).

El acierto de esta posición reside en que realmente los individuos deben poseer información acerca de los riesgos para poder identificar formas de reducirlo o evitarlo, pero el poseer información no implica de por sí la adquisición de conductas y habilidades que le permita disminuir el riesgo o lo que es más determinante, la existencia de una actitud clara hacia el cambio comportamental, como tampoco el cambio en sí mismo. Aplicada esta teoría al consumo de alcohol, se refiere la importancia de que el individuo conozca sobre los efectos a corto y largo plazo de la sustancia en su organismo, sus relaciones y desempeño académico o laboral.

Modelo de Influencias Sociales

Parte de los estudios realizados en psicología social por Evans (1976) y en aprendizaje social de Bandura (1986), considera la existencia de tres factores de riesgo provenientes del ambiente, la personalidad y la conducta; que a su modo de ver determinan la salud y deben ser incluidos en posprogramas preventivos (Becoña, 2000). El ambiente juega un papel como determinante de la conducta ya que la facilita o inhibe, de acuerdo con las relaciones que el individuo haya establecido en su interacción; en el caso del consumo de alcohol, el ambiente social plantea unos parámetros o normas que facilitan o no el consumo de la bebida. Ver a otros consumir, usar la bebida como desinhibidor en la relación social o la dificultad en el control del expendio a menores, pueden aumentar la probabilidad de abuso de la sustancia en menores y adolescentes.

La prevención se enfoca entonces a proporcionar nuevos modelos que muestren formas adecuadas de control y decisión frente al consumo o formas para reducirlo. Complementario a esto, aparecen los otros dos factores, personalidad y conducta, a los que en este modelo se da un papel tan importante como al que cumple el ambiente; tanto las habilidades que posee el individuo como sus rasgos estables tienen gran relevancia. Las habilidades sociales que le permiten relacionarse sanamente con otros, afrontar situaciones de estrés y conflicto, aceptación de las normas sociales por parte del individuo (Hawkins, Catalano y Miller, 1992); son promovidas en programas basados en esta teoría (Sussman, 1989).

La personalidad es tenida en cuenta desde la perspectiva del desarrollo de la identidad y la adquisición de patrones estables de conducta; es así como se insertan conceptos como el de autonomía e independencia. Para el caso del consumo de alcohol se enuncian la capacidad para manejar situaciones de riesgo, sus habilidades para relacionarse con otros en presencia y ausencia de la sustancia como condiciones de personalidad y conducta, y la participación en ambientes alternativos creados libres de alcohol, como un ejemplo de modificación ambiental. Así como el consumo por motivos relacionados con la expresión de rebeldía y declaración de identidad en los jóvenes (Kroger, 1996).

Modelo de Habilidades Generales

Este reciente modelo va más allá del entrenamiento en el rechazo de la conducta no saludable, ampliando su visión a la propuesta del desarrollo de habilidades generales. Plantea el riesgo y la enfermedad como un evento multicausado que implica no sólo una conducta sino un grupo de habilidades que le permiten a la persona afrontar de manera adecuada y óptima, con relación a su salud. Este

modelo ha dado lugar a programas de prevención que han demostrado éxito en su aplicación como parte del currículo en escuelas (Becoña, 2000).

Modelos de Etapas

Basados en el supuesto del cambio como un evento complejo, que no ocurre en un instante único y de manera abrupta; se concibe el cambio como la sucesión de etapas consecutivas que ubican al individuo más o menos cerca de la adopción de una conducta y/o la modificación de otra. Cada momento ubica a la persona de manera diferencial frente al riesgo y el cambio supone la transición entre uno y otro nivel. Además ofrece aún en grupo, un tratamiento diferencial al individuo, de acuerdo con la etapa en la que éste se encuentre.

Proceso de Adopción de Precauciones (PAP): se basa inicialmente en el proceso mediante el cual una persona adopta una precaución (Weinstein y Sandman, 1992, citado por Weinstein, Lyon, Sandman y Cuite, 1998). El PAP está conformado por cinco etapas: 1) Percepción del riesgo, de la severidad y de la susceptibilidad, además del valor general de las precauciones, 2) El reconocimiento del sesgo, la serenidad y la susceptibilidad para otras personas o el grupo de referencia, 3) Aceptación de la susceptibilidad personal, 4) Decisión de tomar la precaución y 5) La toma de la precaución (Floréz, 1998).

Se identifican algunas variables como responsables del progreso a través de las etapas: la experiencia previa, la percepción del riesgo y el acceso a información. Flórez, (1998, 1999 y 2000) ha implementado en población colombiana programas de prevención de consumo y abuso de SPA basados en el PAP, los estudios incluyen adolescentes gestantes y niños escolares respectivamente. La aplicación del PAP ha demostrado gran efectividad tanto en la predicción de la intención del cambio, como en el inicio y mantenimiento del mismo. Flórez (2001a) discute la posibilidad de hacer extensiva hacia la promoción de la salud la aplicación del PAP, más allá del trabajo preventivo que se ha venido realizando hasta ahora; el autor evidencia la posibilidad del modelo de facilitar la adquisición de conductas saludables, teniendo en cuenta la necesidad de profundizar más en el estudio de este modelo de etapas y su funcionamiento en el caso de conjuntos de conductas que pueden ser consideradas complejas.

Modelo Transteórico de Prochaska (MTT):

Surge a partir de la integración de diversos componentes propuestos por variadas teorías acerca del comportamiento humano y la posibilidad de llevar a cabo acciones de prevención en salud. Asume una visión temporal del cambio, en donde describe una secuencia de etapas a través de las que el paciente cambia y que ocurren de forma continua (Samet y O'Connor, 1998). Está enfocado en la decisión que toma el sujeto frente a una situación determinada e incluye variables independientes y medidas específicas en cada momento o etapa. (Prochaska, 1993; Prochaska y Velicer 1997; Prochaska 2000).

El MTT incluye tres momentos del cambio principalmente: a) Precontemplación, b) Contemplación, c) Preparación para el cambio, d) Acción y e) Mantenimiento (Prochaska, 1991, citado por Dijkstra, Bakker y Vries, 1997). Este ha sido aplicado en la modificación de la conducta de fumar, ejercicio y dieta, realización de mamografía preventiva, reducción y control de peso, abuso de sustancias psicoactivas (PSA), abuso sexual, control de tensión arterial, y riesgo de contagio en VIH (Shawrzer y Fuchs, 1996; Norcross, Prochaska y DiClemente, 2001).

Mc Dermut, y Haaga, (1998) aplicaron el MTT a un grupo de fumadores participantes para dejar de consumir tabaco, estudiaron cómo la exposición a avisos dirigidos hacia continuar con el consumo, influenciaban el abandono o retorno a la conducta. Distinguieron el grupo entre contempladores; precontempladores y no consumidores. Los precontempladores mostraron tasas cardiacas bajas ante los avisos, ambos grupos, tanto precontempladores como contempladores, reportaron sensaciones positivas frente al aviso mientras que los no fumadores no reportaron reactividad alguna. Así mismo, Prochaska, (2000) probó el MTT comparado con un modelo de una sola etapa en jóvenes fumadores distribuidos en dos; encontró que los participantes tratados con el MTT se involucraron menos en conductas de consumo de alcohol y presentaban menor intención hacia consumir en un futuro que los del tratamiento de una sola etapa, aunque ambos mostraron avance respecto de la etapa en la que fueron ubicados al inicio.

Modelos Cognitivo-Sociales

Describen la importancia de las cogniciones y su interrelación con la regulación de comportamiento, examinan aspectos de la cognición (creencias, pensamientos y percepciones) en busca de predecir conductas relacionadas con la salud; por tanto, la atención está dirigida a la forma en que la gente percibe a los otros, el control percibido de su conducta y cómo construye una forma particular de evaluar los eventos a partir de la interacción social. Ubica tres factores cognitivos específicos: a) conocimientos en salud, b) actitud hacia la enfermedad y el tratamiento, y c) características de organización social frente al proceso salud-enfermedad (Conner y Norman, 1996).

Entre los modelos cognoscitivos más reconocidos se encuentran: El Modelo de Creencias en Salud (MCS), el Modelo de Locus de Control (MLC), la Teoría de la Acción Razonada (TAR), la Teoría de la Acción Planeada (TAP) y el Modelo de Autoeficacia (MA).

Modelo de Creencias en Salud (MCS)

Es uno de los modelos más utilizados en los programas de prevención. De acuerdo con Sheeran y Abraham (1996), este modelo surge a partir de las investigaciones llevadas a cabo por Hochbaum (1958) y Rosentock (1966) en las que se identifican tres factores cognitivos relacionados con las conductas de salud: a) el primero, referido al riesgo de enfermar percibido, b) el segundo, a la percepción de la severidad de las consecuencias o vulnerabilidad y c) el tercero, a la evaluación de eficacia del tratamiento (citados por Sheeran y Abraham, 1996). La posibilidad de que los individuos adopten conductas saludables es relacionada con la percepción que tienen ellos de su susceptibilidad y de la amenaza, incluyendo la percepción de severidad, tanto como la percepción de los beneficios de la acción saludable para mitigar la amenaza y la posibilidad de sobrepasar barreras percibidas para alcanzar la conducta en salud (Jackson y Aiken, 2000), además se evidencia que el individuo hace un análisis costo - beneficio frente a la posibilidad de adoptar una conducta (Becoña, 2000).

Se incluye el concepto de señales para la acción, consistente en un estímulo o señal que moviliza y evoca las creencias relacionadas con una conducta y lo ayuda a generar cierta actitud sobre una acción en particular; aunque se ha comprobado la importancia de este elemento del modelo, no ha sido estudiado sistemáticamente (Rosentock, Strecher y Becker, 1994).

El MCS ha sido aplicado con éxito en la conducta de someterse a rayos X para prevenir la tuberculosis, en la implementación de programas de dieta y ejercicio, para modificación el consumo de cigarrillo y/o alcohol, en programas de vacunación contra la influenza, en conductas de auto exploración de seno para prevención de cáncer de mama, en uso de anticonceptivos, en conductas de cuidado dental, en hipertensión, diabetes, y enfermedad renal, entre otras (Sheeran y Abraham, 1996).

Diversas investigaciones llevadas a cabo dejaron al descubierto grandes dificultades del MCS en su conceptualización y alcances en la predicción de conductas relacionadas con la salud; entre las más sobresalientes se encuentran el estudio de la relación entre determinantes cognitivas y conducta sexual preventiva entre hombres homosexuales y en parejas heterosexuales, conducta sexual preventiva (Emmons y cols., 1980; Herold, 1983; Joseph y cols. 1987; Boldero y cols., 1992; MacCuskar, y cols. 1989; Boyer y Kageles, 1993; Hingson y cols., 1995; Petosa y Kirby, 1991; y Breakwell y cols, 1994 citados por Sheeran y Abraham, 1996) y en la reducción del consumo en abusadores de alcohol (Janz y Becker, 1984; Rosentock, Strecher y Marshall, 1994 citados por Cooper, 1999).

La dificultad más importante se concentra en que los sujetos intervenidos alcanzan una alta intención de cambio, pero se presenta un bajo poder predictivo de la ejecución misma del cambio y su mantenimiento.

Modelo de Locus de Control (MLC)

En este modelo se considera que una acción es el resultado de la distinción entre el control interno del sujeto y el control externo, y cuál de ellos prima en la acción del sujeto de acuerdo con sus percepciones; para el MLC existen dos opciones para el sujeto, actuar en cada momento como resultado de decisiones autónomas o depender del entorno y esperar a ver qué ocurre de acuerdo con las condiciones exteriores (Norman y Bennet, 1996).

Diversas investigaciones demuestran la existencia de una relación no consistente entre las creencias de locus de control interno y el comportamiento preventivo en salud (Waller y Bates, 1992; Steptoe, Wardle, Vinck, Tuomisto, Holte, Wichstrom, 1994, y Norman 1995); otros relacionan cambios en el locus de control y adquisición de conductas saludables (Steptoe y cols, 1994).

El MLC ha sido aplicado con éxito en ejercicio físico, auto examen de seno, consumo de alcohol, conductas relacionadas con el riesgo de infección por VIH/SIDA, en cesación de la conducta de fumar y en programas de disminución de peso (Norman y Bennett, 1996). La investigación muestra una relación no consistente entre las creencias de locus de control interno y el comportamiento preventivo en salud (Waller y Bates 1992, Steptoe y Cols 1994 y Norman 1995), aunque algunos autores sí han encontrado relación entre el cambio en el locus de control y la adopción de conductas relacionadas con la minimización de riesgos que amenazan la salud (Steptoe y Cols 1994).

Teoría de la Acción Planeada (TAP): Esta surge de la extensión de la teoría de la acción razonada (TAR) en la que Fishbein (1967) plantea que la actitud como causa del comportamiento que por naturaleza tiene un objetivo, se da en un contexto en un momento (tiempo determinado) (Conner y Sparks, 1996). La actitud del individuo acerca de su comportamiento, la norma subjetiva (contexto) y las variables personales, son tenidas en cuenta como factores relacionados con el inicio, mantenimiento y modificación de la conducta de salud (Reboloso y Moya, 1994, citados por Carpi y Breva, 1998).

Los *determinantes de la intención* que son la actitud hacia éste, las creencias acerca de los resultados, el control conductual percibido y la importancia relativa de los determinantes de la intención, constituyen una parte del modelo que se complementa con los *determinantes de la actitud*, entre los que se cuentan las creencias conductuales de funcionamiento y evaluación de las consecuencias; los *determinantes de la norma subjetiva* como creencias normativas y motivación; y los *determinantes del control conductual percibido* que incluyen el problema de ausencia percibida de un factor que facilita o inhibe la conducta, el poder percibido de facilitación o inhibición y el número de factores controlados.

La TAP ha sido aplicada en la modificación de conductas como el inicio, frecuencia y cesación de fumar; disminución del consumo de alcohol; contracepción oral; uso del preservativo en prevención del SIDA; uso de servicios de salud; auto examen de mama y testículos, y preferencias alimenticias (Conner y Sparks, 1998).

La TAP es bastante compleja y ha demostrado una baja validez interna de sus componentes, además de un nivel moderado de eficacia en la predicción de conducta saludable (Conner y Sparks, 1998); aunque algunos estudios en actitud e intención de la gente, de seguir una dieta (Sparks y Cols, 1997. Sparks y Gurthie 1998) y en auto examen de cáncer de mama (McClaul, Sandgren, O´Neill y Hinsz, 1993), encontraron un buen nivel de predicción para ambas conductas.

En un meta-análisis realizado para determinar el poder predictivo de la TAP, se encuentra que el alto control percibido está relacionado con la intención de uso del condón ($r = .45$) pero no con el uso del condón ($r = -.25$) (Albarracin, Johnson, Fishbein y Muellerleile, 2001). Para modificar la conducta de fumar, Norman, Conner, y Bell (1999) aplicaron la TAP a 84 fumadores reclutados en atención primaria en una clínica de Sheffield. El análisis de regresión muestra que la intención de dejar de fumar se predice principalmente por el control conductual percibido y la percepción de susceptibilidad. En un seguimiento a 6 meses del programa preventivo, encontraron que aunque se mostraban motivados, muchos no habían iniciado el cambio. Los autores sugieren que es necesario identificar variables cognitivas sociales asociadas a largos períodos de abstinencia.

Estas teorías plantearon la posibilidad de reconocer los elementos que median entre la actitud y la emisión de la conducta, haciendo cada vez más posible el logro de la predicción, tan anhelado en prevención (Becoña, 2000), por tanto, cualquier teoría integrativa debe incluir tanto la TAP como la TAR, consideradas coherentes, integradas y fáciles de comprender, por Gergen y Gergen (1981).

Teoría de la Motivación para la Protección (TMP): parte de la revisión que Rogers (1983) realiza a las propuestas en prevención basadas en el manejo del miedo ante el riesgo y las consecuencias de una enfermedad específica (Boer y Sydel, 1996), pues se afirma que ésta puede ser una razón poderosa para que el individuo modifique su comportamiento. El uso de los medios de comunicación y publicidad para transmitir mensajes cuyo contenido pone de manifiesto una amenaza y genera la reacción de miedo en el público objeto, se piensa, puede influenciar los procesos cognoscitivos que intervienen en la adopción de una conducta saludable.

El efecto del miedo es entonces el incremento de la percepción de riesgo y vulnerabilidad a la enfermedad en relación con la severidad de sus consecuencias, creando en el individuo la sensación de amenaza que conlleva al enfrentamiento o la evitación. En la TMP se evalúa el proceso en dos dimensiones: la medición de la amenaza, en la vulnerabilidad percibida y la severidad de la enfermedad; y la medición del enfrentamiento, en la eficacia de la respuesta en la reducción de la amenaza. Cuando el individuo lleva a cabo el balance entre la amenaza y la eficacia

de la respuesta, llegando a la conclusión que el comportamiento adaptativo representa para él un alto costo, la motivación para la protección se reduce.

Este modelo ha sido especialmente utilizado en programas de educación con resultados ambiguos; así mismo, se ha aplicado en reducción del consumo de alcohol, promoción de estilos de vida saludable, ejercicio, realización de conductas de diagnóstico y prevención de sida.

Modelo de Autoeficacia (MA)

Basado en la teoría de Bandura, se plantea que las prácticas en salud y en general la conducta, están determinadas principalmente por la percepción de capacidad de control de las personas, es decir, su Autoeficacia. Esta percepción determina la aparición, el cambio y el mantenimiento del comportamiento en salud (Bandura, 2001). Con este modelo se afirma que la motivación y la acción están reguladas por tres tipos de expectativa de resultado referidas a la situación, a la acción del sujeto y a la capacidad percibidas, que se reflejan en el optimismo funcional del individuo.

De otra parte, se considera que la probabilidad de que una persona valore más su salud y modifique su conducta, depende de tres tipos de condiciones:

- a. Expectativa del riesgo
- b. Expectativa de que el cambio comportamental puede reducir la amenaza.
- c. Expectativa de la capacidad de adoptar conductas saludables.

Debido a su alto poder predictivo tanto de la intención como del cambio conductual (Schwarzer y Fuchs, 1996), en la prevención se ha trabajado el fortalecimiento de la autoeficacia de resistencia que alude a la habilidad para resistir la presión de los pares y la autoeficacia con relación a la reducción del daño como control del daño derivado del manejo autorregulatorio de situaciones de tentación.

La teoría de autoeficacia plantea dos fases relacionadas con adopción, iniciación y mantenimiento de los comportamientos relacionados con salud: a) fase de motivación: intención de cambiar, b) fase de acción: proceso intermedio post intención y pre- acción antes de ocurrir el concepto.

El MA ha sido aplicado en conductas preventivas como cepillado, auto detección de masas en el seno, control del dolor, control de presión sanguínea, resistencia a la coerción y presión de otros, ejercicio físico, adecuada nutrición y control de peso y en comportamiento adictivo. (Schwarzer y Fuchs, 1996). En un estudio relacionado con la conducta de higiene oral: Hiller, Brome, Knight, y Simpson (2000) mostraron la relación entre los resultados obtenidos en un programa de atención del abuso de alcohol y tabaco respecto de la auto eficacia, medida a partir de la escala de DiClemente en 250 usuarios que fueron evaluados antes y después de ser sometidos a un tratamiento de resinas.

Se ha demostrado claramente que la autoeficacia juega un papel preponderante en la producción de la conducta preventiva o saludable (Becoña, 2000), pero que no es suficiente para garantizar su aparición, por tanto, es necesario estudiar la posibilidad de un modelo que integre este componente con otros, en busca de fortalecer la posibilidad de predecir la conducta.

En resumen, los elementos que comparten los modelos cognitivos sociales y que hacen posible su integración son: a) dar importancia a las cogniciones en la regulación de comportamiento, b) examinar aspectos de la cognición como creencias, pensamientos y percepciones para predecir conductas relacionadas con

la salud; y c) dar importancia a cómo la gente percibe a los otros y el desarrollo de una forma particular de evaluar los eventos que surge de la interacción social. Ya antes Jackson y Aiken (2000) mostraron su interés por la integración de los modelos cognitivo -sociales en una experiencia exitosa de prevención de cáncer de piel en mujeres, la cual será descrita en detalle en el apartado correspondiente a los antecedentes investigativos.

Validez empírica de los Modelos

Tomando como base los datos anteriores y con el objetivo de ampliar y precisar el planteamiento del problema, se lleva a cabo una revisión detallada de artículos publicados en MEDLINE, PsycLYT y PsycARTICLES entre el año 1998 y el 2004, que presentan estudios acerca de los Modelos cognitivo sociales. Dichos documentos se analizan teniendo en cuenta la clase de estudio, las variables incluidas y si se lleva a cabo un somero análisis de la estructura del modelo teórico. Se incluyen: el modelo de creencias en salud, la teoría de la acción razonada, la teoría de la acción planeada y el modelo de autoeficacia. De un número total de 30 artículos publicados en este lapso, se encuentran 24 que corresponden a discusiones teóricas acerca de cada modelo, y 6 artículos que evalúan su poder predictivo referido al cambio conductual.

Los 24 estudios referidos a análisis teóricos no incluyen un método específico de análisis de la interacción de los componentes de cada modelo para así evaluar su alcance explicativo; corresponden más a una reflexión sobre aplicaciones previas y sus resultados, acciones que aunque orientan la formulación de teoría, le dan más una validez de tipo práctico que surge del estudio experimental riguroso de la aplicación de cierta teoría o modelo, que una de tipo teórico producto del análisis de la solidez, la congruencia teórica de las variables incluidas y la capacidad explicativa de una cierta teoría sobre un fenómeno específico. Los 6 estudios restantes se centran en el análisis de la relación existente entre la aplicación del modelo y los efectos sobre la intención y la actitud hacia emitir una conducta, pero sin usar controles que permitan compararlos con condiciones de no tratamiento o uso de placebos (Hiller, Brome, Knight, y Simpson, 2000; Sutton, McVey, y Glanz, 1999; Albarracín, Jonson, Fishbein y Muellerleile, 2001; Norman, Conner y Bell, 1999; Conner, Norman y Bell 2002 y ; Jackson y Aiken, 2000).

De acuerdo con los resultados observados en las diversas aplicaciones, puede decirse que todos los modelos cognitivos sociales se encuentran en fase experimental, tanto en el nivel teórico como práctico; notando que el modelo de autoeficacia parece ser el más fuerte candidato para llegar a cumplir los criterios de validez establecidos, una vez se recojan las experiencias y se pongan en marcha estudios tanto teóricos como experimentales que permitan corroborar su consistencia como modelo teórico y sus alcances. No obstante, este trabajo muestra el panorama actual de los modelos cognitivos sociales y la importancia de estudiarlos más a fondo de una forma sistemática y rigurosa.

La similitud de los elementos que componen los modelos de creencias de salud, acción razonada - acción planeada, la motivación para la protección y autoeficacia, plantea la necesidad de llevar a cabo estudios comparativos que determinen la independencia y relación de sus elementos característicos, diferencias y eficacia relativa sobre los distintos tipos de problemas de salud. Plantear la integración es un paso inicial para develar la diferenciación de los componentes centrales de estos modelos; no obstante, requiere de ajustes y réplicas en donde se modifiquen los componentes y sus posibles combinaciones para determinar cuáles de ellos generan cambios y en qué dirección.

Dimensión Psicológica de la Prevención del Consumo de Alcohol

El consumo de alcohol ha sido estrechamente relacionado con diversos factores biológicos, de aprendizaje, sociales y ambientales, de acuerdo con la propuesta del modelo biopsicosocial de la salud/enfermedad que ofrece una visión multicausada del problema. Brevemente se presenta una revisión de dichos factores con el objeto de dimensionar el problema del consumo en jóvenes universitarios.

Antes de analizar en detalle la dimensión psicológica del consumo abusivo de alcohol y de su prevención, es necesario analizar algunos elementos importantes de la dimensión biológica que pueden actuar como predisponentes del abuso de esta sustancia y potenciar el riesgo que conlleva la práctica de algunas conductas.

Dimensión Biológica

Los efectos orgánicos del consumo son evidentes en la inmediatez al consumo y a largo plazo; a corto plazo el alcohol incapacita, retarda y desorganiza las funciones del SNC, aunque en primera instancia sus efectos son estimulantes (Geoffrey, 1995). Luego, aparecen comportamientos emocionales exagerados, pérdida de la coordinación motora, problemas de equilibrio y visión borrosa. En concentraciones alcohólicas del 0.1% se produce la llamada borrachera en la que falla la coordinación del pensamiento y la capacidad de razonar; en el 0.5% hay pérdida de conciencia y arriba de 0.55% puede ocurrir la muerte.

Su uso crónico afecta la capacidad para asimilar nutrientes y produce alteraciones de sueño, depresión, agresividad y un importante deterioro en la conducta de relación social (Pérez, 1999). Sumado a las consecuencias a largo plazo están la tolerancia y la dependencia a la sustancia, signos de alcoholismo; así como daños al hígado, exacerbación de úlceras pépticas, gastritis atrófica crónica, afecciones cardíacas, hipertensión arterial y deficiencias en el sistema inmune (Kershenovich, 1994). A mediano plazo, se presenta la llamada resaca o "guayabo" y deshidratación que se exagera por la frecuente realización de esfuerzo físico, como bailar, durante el consumo.

Existen condiciones del organismo que favorecen el consumo o que son debidas a la ingesta alcohólica, tales como el deterioro o lesión de un órgano, del equilibrio bioquímico del cuerpo y los diversos sistemas funcionales. Entre ellas, la *predisposición al consumo*, pues se ha encontrado que padres alcohólicos tienden a tener hijos predispuestos a serlo. No es desconocido que el problema de consumo de alcohol no es exclusivo de adolescentes y cubre una amplia parte de la población adulta, quienes al procrear pueden transmitir a través de sus genes la predisposición al consumo.

No obstante, cabe anotar que el componente genético se expresa asociado a variables ambientales (Sánchez, 1994). También se ha establecido que el *género* es una variable determinante, ya que se ha encontrado que hombres y mujeres asimilan y metabolizan diferencialmente el alcohol; las mujeres alcanzan más rápidamente altos niveles de concentración etílica en sangre, por tanto, el punto de embriaguez es comparativamente menor en cantidad de ingesta y tiempo de consumo que en hombres (Geoffrey, 1995).

Dimensión Psicológica del Consumo

Esta dimensión incluye el aprendizaje como proceso de adquisición de nuevos repertorios comportamentales y cognitivos que determinan el riesgo de abusar en el consumo de alcohol; repertorios que han sido analizados a fin de entender el

papel que cumplen en el consumo de diversas sustancias, en especial de las psicoactivas, para definir las y evidenciar su papel en la adquisición de conductas que implican daño o riesgo.

La conducta de consumir alcohol se da en una confluencia de diversos factores que determinan si el individuo aprende o no a controlar la ingesta y llegar a abusar de la sustancia. Tal como lo muestra la figura 2, esta confluencia ha sido claramente establecida, aunque el peso de cada uno de los factores aún no haya sido determinado. En el diagrama se presenta de una manera simple la relación entre los componentes de la dimensión psicológica, a continuación se expone de manera detallada cada uno de ellos, analizando el papel que juegan dentro del consumo de alcohol.

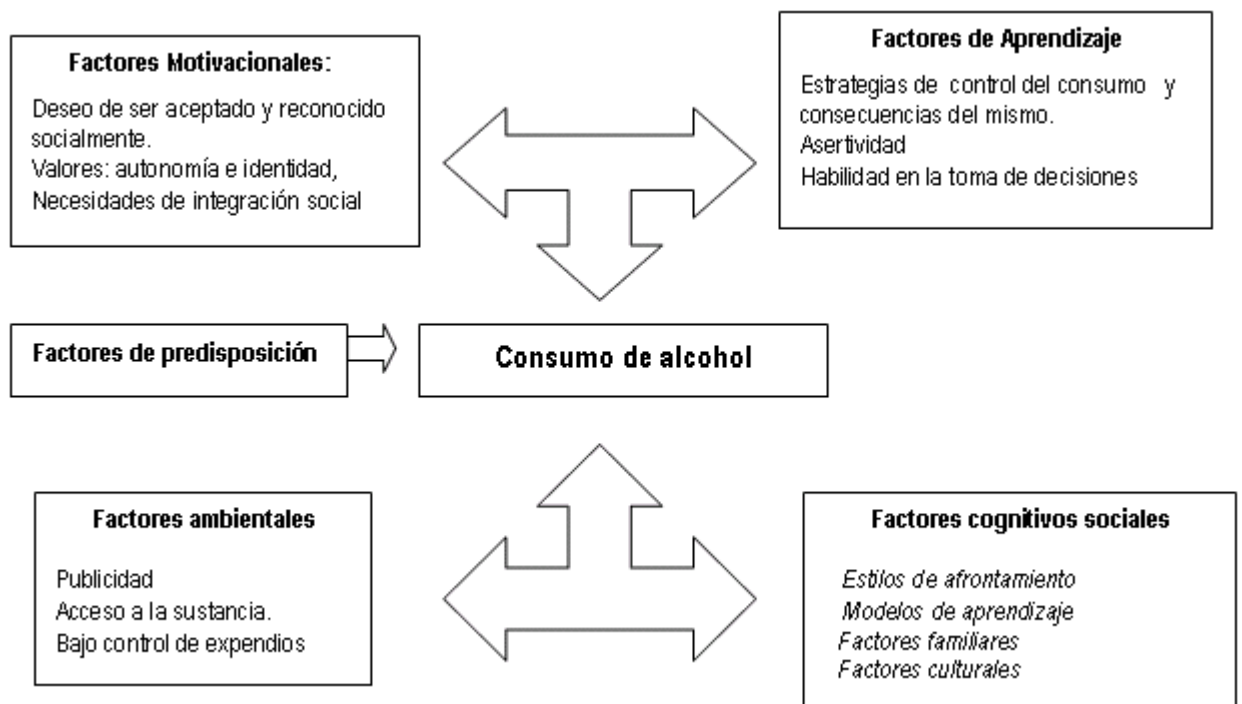


Figura 2. Representación de la dimensión psicológica del consumo de alcohol y factores psicossociales y ambientales relacionados.

Factores de Aprendizaje: Relacionados con la historia previa de aprendizaje de la persona y que determina en gran medida la capacidad de controlar el consumo, el grado de consumo y la forma como se asume dicha conducta a partir de antecedentes y consecuentes que la mantienen.

Estrategias para controlar el consumo o las consecuencias del mismo, relacionadas con el balance decisional que se realiza frente a la situación de consumir o no, cuánto consumir y en qué momento detener el consumo, definiendo qué mecanismos aplicar. Se encuentra que en la mayor parte de las ocasiones, los jóvenes solo tienen en cuenta las alternativas favorables para ellos y que ofrecen gratificación casi de inmediato; en la toma de decisiones también se encuentra involucrado el grupo de pares que presiona a los individuos para que adopte ciertos comportamientos como tomar o fumar. Las estrategias de control del consumo están centradas sobre detener la ingesta a partir de la propia percepción de embriaguez, que de acuerdo con los estudios realizados en universidades de

Bucaramanga, ocurre casi 45 minutos después de que el individuo empieza a presentar lenguaje enredado, bajo control emocional y afectación del sentido del equilibrio; o en comer antes de empezar a consumir, pues se piensa que es una forma efectiva de control; sin embargo, la comida consiste principalmente en carbohidratos y grasas, y no en proteínas que son los alimentos que elentecen la absorción del alcohol en el estómago.

Asertividad, centrada en la habilidad para resistir la presión del grupo expresando el desacuerdo en el momento oportuno, desafortunadamente los jóvenes presentan claros déficit en esta habilidad y ceden fácilmente ante la solicitud de sus compañeros. De otra parte, se refiere a las dificultades presentes para expresar sentimientos positivos o negativos que "se superan" en la desinhibición provocada por los efectos de la sustancia en el SNC.

Habilidad en la toma de decisiones, habilidad de los jóvenes para decidir sobre si consumir o no, con quiénes, en qué sitio, tipo de bebida, cantidad y momento para detener el consumo; incluso la decisión de detener el consumo, que se ve afectada porque se hace bajo los efectos de la sustancia que altera la capacidad de analizar racionalmente la situación, y se hace de forma emocional teniendo en cuenta únicamente los efectos a corto plazo.

Factores cognitivos sociales, Creencias acerca del consumo, sus consecuencias, problemas relacionados y ganancias. El alcohol es considerado un facilitador de interacción social, d diversión y verdadera expresión de sentimientos y emociones; así mismo, se piensa que sirve para liberar las tensiones propias de la vida universitaria y para sobrellevar situaciones relacionadas con duelo o dolor; en el caso de estudiantes provenientes de otros departamentos, la sustancia es vista como el anestésico que les ayuda a sobrellevar la soledad y adaptarse al nuevo ambiente. Creencias en torno a los beneficios sociales del consumo, ya que se piensa que es una industria que genera trabajo y ganancias económicas al país. Se piensa que una cierta cantidad de "tragos" están relacionados con la conservación de la salud.

En ocasiones la ingesta de alcohol es vista como inevitable, pues se piensa que es posible heredar el problema (Ramos y Sánchez, 2001), ignorando la participación definitiva de otras condiciones relacionadas. Además de las creencias en torno a la salud, que se basan en las ideas en torno a qué implica ser saludable y el valor que se le otorga a la salud y al cuidado de la misma. El conjunto de creencias acerca de la salud y el consumo, se encuentran estrechamente relacionadas con la actitud positiva o negativa hacia el consumo. Se ha encontrado que si las expectativas de los adultos hacia los efectos del consumo son positivas y agradables, generan estas mismas creencias en los jóvenes, llevando a que estos se expongan más fácilmente a situaciones de abuso (Carmona y Chávez, 1991).

Estilos de afrontamiento y control de situaciones de individuos cuyo patrón central es la evitación de eventos evaluados como estresantes (Lazarus y Folkman, 1986): aumento del consumo relacionado con la época de evaluaciones parciales o finales, con problemas académicos, emocionales, afectivos, familiares y/o económicos. Beber ocurre como una estrategia para afrontar las situaciones, que lleva a evitar la responsabilidad y minimizar el estrés.

Modelos de aprendizaje basados en patrones de consumo de figuras de autoridad, familiares, medios de comunicación, artistas, modelos y, en general, personas significativas cuyo comportamiento positivo hacia el consumo, marca una pauta importante para los jóvenes que consumen. Las personas comienzan a beber motivadas en la observación que hace de otros durante la llamada fase positiva del

consumo en donde los efectos son placenteros (reforzamiento positivo vicario). Los adolescentes aprenden en sus hogares actitudes, creencias y expectativas que favorecen el consumo (Carmona y Chávez, 1991; Gamarra, 2000).

Factores familiares del consumo de alcohol como la aceptación familiar del consumo de alcohol en jóvenes, promoción del consumo por parte de familiares, que invitan al consumo o sirven como modelos sin proponérselo, interacción familiar mediada por el consumo, e incluso restringida a situaciones de consumo relacionadas con celebraciones o situaciones de pérdida o problemáticas, soporte social débil y controles familiares débiles, e incluso la separación de los padres.

Factores culturales, representados en la forma como el entorno macro sustenta las creencias culturales acerca del consumo y el control de los efectos. Así como las redes de apoyo familiar del joven universitario se pierden bajo el supuesto de que ha alcanzado un cierto nivel de responsabilidad. De otra parte, la educación de hombres y mujeres bajo las condiciones impuestas por el machismo en donde los hombres deben mostrar su masculinidad a través de pruebas, entre ellas la capacidad de ingesta alcohólica; en contraposición a la ola feminista que proclama la igualdad y la necesidad de la mujer de ser reconocida al mismo nivel del hombre que se ha trasladado hasta la competencia en el consumo por obtener estatus.

Celebraciones tradicionales que incluyen como ingrediente principal el alcohol, como sinónimo de amabilidad y camaradería. La ingesta de alcohol está asociada en general a situaciones de carácter social, tales como festividades, finalización de año, eventos deportivos, bienvenidas, despedidas y hasta encuentros ocasionales (BED-1999), y los llamados rituales de iniciación acompañados del uso de sustancias, en especial el alcohol.

Factores Motivacionales: Definidos como las razones que impulsan al sujeto a comportarse de una u otra forma, relacionadas con sus deseos y necesidades. La búsqueda de aceptación y reconocimiento por parte de pares y personas significativas, la búsqueda de pertenencia al grupo de pares; el bajo autocontrol o baja posibilidad de control ambiental y dificultades en el control de la propia conducta en el momento de aceptar o rechazar un ofrecimiento o de detener el consumo, la gratificación inmediata relacionada con el consumo, los efectos del alcohol en el SNC son percibidos como una forma de anesthesiarse para no sentir, de desinhibirse para lograr emitir la conducta deseada socialmente, la sensación de libertad y diversión.

Disparadores del consumo o estímulos discriminativos que gatillan el consumo como imágenes, palabras o gestos relacionados con esta conducta a través de la historia previa.

Factores de predisposición: Entre los que se encuentran factores de riesgo considerados como condiciones previas de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer un cierto tipo de enfermedad; se encuentran la herencia, como predisposición genética hacia el consumo, la historia familiar de abuso de sustancias y de trastornos psicológicos y/o psiquiátricos, abuso sexual y maltrato durante la primera infancia o la adolescencia marcan definitivamente la historia de las personas que han estado expuestas, pues sus efectos a corto plazo actúan como antecedentes de una amplia gama de problemas psicológicos como trastornos del estado de ánimo, entre ellos alta prevalencia de depresión, conducta agresiva y antisocial, violencia consumo y/o dependencia de sustancias psicoactivas (SPA) como el alcohol, en casos en los que el episodio de abuso o maltrato ocurrió durante la primera parte de la infancia y de salud expresados a lo largo de la vida adulta (Walker, Gelfand, Katon, Koss, Von Korff, Berstein y Russo, 1999; Rind,

Tromovitch y Bauserman, 1998, Dallam, Gleaves, Cepeda-Benito, Silberg, Kraemer y Spiegel, 2001, Ramírez, 2002, MacMillan, Boyle, Wong, Duku, Fleming, Walhs, 1999 y Mac Millan, Fleming, Streiner, Lin, Boyle, Jamieson, Duku, Walsh, Wong y Beardslee, 2001).

Se ha establecido claramente que el individuo abusado o maltratado, retoma el consumo como una estrategia de afrontamiento para adaptarse al evento traumático y alejarse de la realidad que le resulta dolorosa. Ausencia de modelos o situaciones de adquisición de habilidades sociales básicas y habilidades sociales avanzadas durante las primeras etapas del desarrollo, desórdenes conductuales y psicopatológicos asociados, condiciones de personalidad estables, como la tendencia a la búsqueda de sensaciones o el patrón de conducta tipo A (Sender, Valdés, Riesco y Martín, año no disponible) y el nivel educativo; se encuentra que el 91.7% de las personas quienes afirmaron consumir actualmente alcohol han alcanzado estudios universitarios (RUMBOS 1999-2000).

Se ha encontrado que existe comorbilidad entre el consumo de alcohol y otros trastornos o conductas desadaptativas; de acuerdo con Davison (2000), las entidades que más frecuentemente se presentan acompañando los problemas de abuso son: estrés, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastorno por angustia, dependencia a otras sustancias psicoactivas, conducta antisocial, trastorno de personalidad por dependencia y/o trastorno de personalidad por evitación y manía.

Una vez analizado el problema del consumo y los factores relacionados, es más fácil dimensionar la compleja importancia de desarrollar modelos que permitan modificar tanto la conducta de ingesta alcohólica, como los factores que aumentan el riesgo de alcanzar niveles de abuso en el consumo.

En conclusión, el uso de sustancias es reforzado por el ambiente social, sustentado en las creencias acerca de los efectos benéficos de la misma y afrontado por los jóvenes de acuerdo con un grupo de estrategias y habilidades adquiridas a través de su historia personal; que en muchos casos resultan ser deficitarias y el joven busca compensarlas para poder responder a las demandas planteadas por el medio social, académico y cultural a través de la ingesta de alcohol. La autoeficacia funciona como un elemento clave en el proceso de afrontamiento, concebida como la percepción misma de la capacidad para afrontar ciertas situaciones, en este caso la de consumir alcohol. Si la percepción de autoeficacia es baja, el joven evalúa y concluye que la situación de consumo es incontrolable y consume cada vez que en el entorno aparecen estímulos como tentaciones que aumentan la probabilidad de consumo de alcohol, es decir, puede ocurrir que aunque el sujeto presente la intención de abandonar el consumo, vuelva a hacerlo, es decir, recaiga. La autoeficacia tendría entonces ciertos efectos motivacionales sobre la conducta "yo puedo, entonces lo haré", aunque no suficientes para que ésta ocurra ya que existen otras condiciones que también determinan si consume o no, entre los que se encuentra el balance decisional, que se basa en el conjunto de creencias como expectativas frente al consumo que tiene el joven.

Referencias

Albarracín, D., Johnson B., Fishbein, M. y Mueller Leile, P. (2001). Theories of reasoned action and Planned Behavior as Models of Condom Use a Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*. 127, 1, pp. 142-161.

Bandura, A. (1997) *Self - efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.

Bandura, A. (1999) A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Psychological Science*. 10 , pp. 214-217.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspectiva. *Annual Review Psychological*. 52. pp. 1 - 26.

Becoña, E. (1986). *La relación actitud conducta*. Santiago de Compostela, Grial.

Becoña, E. (1994). Introducción. En: E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar. *Drogodependencias*. Santiago de Compostela, Servicio de Publicaciones e Intercambio de la Universidad de Compostela.

Becoña, E.I. (2000). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Plan Nacional de Drogas. Universidad Santiago de Compostela.

Boletín Epidemiológico del Distrito BED (2001a). Aproximación a una discusión conceptual sobre factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. *Secretaría de Salud de Bogotá*. 6, 4 Sem.13 a 16.

Boletín Epidemiológico del Distrito BED (2001). El proceso de formulación del plan de atención básica de Bogotá 2001. *Secretaría de Salud de Bogotá*. 6, 5 Sem 17 -20.

Boletín Epidemiológico del Distrito BED (2000). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de consumo de sustancias en la capital. *Secretaría de Salud de Bogotá*. 5, 2 Sem 5 -8.

Brief *Campaña Invierte en ti* (1999). Documento de presentación no publicado. Bogotá.

Carmona, A. y Chávez, R. (1991) Expectativas de efectos positivos del alcohol adquiridas en el ambiente temprano (alcohólicos y no alcohólicos). *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. 9 pp. 151-162.

Carpi A. y Breva A. (1998) La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la Teoría de la Acción Planeada. *Universidad Jaime*. 4,7. España, Universidad de Sevilla.

Colder , C., Campbell, R, Ruel, E., Richardson, J.L. y Flay, B. (2002) A finite mixture model of growth trajectories of adolescent alcohol use: Predictors and consequences. *Journal of Consulting Psychology*. 70, 4, pp. 976-985.

Colegio Oficial de Psicología en España (1998) Papeles del Psicólogo. *Revista Oficial del Colegio de Psicólogos*. Época III. Madrid, España.

Conner, P., Norman, P., y Bell, R. (2002) The theory of planned behavior and healthy eating. *Health Psychology*. 21, 2 pp.194 - 201.

Conner y Sparks, (1996) The Theory of Planned Behaviour and Health Behaviours. En: *Predicting Health Behaviours*. Philadelphia, Norman y Conner. pp. 121-162

Cooper, S.E. (1999) Changing the campus drinking culture: An initiator- catalyst consultation approach. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 51, 3 pp. 160-169.

Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M. & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. pp. 990-1005.

Cooper, M.L., Rusell, M. y George, W.H. (1988) Coping, expectancies and alcohol abuses: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology*. 97,2, pp. 218-230.

Craig, J. (2000) Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology*. 19, 6, pp.593-604.

Cuevas, L. (1995) Prevención de la conducta antisocial. *Suma Psicológica*. 2, pp. 113-158.

Cumbens, Y. y Mc Pearson, K. (1996) Review of health related models of behavior change: report prepared for department of health in England - London. *Health Promotion Unit of School of Higiene and Tropical Medecine*.

Davison, G. (2000) *Psicología de la conducta anormal DSM-IV*. México, Limusa.

Dallam, S., Gleaves, D., Cepeda-Benito, A., Silberg, J., Kraemer, H. y Spiegel, D. (2001) The effects of child sexual abuse: comment on Rind, Tromovitch and Bauserman (1988). *American Psychological Association*. 127, 6, pp. 715 - 733.

Díaz, V., Hernández, M., Londoño, C., Quiróz, M.F. y Reyes, A. (2000) *Psicología, universidad y juventud*. Memorias segundo encuentro nacional de psicólogos de bienestar universitario. RED-SER Bucaramanga. Medio Magnético.

Dijkstra, A., Bakker, M., Vries, H (1997). Subtypes within a simple of precontemplating smokers: A preliminary extensión of the stage of change. *Addictive Behaviors*. 22 ,3, pp. 327-337.

Diclemente, R. y Peterson, J.L. (1994). *Preventing AIDS, theories and methods of behavioral interventions*. New York : Plenum Press.

DNE (1999- 2000) *Lucha colombiana contra las drogas. Acciones y resultados*. Bogotá, Presidencia de la República

Donaldson, S.I., Graham, I.W., Piccinin, A.N. y Hansen, W.B. (1995) Resistance- skills training and onset of alcohol use: evidence for beneficial and potentially harmful effects in public schools and in private catholic schools. *Health Psychology*. 14, 4, pp. 291-300.

Enstein, N. Rothman, A. y Sutton, S (1995) *Running head: Stage Theories of health behaviours*.

Fernández- Ríos, L., Cornes J.M., Codesido, M (1999) Psicología preventiva: situación actual. En: Montesinos, L. Desafíos para la psicología de la salud en la

campaña actual. En: Simon M.A. *Manual de psicología y de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.

Flórez-Alarcón, L. (1998) Implementación del proceso de adopción de precauciones para prevenir la farmacodependencia en niños de edad escolar. *Acta Colombiana de Psicología*. 1, 7, pp. 20-28.

Flórez-Alarcón, L. y cols. (1999) *Elaboración e implementación de un programa de educación para la salud dirigido a la promoción y la prevención en adolescentes gestantes*. Unidad de Investigaciones Dpto. de Psicología Universidad Católica de Colombia

Flórez-Alarcón, L. (2000a) Análisis del consumo de alcohol con fundamento en el Modelo Transteórico en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*. 4 pp. 79 - 98.

Flórez-Alarcón, L. (2000c). El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 18, pp. 13-22.

Flórez-Alarcón, L. (2000b) Implementación del PAP en una población escolar en la prevención del abuso en el consumo de alcohol. *Acta Colombiana de Psicología*. 7 pp. ¿?????

Flórez-Alarcón, L. (2001a) *El proceso de adopción de precauciones en la promoción de la salud*. Conferencia VI Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Buenos Aires - Argentina.

Geoffrey, L. (1995) Alcoholismo y drogadicción. En: Lazarus, A. y Colman, A. (1995) *Psicología Anormal*. Breviarios. México, Fondo de Cultura Económica

Godoy, J.F. (1999) Psicología de la Salud: delimitación conceptual. En: Simon, M.A: (1999) *Manual de Psicología de la salud: Fundamentos, metodología y Aplicaciones*. Madrid: Piramide.

Golberg, J.H., Halpern-Felsher, B. Y Millstein, S. (2002) Beyond invulnerability: The importance of benefits in adolescent's decision to drink alcohol. *Health Psychology*. 21, 5, pp. 477-484.

Grube, J.W. y Angostinelli, G.E. (1999) Perceived consequences and adolescent drinking: Nonlinear and interactive models of alcohol expectancies. *Psychology of Addictive Behaviors*. 13, 4, pp. 303-312.

Hansen, W.B. (1992) School - based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum 1980 - 1990. *Health Education Research*. 7, pp. 403-430.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.L. (1992) Risk and protective factors for alcohol and other drug problem in adolescents and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*. 112, pp. 64-105.

Hiller, M.L., Brome K.M., Knight, K. y Simpson D.D. (2000) Measuring Self-efficacy among drug involved probationers. *Psychol-Rep*. 86, 2, pp. 529-538.

Holland, R. (1992) *Psychooncology*. Handbook.

Informe *Invierte en ti*, (2000) Universidad Javeriana y Fondo de Prevención Vial Bogotá.

Informe *RUMBOS* (2000) Programa presidencial RUMBOS para la prevención de drogas.

Jackson, K.M. y Aiken, L.S. (2000) A Psychosocial model of sun protection and sunbathing in young women: the impact of health beliefs, attitudes, norms, and self efficacy for sun protection. *Health Psychology*. 19, 5, pp.469-478.

Julián, R (1998). *A premier of drug action*. New York, Freeman.

Kershenobich, D. y Vargas, F. (1994) Definición de los límites individuales de susceptibilidad ante el consumo de alcohol. En: Tapias, R. (1994) *Las adicciones: dimensiones, impacto y perspectivas*. México, Manual Moderno

Kroger, J. (1996). *Indentity in adolescense. The balance between self and other*. London, Routledge.

Latimer, W., Floyd, L.J., Cariz, T., Novotna, G., Exnerova, P. y O'Brien, M. (2004) Peer and sibling substance use: predictors of substance use among adolescents in México. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 15, 4, pp.225-232.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. España, Martínez Roca.

McClaul, K.D., Sandgren, A.K., O'Neill, H.K., y Hinsz, V.B., (1993) The value of the theory of planned behavior, preceived control, and self-efficacy expectations for predicting health protective behaviors. *Basic and Applied Social Psychology*. 14, pp. 231-252.

Mc Dermut, W y Haaga, D. (1998). Effect to stage of change on we reactivity in continuing smokers. *Experimental and Clinical psychopharmacology*. 6, 3, pp. 316-324.

MacMillan, H.L.; Boyle, M.H.; Wong, M.V.; Duku, E.K., Fleming, J.E., Walhs, Ch.A., (1999) Slapping and spanking in childhood and its association with lifetime prevalence of psychiatric disorders in a general population. *CMAJ Canadian Medical Association*. 161, 7, pp. 805-809.

MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Streiner, D., Lin, E., Boyle, M., Jamieson, E., Duku, E., Walsh, Ch., Wong, M. y Beardslee, W., (2001) Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *The American Journal of Psychiatry*. 158, 1, pp.1878-1883.

Maisto, S., Connors, G.J. y Zywiack, W.H. (2000) Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*. 14, 3, pp. 257-266.

Mann, A., Chassin, J. y Sher, E. (1987) Alcohol, expentancies and risk for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 55, pp. 411-417.

Marks D. (1995) The training needs of professional health psychologist. En J. Rodriguez Masm (Ed) *Health Psychology and Quality of Life Research*.

Molt, R.W., Dishman, R.K., Saunders, R.P., Dowda, M., Felton, G., Ward, D.S. y Pate, R.R. (2002). Examining Social-Cognitive determinants of intention and physical activity among black and white adolescent girls using structural equation modeling. *Health Psychology*. 21, 5, pp. 259-467.

Mora-Ríos, J. y Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*. 43, 2, pp. 89-96.

Mora-Ríos, J., Natera, G., Villatoro, J. y Villalvazo, R. (2002) Validez factorial del cuestionario de expectativas hacia el alcohol (AEQ) en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*. 8, 2, pp. 319-328.

Muracen, I.D., Martínez, A.J., Aguilar, J.M. y Gonzalez, M.R. (2001) Pesquizaje de alcoholismo en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina Integral*. 17, 1, pp. 62-67.

Norman, P., y Bennett, P. (1996) Health locus control. En: *Predicting Health Behaviours*. Philadelphia: Norman y Conner. pp. 63-94

Norman, P., Conner, M, y Bell R. (1999) The theory of planned behaviour and smoking cessation. *Health Psychology*.18, 1, pp. 89-94

Norman., P y Conner, M. (1996). The role of social models in predicting health behaviours: future directions. En: *Predicting Health Behavior*. Philadelphia: Open University Press. pp.199-225.

Nutbean, D y Harris, E. (1998). Theory in a nutshell: a practitioners guide to community theories and models in health promotion. *Nathional Center of Health Promotion*.

Ogden, J. (2003) Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychology*. 22, 4, pp. 424-428.

Ouellette, J.A., Gerrard, M., Gibbons, F.V., Reis-Bergan, M. (1999) Parents, peers, and prototypes. Antecedents of adolescent alcohol expectancies, alcohol consumption, and alcohol - related life problems in rural youth. *Psychology of Addictive Behaviors*. 13, 3, pp. 183-197.

Pérez, A. y cols. (2000). *El libro de las drogas manual para la familia*. Programa RUMBOS. Bogotá, Presidencia de la República.

Pérez, A. (1999) *Pilas con las drogas*. Programa RUMBOS. Bogotá, Presidencia de la República.

Perry, C.L. y Kelder, S.H. (1992). Models for effective prevention. *Journal of Adolescent Health*. 13, pp. 355-363.

Prochaska, C (2000). Matched and mismatched interventions with young adult smokers: testing a stage theory. *Health Psychology*, 19, 2, pp. 165-171.

Prochaska, J., y Velicer, W (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Health Promotion*. 12, 1, pp. 38-48.

Prochaska, J. y Prochaska M. (1993) Modelo Transteórico de cambio para conductas adictivas. En: *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de Recaídas*. Grossop Barcelona M. Universidad Santiago de Compostela, Ed. En Neurociencias.

Prochaska, J., DiClemente, C. y Norcross, J. (2000) *Changing for Good*.

Prochaska, J. (2000) Using transtheoretical model profiles to differentiate levels of alcohol abstinence success. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 5 pp. 810-817.

Quigley, B.M., Corbett, A.B. y Tedeschi, J.T. (2002) Desired image of power alcohol expectancies, and alcohol related aggression. *Psychology of Addictive Behavior*.

Ramos, V. y Sánchez, J. M. (2001) *¿Qué piensan los estudiantes sobre el consumo de alcohol?* Campaña Invierte en ti. Universidad Javeriana - Fondo de prevención Vial.

Rind, B., Tromovitch, P. y Bauserman, R. (1998) A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*. 124,1, pp.22-53.

Rhodes, J.E. y Jason, L.A. (1990) A social stress modelo of substance abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58, 4, pp. 395-401.

Rodríguez-Marín, J. (1995) *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.

Rodríguez-Marín, J. (1998) Psicología de salud y psicología clínica. Papeles del Psicólogo. *Revista Oficial del Colegio de Psicólogos*. 69, pp. 41-47.

Rosen, C. (2000a) Is the Sequencing of Change Processes by Stage Consistent Across Health Problems? A Meta-Analysis. *Health Psychology*. 19, 6, pp. 593-604

Rosen, C. S. (2000b). Integrating stage and continuum models to explain processing of exercise messages and exercise initiation. *Health Psychology*. 19, pp. 172-180.

Rosentock, I.M., Strecher, V.J. y Becker, H.M. (1994). the health belief model and VIH risk behavior change. En: R. Diclemente y J.L. Peterson. *Preventing AIDS, Theories and methods of behavioral interventions*. New York, Plenum Press pp. 5-24.

RUMBOS (1999-2000) *Sondeo nacional del consume de drogas en jóvenes*. Unidad coordinadora de prevención integral Alcaldía Mayor de Bogotá y Presidencia de la República de Colombia.

Sabih, T.W., Baker, E. Y Botvin, G. (1989) Dimensions of assertiveness: Differential Relationships to substance use in eraly adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57,4 pp. 473-478.

Sánchez, N. (1994) Aspectos genéticos del abuso del alcohol. En: Tapias, R. (1994) *Las adicciones: dimensiones, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno.

Samet, J. H. y O'Connor, P. G. (1998) Alcohol abusers in primary care: readiness to change behavior. *The American Journal of Medicine*. 105, 4, pp. 302-306.

Scheier, L.M. y Botvin G. J. (1997) Expectancies as Mediators of the Effects of Social Influences and Alcohol Knowledge on Adolescent Alcohol Use: A Prospective Analysis *Psychology of Addictive Behaviors*. 11, 1, pp.48-64.

Schwarzer, R. y Fuchs, R., (1996) Self-efficacy and health behaviours. En: *Predicting Health Behaviours*. Philadelphia: Norman y Conner. pp. 163-196.

Secretaría de Salud de Bogotá. (1999-2001) *Informe de Gestión*.

Sheeran P. y Abraham Ch. (1996) The Health Behaviours Model. En: *Predicting Health Behaviours*. Philadelphia: Norman y Conner. pp. 23-61.

Stacy, A. W., Widaman, K. F. & Marlatt, G. A. (1990). *Expectancy models of alcohol use*. pp. 918-928.

Stephoe, A., Wardle, J., Vinck, J., Tuomisto, M., Holte, A. y Wichstrom, L. (1994) Personality and attitudinal correlates of healthy and un healthy lifestyles in young adults. *Psychology and Health*. 9, pp. 331-343.

Suelves, J.P. y Sanchez-Turet, M. (2001) Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: resultados de un estudio transversal. *Anales de Psicología*. 17, 1, pp. 15-22.

Sussman, S. (1989). Two social influence perspectives on tobacco use development and prevention. *Health Education Research*. 4, pp. 213-223.

Taylor, M.J. (2000) The influence of self-efficacy on alcohol use among american indians. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 6, 2, pp.152-167.

Turrisi, R., Wiersma, K.A. y Hughes, K. K. (2000) Binge-drinking- related consequences in college students: roles of drinking beliefs and mother-teen communications. *Psychology of Addictive Behaviors*. 14, 4, pp. 342-355.

Turrisi, R. Y Wiersma, K.A. (1999) Examination of judgments of drunkenness, binge drinking, and drunk driving tendencies in teens with and without a family history of alcohol abuse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 23, pp. 1-8.

Velicer, W., Hughes, S., Fava, J., Prochaska, J. y DiClemente, C. (1995) Addictive Behaviors. *Addictive Behaviors*. 20, 3, pp. 299-320.

Velicer, W., Prochaska, J; Fava, J , Norman G. y Redding, C. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the transtheoretical model of Behaviour dianal. *Homeostans in Health and Desert*. 38, 5-6, pp. 46-233.

Velasquez, M.M., Carbonari, J.P. y DiClemente, C.C. (1999) *Psychiatric severity and behavior change in alcoholism: the relative of the transtheoretical model variables*.

Walker, E.A.; Gelfand, A.R.; Katon, W.J.; Koss, M.P.; Von Korff, M.S.; Berstein, D. y Russo, J. (1999) Adult health status of women with histories of childhood and neglect. *American Journal of Medecine*. 107,4, pp. 332-339.

Weinstein, N.D., Rothman, A. y Sutton, S.R. (1998). Stages Theories of Health Behavior: Conceptual and Metodological Issues. *Health Psychology*. 7, 3, pp. 290-299.

Werch, C.E., Meers, B.W. y Hallan, J.B. (1992) An analytic review of 73 college - based drug abuse prevention programs. *Journal of College Student Development*. 35, pp.359-363.

Widom, C.S., Weiler, B.L. y Cottler, L.B., (1999) Childhood victimization and drugs abuse: a comparison of prospective and retrospective findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67, 6, pp. 867-880.

Wills, T.A., Baker, E. y Botvin, A. (1989) Dimension of assertiveness: differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57, 4, pp. 473-478.

Witkiewitz, K. Y Marlatt, G.A. (2004) Relapse prevention for alcohol and drugs problems: That was Zen, This is Tao. *American Psychologist*. 59, 4, pp. 224-235.

COMPORTAMIENTO Y SALUD

Adela Fusté-Escolano
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Universidad de Barcelona

España

Introducción

No escapa a la evidencia cómo algunas personas se recuperan con cierta rapidez de las mismas enfermedades y trastornos que a otras causan largos períodos 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 la gripe, sinusitis, hepatitis, o el herpes, por citar tan sólo las más comunes, mientras que otras, aún estando expuestas a los mismos virus, no sucumben a tales infecciones, permaneciendo 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 (Jenicek 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 anteriormente 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 a desarrollar la enfermedad, en sí mismo no es determinante de la misma. Es por ello que cobra especial relevancia hallar la 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 bio-psico-sociales predisponen o interactúan con la fisiología del organismo para poner en marcha el proceso desencadenante de la enfermedad?, y en este sentido es dónde 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 del mismo y en el modo en cómo éste lo afronta.

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

plantearíamos, a modo ilustrativo, los siguientes : ¿La personalidad está asociada a ciertos patrones de respuesta psicofisiológica?, ¿qué patrones psicofisiológicos regulan la predisposición a la enfermedad?, ¿personalidades diferentes se hallan inextricablemente asociadas a enfermedades diferentes?.

Como vemos, la relación entre personalidad y enfermedad, entre lo psicológico y lo fisiológico, no es una cuestión fácil de responder y, quizás 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 dicha 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, quizás 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, intentamos abordar 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 incluídos 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 a la susceptibilidad a la enfermedad.

Los mecanismos subyacentes a tales interacciones psicobiológicas y, en particular, las consecuencias de tales interacciones 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, partiendo 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 de 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, empezando por conocer cómo nació la psiconeuroinmunología, qué son y como 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 y como se ha comentado anteriormente, nos interesamos en abordar la relación entre los aspectos psicológicos del individuo en su 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 aquéllos que explican la conducta a partir de rasgos estables biológicamente determinados.

El tópico 4 hace una incursión en la psiconeuroinmunología como disciplina integradora de las relaciones entre la conducta y la salud, abordando 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 escepticismos, en el siguiente capítulo se aporta evidencia empírica de las relaciones que se han encontrado siguiendo una metodología científica entre diferentes perfiles de personalidad y distintos parámetros del sistema inmunitario.

Finalmente, se aborda la relación entre comportamiento y salud analizando 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 la situación la desencadena o los efectos de ésta. No obstante, sí 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 en el rendimiento laboral, disfunciones sexuales, problemas de sueño, hipertensión, etc. (Labrador, Crespo, Cruzado y Vallejo, (1995). Ultimamente se le han atribuido también alteraciones producidas como consecuencia de una alteración 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 primera dificultades la encontramos en la definición que se da al concepto de estrés; definición que determinará la forma de evaluarlo así como los parámetros que se tendrán en cuenta en las investigaciones que se lleven a cabo para evaluar 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, en cuanto que desencadenan el estrés, que son fuente de estrés. Este enfoque engloba a todas aquellas investigaciones que hacen especial énfasis en situaciones que significan cambio y requieren reajustes en la rutina de una persona siendo considerados, generalmente como acontecimientos indeseables (Holmes y Rahe, 1967).

En segundo lugar, encontramos una masa también considerable de investigación que ha puesto énfasis no en el estímulo sino más bien en la respuesta. Tal es el enfoque del que se ha considerado el padre de las investigaciones sobre el estrés, H. Selye. Éste 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) han venido presentando una teoría que define el proceso del estrés como un proceso de interacción dinámica, en los términos de un modelo 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 person-entorno. Así pues, desde este enfoque se entiende el estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado como amenazante y desbordante de sus recursos, poniendo en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1986, p. 46).

Dentro de 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 del entorno, 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 el estrés sólo existe cuando una persona lo define como tal.

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 y 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).

I. Eje neural: parece activarse de manera inmediata en todos los casos, provocando 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 del Sistema Nervioso Somático.

Tabla 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
Glucogenesis en el hígado
Contracción del bazo
Disminución de la excreción de orina
Aumento del metabolismo basal

Adaptado de Labrador, Crespo, Cruzado y Vallejo, 1995

II. Eje neuroendocrino: es más lento en su activación y necesita unas condiciones de estrés más mantenidas. Su disparo implica la activación de la médula, de las glándulas suprarrenales, con la consiguiente secreción de catecolaminas

(adrenalina y noradrenalina), lo que ayuda a aumentar y mantener la actividad adrenérgica, produciendo efectos similares a los producidos por la activación simpática aunque con un efecto más lento y duradero. Los efectos de la activación de este eje quedan reflejados en la tabla 2.

La activación de este eje se ha asociado a lo que Canon denominó *respuesta de lucha o huida*. Esto es, 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, o bien escapar o evitarlo. Por lo 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 mantenida de este eje facilitará la aparición de problemas cardiovasculares. De ahí la supuesta relación entre el patrón de personalidad Tipo A y los trastornos coronarios.

Tabla 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

III. Eje endocrino. Es el eje que implica mayor actividad hormonal. Por una parte, las conexiones adrenales-hipofisarias responden provocando la liberación de glucocorticoides (cortisol y corticoesterona), así como la de mineralocorticoides (aldosterona y desoxicorticosterona), facilitando 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.

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, en consecuencia, el desgaste general. Finalmente, la secreción de vasopresina cuyos efectos alteran el funcionamiento de los riñones y su

consiguiente incremento en la retención de líquidos, pudiendo así colaborar al desarrollo de la hipertensión. Por último, la hipófisis anterior también segrega β -lipotropina y β -endorfina conjuntamente a 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 mantenida. A diferencia del eje II, este tercer eje parece dispararse selectivamente cuando la persona no dispone de estrategias de afrontamiento, es decir, cuando solamente 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.

Tabla 3 - Principales efectos de la activación del eje endocrino

EJE ENDOCRINO
<i>Aumento de</i>
Producción de glucosa
Irritación gástrica
Producción de úrea
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 fabricación de proteínas
Bloqueo de respuesta inflamatorias
Retención de líquidos en el riñón

Adaptado de Labrador, Crespo, Cruzado y Vallejo, 1995

Estilos de vida. Definición

Tal y como expone Gil-Roales (1998) se pueden detectar tres aproximaciones al concepto de *Estilo de vida*. Se puede considerar, en primer lugar, el estilo de vida de una forma **genérica** en la que se conceptualiza el estilo de vida 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 estarían las definiciones de Singer (1982) y Ardell (1979). El primero define el estilo de vida como *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 2 estilos de vida:

a) *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, dimensión que viene definida por la participación en deportes y ejercicio regular, mantenimiento de un bajo índice de masa corporal, etc.).

b) *estilo de vida libre* caracterizado por comportamientos totalmente contrarios al anterior: consumo de alcohol, toma de alimentos no saludables y no preocupación 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 de la gente que tanto individual como colectivamente y de una forma cotidiana, permitan una mejora de calidad de vida. En el siguiente cuadro, 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 del estilo de vida se caracteriza por socializar el concepto (Gil-Roales, 1998) por lo que hablaríamos de un **estilo de vida socializado**. Desde esta perspectiva, el estilo de vida no se refiere únicamente a una cuestión de hábitos personales, sino que también tiene que ver como las sociedades organizan el acceso a la información, la cultura, y a la educación. Esta dimensión social entiende el estilo de vida como una interacción de responsabilidad individual y responsabilidad política al entender que, por ejemplo, el individuo no es el único responsable de morir de cáncer tras cuarenta años como fumador. Esto es, el estilo de vida no es sólo una cuestión de voluntad o sentido de responsabilidad y se critica, por tanto, la sobreestimación del nivel de control sobre su propio estilo de vida puesto que muchos elementos con poca o ninguna posibilidad de alteración personal son, precisamente los más peligrosos para la salud a nivel epidemiológico (pobreza, desempleo, etc.). Desde esta perspectiva, se pretende cambiar los estilos de vida a través del cambio de las condiciones de vida. En esta aproximación 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*.

<i>Listado de hábitos de vida que favorecen el desarrollo de un estilo de vida saludable</i>
Saber utilizar la publicidad, el consumo en general Utilización adecuada de servicios públicos Cultura física Respeto a las normas de tráfico Higiene personal Utilización racional del agua y de los recursos energéticos Hábitos de limpieza urbana Buenos hábitos alimentarios 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
<i>Listado de hábitos que dificultan el desarrollo de un estilo de vida saludable</i>
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), pág. 128.

El problema de esta conceptualización reside en la dificultad en operacionalizar un concepto tan amplio y el posible enfoque a efectos de intervención. Sin embargo, ha tenido su influencia en los objetivos de la OMS puesto 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 tercer aproximación al concepto de estilo de vida. Se trata de un enfoque **pragmático**. Se parte de la evidencia empírica que demuestra que ciertas formas de hacer, decir y pensar parecen ser mejores que otras para la salud. Las definiciones que engloba este enfoque pragmático 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 que son de relevancia para la salud, aspecto éste en el que no se ha llegado a un acuerdo unánime sobre cuáles son las conductas que promueven la salud, pues los distintos estudios en este campo dan como resultado agrupaciones de conductas

más o menos consistentes 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" a *los patrones de respuestas relacionados con la salud cuando la persona no tiene síntomas específicos*, o la de Matarazzo (1984) quien define *inmunógenos conductuales a las actividades o hábitos de vida que reducen el riesgo de morbilidad y muerte prematura, representando por tanto, una especie de defensas conductuales contra la enfermedad*.

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

- a) Conductas de detección de enfermedades, entendidas como aquéllas que proporcionan la posibilidad de detección de trastornos y que por sí mismas no permiten que la persona mejore su salud.
- b) 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 anteriores pueden englobarse en esta última propuesta puesto 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 el énfasis que se pone en los aspectos cognitivos para la explicación de tal relación. Dichos modelos son el modelo de *creencias sobre la salud* (Janz y Becker, 1984), *la teoría de la utilidad subjetiva esperada* (Edwards, 1961), *la teoría de la motivación por la protección* (Prentice-Drunn y Rogers, 1986) y *la teoría de la acción razonada* (Ajzen, y Fishbein, 1980).

Sin embargo, problemas genéricos a estos modelos son la escasa capacidad predictiva, los resultados inconsistentes que han generado y el excesivo peso que se deposita en las variables cognitivas. Con el ánimo de aumentar el potencial explicativo de los modelos se han generado nuevos modelos incluyendo nuevas variables y distinguiendo entre componentes cognitivos y afectivos, estando los primeros más relacionados con las conductas promotoras de salud y los segundos con las conductas de detección de enfermedades.

Una alternativa a estas propuestas son los modelos **centrados en los rasgos de personalidad** propuestos por Suls y Rittenshouse (1990) y que intentan explicar la relación entre comportamiento y salud a partir de los rasgos temperamentales y caracteriales 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 viene 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. Dicha 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 poniendo en riesgo la salud del individuo. Una representación gráfica de dicho modelo la podemos ver en la fig. 1.



Figura 1 - Adaptado de Suls y Rittenhouse (1990).

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, una urgencia de tiempo, impaciencia, hostilidad y competitividad, necesitan del éxito y el reconocimiento social de una 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, el aumento de la tasa cardíaca, el incremento 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 a la *hostilidad* 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 a un aumento del sistema nervioso simpático, responsable de la de presión diastólica. Así, en los trabajos recogidos por Suls y Rittenhouse (1990) se ha encontrado que los individuos hostiles se caracterizan por presentar conductas de desconfianza e irritabilidad las cuales desencadenan un estado constante de hipervigilancia asociado a 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 una atención mayor 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 entre Tipo A y B en la magnitud de la respuesta es suficiente para tener significatividad patogénica. En este sentido, Holmes (1983) ya encontró en sus trabajos de los años 80 que las diferencias en la presión sistólica entre personas con patrón A y patrón B de conducta era sólo de 6 mm Hg. Estas diferencias pueden ser, no obstante, debidas a si 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 propone que ciertas disposiciones crean, de una forma crónica, elevados niveles de arousal fisiológico. Dicho arousal causa alteraciones en el cuerpo que, a su vez, desencadenan trastornos fisiológicos. Un ejemplo de dicho modelo es la teoría de que personas con disposición a suprimir sentimientos hostiles presentan elevaciones crónicas en el arousal simpático. Ello altera la función neural o la resistencia vascular que, a su vez lleva a una elevación de la presión sanguínea provocando lo que conocemos como *Hipertensión esencial*. En este modelo, por tanto, no hay variabilidad fisiológica que lleve al 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 enfatiza 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

Es un modelo mucho menos estudiado que el anterior. La proposición básica que defiende el modelo es que las disposiciones de personalidad asociadas con riesgo de enfermedad pueden ser simplemente marcadores de alguna debilidad física innata o anormalidades 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 anormalidad suyacente que crea el riesgo de enfermedad. Una representación gráfica de dicho modelo se puede ver en la Fig. 2.

Las afirmaciones que hace 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.

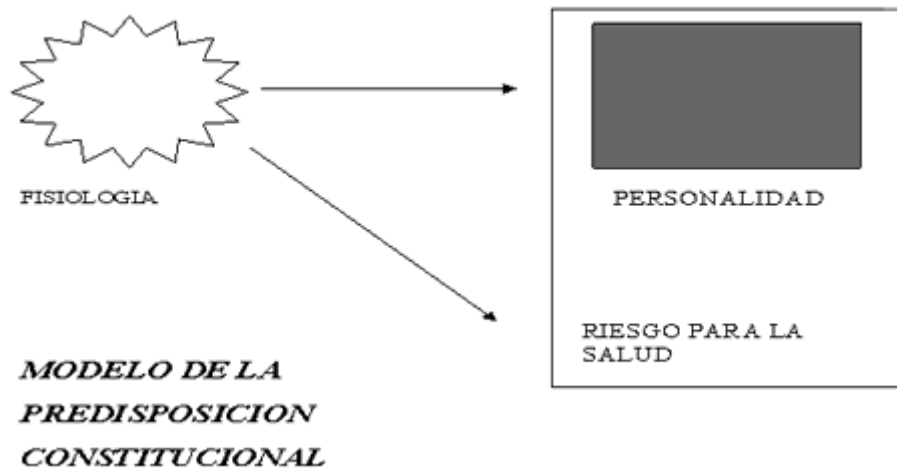


Figura 2 - Adaptado de Suls y Rittenhouse (1990).

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

Ahora bien, al igual que en el modelo anterior, el presente modelo no está exento – de problemas. Por una parte, no está claro porque la personalidad debería ser un marcador de condiciones física subyacentes; y por otra, sugiere la controversia sobre la heredabilidad de los rasgos.

Personalidad como causante de conductas arriesgadas

Este tercer modelo propone que los rasgos de personalidad confieren mayor riesgo de enfermedad al exponer a los individuos a situaciones y circunstancias arriesgadas. Un ejemplo gráfico del modelo podemos verlo en la figura 3.

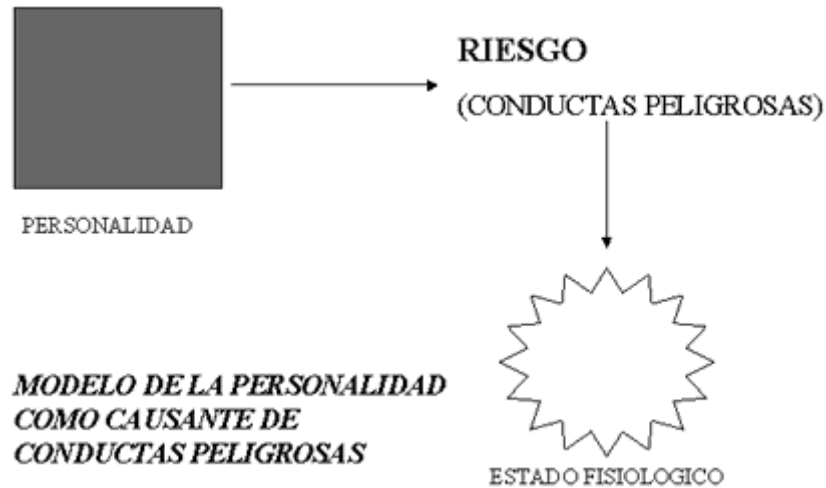


Figura 3 - Adaptado de Suls y Rittenhouse (1990).

Un ejemplo de la aplicación de este modelo es la teoría que se establece para explicar la mayor incidencia de cáncer en los individuos deprimidos. Así, los depresivos no tienen cuidado de sí mismos y por tanto, descuidan su alimentación, no van al médico, no prestan atención a los signos alarmantes (manchas, bultos, etc.), lo que puede favorecer la progresión del cáncer. En este mismo sentido, los sujetos neuróticos (elevadas puntuaciones en neuroticismo y/o trastornos neuróticos) fuman en mayor cantidad para hacer frente al estrés lo que favorece el desarrollo de cáncer de pulmón.

Según este modelo, ciertas disposiciones de personalidad, llevan al individuo a crear o buscar situaciones que eliciten reactividad, buscan situaciones competitivas o desatienden la propia salud.

Los problemas que presenta este modelo se sitúan a nivel metodológico, más concretamente, en la imposibilidad de establecer una independencia absoluta entre personalidad y los life events o situaciones estresantes.

Los tres modelos aquí presentados no tienen porque 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.

La psiconeuroinmunología como disciplina integradora

En los capítulos precedentes hemos visto como alguno de los modelos explicativos 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 psicoinmunología, disciplina que se encarga de estudiar las relaciones entre conducta, cerebro y sistema inmune. Puesto que se propone como explicación para dar cuenta 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 el año 1992. Sin embargo, ya en la antigüedad se había sugerido una relación entre el estado mental y la susceptibilidad a enfermar, tal y como expresa la tipología humoral de Hipócrates y Galeno, comentada en la introducción de este capítulo.

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, el médico 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) afirma que la excitación física en los pacientes tuberculosos inhibe la fagocitosis, proponiendo como mecanismo explicativo un dispositivo endocrino: la adrenalina. A principios de los años 60, 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 Metal'nikov y Chorine, del instituto Pasteur, descubrieron que la intensidad de la inflamación podía modificarse por medio del condicionamiento pavloviano lo que llevó a considerar que 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 menor. 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 gastrointestinales) minutos después de que los roedores ingieran 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 la observación de que algunos de los animales condicionados murieron en el transcurso de las pruebas de extinción realizadas, 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 la importancia de este hecho, y es 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 otras palabras, habían conferido a la sacarina propiedades inmunosupresoras, lo que provocó que los roedores su hubieran vuelto vulnerables 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 lo cuales confirmaron este hallazgo sugiriendo una relación íntima y virtualmente no explorada entre el sistema nervioso central y los procesos inmunológicos.

Paralelamente se iba acumulando evidencia a 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 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 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 "Psicoimmunología".

A partir de estos trabajos se inicia una nueva corriente de elevada productividad científica encaminada a explorar y analizar las relaciones entre aspectos psicológicos y el funcionamiento inmunológico; relaciones que deben seguir siendo exploradas, pues aunque actualmente existe una evidencia bastante consolidada sobre la existencia de tal relación, 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 inmunidad 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 estamos tratando 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. Estos 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 ello deben unirse a un portador (o carrier).

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:

- a) Los haptenos, activos únicamente, cuando se unen a un portador.
- b) Los antígenos naturales. Se encuentran en la naturaleza y en los tejidos animales.
- c) Los antígenos artificiales obtenidos por modificación química de antígenos naturales, y
- d) 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. Estos anticuerpos intervienen, por ejemplo, combinándose directamente con toxinas bacterianas y neutralizándolas, recubriendo a las bacterias y promoviendo su fagocitosis, etc.
- b) Inmunidad celular mediada por células que, específicamente sensibilizadas, se acumulan en el tejido implicado en la reacción liberando 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 se ve rota en caso de quemaduras, cortes o heridas. Los microorganismos que atraviesan la piel encuentran por debajo de ella otras poderosas defensas que dejan de ser efectivas 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 produciendo, 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 con 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, constituyendo una formidable fuente de limpieza de las mucosas.

Respecto al 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 intervienen en las distintas reacciones inmunitarias.

Entre los elementos que componen la inmunidad innata, los fagocitos constituyen la defensa más importante contra los microorganismos (Fainboim & 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 6 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 llamadas también leucocitos eosinofílicos 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 el 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 está establecido 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 (p. Ej. 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 las 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 antivírica 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 han abandonado 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". Estos macrófagos activados 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, los macrófagos difieren de los neutrófilos en que juegan un papel muy importante tanto en la respuesta humoral como en la mediada por células. Asimismo están implicados en la inmunidad anti-tumoral.

Una de las reacciones importantes en este tipo de inmunidad es la reacción 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. Esta respuesta 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 factores exógenos como son lesiones 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 fueron ya descritos en la antigüedad por Paracelso y 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 aumento en 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 químicos aumenta la permeabilidad capilar con lo que los líquidos y las células sanguíneas pasan al espacio extravascular provocando la hinchazón y un 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 dependerá de la extensión del daño ocasionado por el microorganismo infectante o por la propia respuesta inflamatoria. Estos cambios corresponden a la *inflamación aguda* la cual se inicia rápidamente y puede durar días o incluso algunas semanas. Si la inflamación aguda no soluciona el problema, puede cambiar de carácter y permanecer durante semanas, meses o incluso años, convirtiéndose en una *inflamación crónica*.

Hasta ahora hemos estado describiendo las células que intervienen y predominan en la *inmunidad innata o inespecífica*, sin embargo existen otro tipo de células que intervienen en la respuesta inmunitaria *específica*; respuesta 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 describimos a continuación. Los *Linfocitos* se originan de 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:

a) 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 el 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 del antígeno).

b) 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, ocupando las denominadas área 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*. Estas sintetizan y segregan anticuerpos, los cuales 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 a los linfocitos B 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 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. Son, generalmente, 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 efectoras que permitan la eliminación del antígeno del organismo. La unión de un anticuerpo a una toxina bacteriana puede neutralizar su actividad biológica al bloquear 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 veamos, ahora 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. Hay una fase de latencia existente entre la administración del antígeno y la aparición de niveles detectables de anticuerpo en el suero. Después le sigue una fase de crecimiento exponencial de los títulos de anticuerpo, con posterior disminución de estos últimos. 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. Esta segunda inyección de antígeno 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 período 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. Es por tanto, comprensible que los mecanismos inmunológicos implicados en el primer contacto con ese antígeno, dejen algún sistema de memoria que fuera capaz de responder con mayor rapidez y en mayor magnitud a 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 información, 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 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 aquellos antígenos que provocan un intenso rechazo inmunitario (Roitt, 1988). Esta región es la denominada con el término "*Complejo Principal de Histocompatibilidad*"

Son, precisamente, ciertos genes ligados a este Complejo de Histocompatibilidad 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.

Es en base a ello que los animales que posean uno de estos genes responderán enérgicamente al antígeno correspondiente produciendo anticuerpos, y desarrollando una hipersensibilidad tardía. Por el contrario, los animales que no posean este gen no desarrollarán 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 al 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 y 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. Esta 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).

El modo cómo tales variables psicológicas, que nosotros entendemos constituyen la personalidad del individuo, influyen en el funcionamiento inmunológico, lo ilustramos en la figura 1.1 que a continuación vamos a tratar de exponer.

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 sistema inmunológico; 2) por la interrelación entre el sistema nervioso central y el sistema inmune, y finalmente 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

No es hasta fechas relativamente recientes que se han ido descubriendo vías anatómicas que relacionan al sistema inmune con el resto del organismo. En lo que refiere a las relaciones entre el sistema inmune y el sistema neuroendocrino, éstas

han sido bien establecidas (Basedovsky, Sorkin, Felix y Haas, 1977; Munck y Guyre, 1991; Reichlin, 1993), constituyendo éste



Figura 4.1 - Vías de interacción entre variables psicológicas y funcionalidad del sistema inmune.

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 nos viene de los experimentos realizados en el campo animal, concretamente con los experimentos realizados con ratones Snell-Bagg. Dichos animales presentan hipopituitarismo y además de presentar deficiencias metabólicas presentan una capacidad de producción de anticuerpos disminuída 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 consistentes.

Los efectos de la hipofisectomía sobre la inmunidad celular han sido más consistentes: si ésta se practica sobre el animal joven, la reacción de sensibilidad de contacto al 2,4-dinitro-1-cloro-benceno se ve disminuída, mientras que si se

practica sobre el animal viejo, la respuesta inmune se ve potenciada (Berczi y Nagy, 1991).

El estudio de las relaciones entre el sistema inmune y el sistema neuroendocrino también se ha centrado en el análisis del papel que las distintas hormonas y péptidos tiene sobre el sistema inmune. 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 presenta, también 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 5 y su estudio ha contribuido en el esclarecimiento de las vías de interacción entre sistema endocrino y sistema inmune.

Pero 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, volviendo a niveles normales cuando se extinguía la respuesta inmune (Besedovsky y Sorkin, 1977). Es por ello que actualmente, se defiende una influencia bidireccional entre ambos sistemas.

Tabla 5 - Efectos. Inmunorreguladores de diversas Hormonas y Péptidos*

Hormona o Péptido	Función Inmune afectada
Inhibidora Glucocorticoides Corticotropina	Síntesis de linfocinas, Inflamación Activación de macrófagos, Síntesis de IgG e Interferón
Gonadotropina coriónica ?-Endorfina Somatostatina	Actividad de las células T y de las NK Síntesis de IgG, Proliferación de células T Proliferación de células T, Proceso inflamatorio
Péptido intestinal vasoactivo Hormona	Proliferación y migración de células

estimulante del Melanocito	T Fiebre, Síntesis de prostaglandinas, Secrección de interleuquina-2
Estimulante Estrógenos Hormona del crecimiento	Proliferación y secrección de Linfocitos Crecimiento Tímico, Reactividad de los linfocitos
Prolactina	Actividad tímica, Proliferación de los linfocitos
Tirotropina B-Endorfina Sustancia P	Síntesis de IgG Actividad de las células T, B y NK Proliferación de las células T y macrófagos, Proceso inflamatorio.
Hormona precursora de la Corticotropi-na	Proliferación y activación de Linfocitos y monocitos

* Tomado de Reichlin (1993)

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 tiene 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 han habido en la psicoimmunología esto es, el condicionamiento de la repuesta 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 producen sobre la respuesta inmune, se ha podido comprobar que distintas áreas de una misma estructura anatómica tienen efectos distintos sobre la respuesta inmune. Así, el hipotálamo anterior parece ser que activa la respuesta inmune puesto que lesiones en este área producen un descenso del número de timocitos, una disminución de la proliferación del linfocito T inducida por el mitógeno concavalina A, una disminución de la actividad de las células NK y una disminución de la respuesta de anticuerpos (Cross, Markesbery, Brooks, y Roszman, 1980; Stein, Schleifer, y Keller, 1981). Contrariamente, el efecto del hipotálamo medio o posterior sobre la respuesta inmune no está consistentemente establecido ya que lesiones en estas áreas han producido efectos variables sobre dicha respuesta.

Respecto al sistema límbico, si bien existe cierta evidencia de que lesiones en la amígdala y en el hipocampo no afecta a la respuesta inmune (Felten, Cohen, Ader, Felten, Carlson y Roszman, 1991), también existe evidencia de que lesiones en estas áreas potencia la respuesta inmune provocando un aumento del número de esplenocitos y timocitos y potenciando 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 en 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 dicha estructura anatómica provoca una reducción de la respuesta inflamatoria en la reacción de hipersensibilidad retardada por lo que se dedujo que la Formación reticular 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, argumentando entonces que la estructura mencionada tiene una función inhibitoria sobre la respuesta inmune (Jankovic y Isakovic, 1973).

Finalmente, el efecto del cortex sobre la respuesta inmune depende del hemisferio que se estimule. Así, parece ser que la activación del hemisferio izquierdo incrementa la inmunidad celular ya que los experimentos con ratones demostraron que lesionando dicho hemisferio se provocaba un descenso del número de linfocitos T, una disminución de la respuesta del linfocito T a antígenos y una disminución de la actividad de las NK; por el contrario, el hemisferio derecho parece ser que tiene 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 aportan evidencia sobre las relaciones entre el sistema nervioso central y el sistema inmune lo constituye el trabajo con neurotransmisores si bien, existen resultados poco consistentes acerca de la dirección que ha de tomar la relación entre éstos y el sistema inmune. 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 consistentes. Estos proponen un papel depresor de la serotonina 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 factores psicológicos más estudiados en este ámbito ha sido el estrés (véase para una revisión Ader y Cohen, 1993; Cohen y Williamson, 1991; y Borrás, 1995) el cual, asociado a 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 aún utilizando diferentes tipos de situación estresante. Así, encontramos trabajos que se centran en el estrés provocado por situaciones de pérdida (Pettingale, Hussein, Inayat, Tee, 1994), por circunstancias laborales (Vaernes, Myhre, Aas, Hommnes, Hansen y Tonder, 1991), por conflictos interpersonales (Kiecolt-Glaser, 1999), por situaciones clínicamente amenazantes (Borrás, Bayés, y Casas, 1993), por 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 consistentes acerca de la dirección que ha de seguir esta relación, si bien lo que parece comprobado es que ante diversas situaciones estresantes parece darse una alteración en la función inmunológica. Uno de los argumentos que se propusieron en un principio para dar cuenta de esta falta de unanimidad en los resultados fue la diferencia en el tipo de estrés estudiado: estrés agudo vs. estrés crónico (Vassend and 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) encuentran diferencias en el comportamiento de distintos parámetros del sistema inmune en una situación de estrés agudo y más recientemente Benschop, Jabaaij, Oostveen, Vingerhoets y Baillieux (1998) no encuentran diferencias entre niveles de estrés y títulos de anticuerpos contra el virus Epstein-Barr. Por su parte, en el estrés crónico encontramos numerosos trabajos que 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 muestran 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 del por qué 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 inmune, diferencias individuales 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 psicoimmunología (Jemmott y Locke, 1984), sin embargo no es hasta fechas recientes que se pone de manifiesto con mayor hincapié la necesidad de analizar el papel que juegan las diferencias individuales en la psiconeuroimmunología (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 hallado de algunos estresores sobre la respuesta inmune (Kwang, Han, Byung, Seok, Chul, Sik, Yeon, Woo, Hong y San, 1998; Kemeny y Laudenslager, 1999). Diferencias individuales que 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 a 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 aquéllos que no lo hacen (Irwin, Daniels, Bloom y Weiner, 1986). Más aún, se han encontrados distintos correlatos fisiológicos en sujetos que responden a dicha situación con respuestas negativas diferentes (Kemeny y Dean, 1995).

Parece pues claro que la personalidad puede jugar un papel importante en la caracterización de las respuestas psicológicas que los sujetos manifiestan 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 vendrá 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 vendrá determinada también por el grado de susceptibilidad del sujeto a determinado tipo de estímulos (nivel de *ansiedad* para Gray); susceptibilidad que vendrá determinada 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 vendrá 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 viene determinado 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). Estos, 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 neuro-endocrina (Lazarus, 1990).

Por otra parte, también se ha comprobado en distintas investigaciones (McCrae and Costa, 1986; Amirkhan, Risinger and Swickert, 1995; Vollrath, Torgersen and Alnaes, 1995; Fusté y Tous, 1995) que determinadas estrategias de afrontamiento (confrontación, planificación de la respuesta, evitación) están asociadas de una forma consistente y estable a determinadas dimensiones de personalidad concretamente a extroversión, y 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, y todo ello estando mediado por las características idiosincráticas del individuo, esto es, su personalidad.

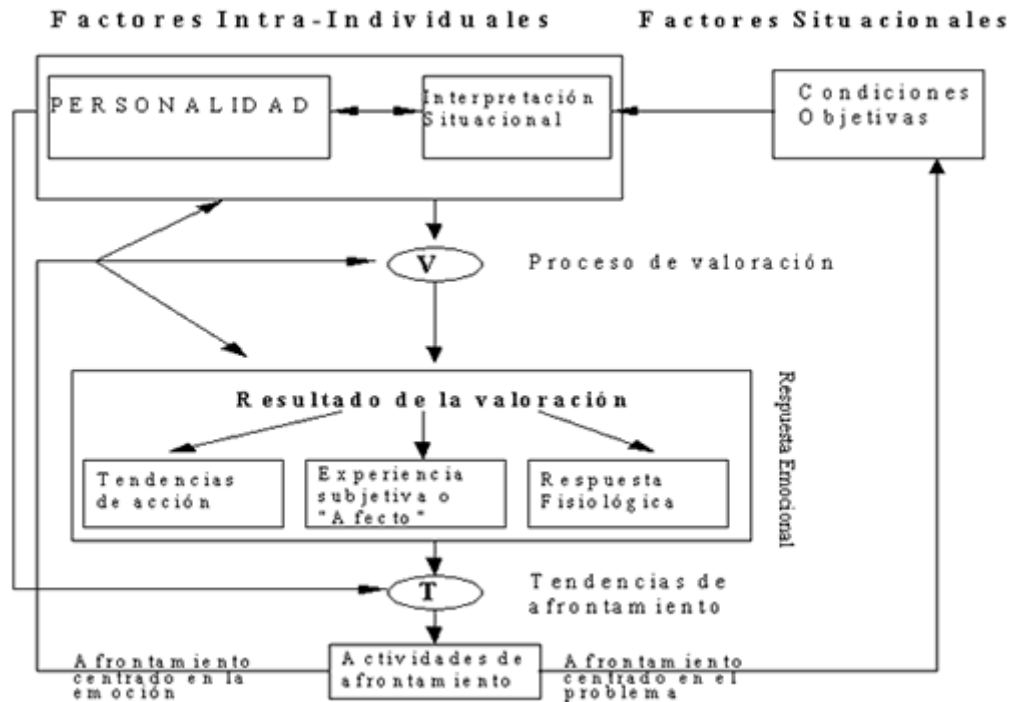


Figura 5 - Modelo del "sistema Cognitivo-emotivo-motivacional" (Smith y Lazarus, 1990)

Vemos, por tanto, una primera posibilidad de relación entre Personalidad y respuesta inmune. Relación que viene 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-hipofisiario-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). Es por ello que 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 en 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.

De la misma manera, algunos autores (Ballenger, Post, Jimerson, Lake, Murphy, Zuckerman y Corin, 1983) han encontrado 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 se ha visto anteriormente, algunos autores han propuesto efectos inmunosupresores de la noradrenalina por lo que podría esperarse una función inmune alterada en los sujetos con elevadas puntuaciones en la escala de Neuroticismo de Eysenck.

Relacionando otros neurotransmisores (dopamina, serotonina) implicados en la expresión de conductas propias de determinadas dimensiones de personalidad, podemos también relacionar la personalidad con la actividad inmunológica. Así, respecto a la dopamina, implicada 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 a la serotonina, como se ha comentado anteriormente, también se han observado efectos de ésta sobre el sistema inmune (Roszman, y Brooks, 1985). Puesto que es un neurotransmisor implicado en la dimensión de ansiedad de Gray y en la dimensión estrés-ansiedad de Tous, pensamos en la posibilidad de que puntuaciones extremas en dichas dimensiones presenten alteraciones en la respuesta inmunológica.

Finalmente, estructuras anatómicas tales como la formación reticular, el sistema límbico, el hipotálamo, el hipocampo, 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 según el modelo propuesto por Tous (1986) puede relacionarse también con la respuesta inmune del sujeto a tenor de los trabajos que demuestran que hemisferio 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*, tal y como acabamos de exponer en el capítulo anterior. Siendo el análisis de tal interrelación el objeto de estudio de la *Psiconeuroinmunología*, consideramos necesario para una mejor comprensión 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.

Siendo conscientes de la complejidad que entrañan tales estudios y de la diversidad de resultados a que han dado lugar, consideramos conveniente asimismo anticipar que el estado actual de la cuestión evidencia una gran heterogeneidad en cuanto a las variables psicológicas utilizadas como criterio para el análisis de la relación entre éstas y el sistema inmune.

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 inmune, hemos de decir que éstos no comienzan a plantearse hasta hace apenas dos décadas. La revisión bibliográfica de los mismos nos permite, a efectos de una mejor comprensión, clasificarlos en diversas áreas de estudio, atendiendo a 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, aquéllos que se centran específicamente en la relación entre personalidad y respuesta inmune propiamente dicha, entendida ésta como reacción a agentes patógenos inoculados experimentalmente.

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

Personalidad y afecciones virales

Una de las primeras referencias en este tipo de trabajos la encontramos a principios de la década de los 70 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 concluir ninguna asociación entre la enfermedad vírica y características de personalidad.

Totman, Kiff, Reed y Craig en 1980 intentan 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 *E.P.I.* de personalidad y el *Holmes-Rahe Schedule of Recent Experiences*, inocularon via nasal distintas dosis de rinovirus. Los resultados mostraron una relación significativa y negativa entre las puntuaciones obtenidas en la escala de introversión-extroversión del *E.P.I.* 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, Phillipotts y Wallace (1984), en el que siguiendo el mismo procedimiento y utilizando además el virus de la gripe, se confirma 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 relación 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) analizan en dos experimentos distintos, si la susceptibilidad a padecer infecciones por rinovirus, (inducidas experimentalmente) está relacionada con medidas de personalidad, estados fisiológicos, motivación y la eficiencia en la ejecución de diversas tareas experimentales de tiempo de reacción. Los resultados obtenidos no corroboran los resultados obtenidos en las investigaciones anteriores. Únicamente, en el segundo de los experimentos, los individuos con infección sub-clínica (es decir, presentan el virus pero no desarrollan la enfermedad), eran significativamente más introvertidos que el resto de sujetos. Dichos resultados, llevan 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 al no encontrar 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 inmune

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 inmune registrados. Así, por ejemplo, utilizando el MMPI como medida de personalidad, Heisel, Locke, Krau, y Williams (1986) comparan la actividad de las células *Natural killer (NK)* con las puntuaciones obtenidas en dicho cuestionario de 111 estudiantes universitarios. Los resultados muestran correlaciones bajas pero estadísticamente significativas entre algunas de las escalas y la actividad de las NK, siendo 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 aquéllos que presentaban un nivel más bajo de actividad celular. Finalmente, los sujetos con puntuaciones altas en el MMPI ($T > 70$) mostraban 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 de Jemmott, Borysenko, Borysenko, McClelland, Chapman, Meyer y Benson, (1983) relacionan las diferencias individuales en personalidad, medida con dicho protocolo, con la cantidad de Inmunoglobulina A (IgA) salivar registrada en diferentes momentos temporales, antes, durante y después de un período de exámenes académicos. Los resultados mostraron 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 participantes. Contrariamente, los sujetos con una alta necesidad de poder mostraron un descenso en el nivel de IgA salivar secretado a lo largo de los distintos puntos de medida. Asimismo, dichos sujetos experimentaban un descenso en dicho nivel de anticuerpos en la última medición realizada correspondiente a un período de bajo estrés.

Estos resultados fueron replicados 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 a un mayor aumento en las concentraciones de norepinefrina en saliva. Por todo ello, los autores concluyen 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 a nivel 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. Asimismo, 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 los estudios anteriores, no obstante, Vassend y Halvorsen (1987) emplean como medidas psicológicas de personalidad pruebas derivadas psicométricamente y fundamentadas en modelos biológicos de personalidad bien establecidos empíricamente (EPI). Asimismo, el indicador inmunológico no se reduce a una única clase de anticuerpo sino que registran las concentraciones en suero sanguíneo de cuatro tipos de inmunoglobulinas (IgA, IgE, IgG, IgM).

El estudio de Vassen y Halvorgen (1987) está dividido en dos fases: una primera fase en la que se intenta analizar el efecto que el examen académico tiene sobre la concentración de anticuerpos. Para ello se obtienen medidas psicológicas e inmunológicas de los 23 sujetos participantes en tres momentos distintos en un intervalo de 2 meses, haciendo coincidir la segunda medición con el día previo al suceso estresante. La segunda fase del trabajo tenía como objeto hacer un estudio correlacional de las variables psicológicas y las variables inmunológicas registradas. Los resultados muestran una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones obtenidas en la escala de Neuroticismo del EPI y el nivel medio de IgM en sangre. Asimismo, los sujetos que presentan un patrón de conducta "inhibido" y "sensitivo" evaluado por medio del *Millon Behavioural Health Inventory (MBHI)* presentan un nivel mayor de IgM que el resto de los participantes. Finalmente, los sujetos que según dicho cuestionario exhiben un perfil "sociable" de personalidad presentan 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 y IgM en una muestra consistente en maestras sometidas a un trabajo estresante durante un largo período de tiempo.

Más recientemente y desde un punto de vista más cognitivo, existen 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 evaluó 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 consideran responsables 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 mucho menor comparada con la presentada por los sujetos con estilo explicativo más optimista. Si bien los autores no proponen ningún mecanismo explicativo para 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 van en la misma línea que los obtenidos por Dykema, Bergbower y Peterson, (1995). Dichos 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 por medio de 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; percepción que a su vez, puede estar relacionada 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 cumplieron 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. Asimismo, los autores obtienen una puntuación de cada sujeto en los componentes de la escala a saber, inestabilidad, irritabilidad, depresión y ansiedad; puntuación que correlaciona con las subpoblaciones de leucocitos. Los resultados ponen de manifiesto que los ítems de neuroticismo que describen depresión 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 correlacionan positivamente, también con la cantidad de monocitos y, finalmente, los ítems 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, si bien reconoce 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 elaborado por Sokhey, Vasudeva y Kumar (1989) en el que intentan averiguar cuáles son las características de personalidad asociadas a un grupo de sujetos con alergia respiratoria (asma y rinitis) y con distintos grados de reactividad cutánea. Para ello clasifican 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 administran distintas pruebas de personalidad a fin de estudiar las posibles diferencias en cada uno de los grupos. Los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las características psicológicas estudiadas, por lo que afirman que las diferencias en hipersensibilidad en pacientes alérgicos, medidas mediante un test de reactividad cutánea, no están asociadas a un perfil determinado de personalidad.

Más 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 siguiendo 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 valorándose por medio de la técnica ELISA el nivel sanguíneo de anticuerpos anti-VHA y anti-HBs. El estudio correlacional muestra 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 una autopercepción positiva de su estado de ánimo, presentan una peor respuesta inmunitaria a la vacuna de la hepatitis A y B, si bien es necesario señalar que dicha relación significativa es de baja magnitud y fluctuante, es decir, depende de los anticuerpos medidos (anti-VHA o anti-HBs), de cuando se extrajo la muestra de anticuerpos y del sexo de los sujetos.

Por otra parte, los resultados ponen de manifiesto una relación negativa entre las puntuaciones en Psicoticismo y la producción de anticuerpos Anti-A registrada en la última medición sérica. Teniendo en cuenta 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 a 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 declina en favor del "si" y es que existen demasiados trabajos que sugieren dicha relación. Ahora bien, para responder afirmativamente a esta cuestión es necesario considerar no sólo la especificidad de la respuesta inmunitaria en relación a las diferencias individuales en personalidad, sino también en relación a 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 como extrovertidos existen diferencias individuales respecto a 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 individuo extrovertido cuya conducta manifiesta venga definida fundamentalmente por el componente de sociabilidad. Es en este sentido que es necesario precisar muy bien la valoración psicológica mediante el empleo de medidas más precisas en lo que refiere a personalidad, esto es medición de rasgos v.s. medición de tipos.

Por otra parte, teniendo en cuenta que frente a un estímulo antigénico se sintetizan distintas clases de anticuerpos y con distinta cinética, y considerando que la actividad de las mismas es también distinta esta concreción debe extenderse asimismo a las medidas fisiológicas, valorando 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 inmunitaria entendiendo esta respuesta como una medida de funcionalidad del sistema inmunológico.

Las relaciones entre comportamiento y salud desde una perspectiva psiconeuroinmunológica

Hemos visto en los párrafos anteriores cómo los sistemas psicológicos y fisiológicos están interrelacionados, de tal manera que cambios en un sistema afectan a menudo en los otros. De hecho, dichos sistemas forman un circuito de feedback: los sistemas endocrinos y nerviosos envían mensajes químicos en forma de neurotransmisores y hormonas que aumentan o demprimen la función inmune y, a su vez, células del sistema inmune segregan sustancias tales como la ACTH que devuelven información al cerebro. El cerebro 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. Tales factores parecen afectar también a la función inmunológica. Por ejemplo, la investigación muestra que los individuos bajo un estrés de larga duración e intensidad, pero 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 ese apoyo social (Esterling, Kiecolt-Glaser, y Glaser, 1996). Asimismo, la investigación también ha demostrado 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 utilizando 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 infectadas (Esterling *et al.* 1994). Estudiantes universitarios fueron asignados de forma aleatoria a tres grupos los cuales mantuvieron durante tres semanas sesiones de 20 minutos en las que: el primer grupo describía verbalmente un evento altamente estresante que hubiera experimentado; el segundo grupo describía de forma escrita un evento altamente estresante que hubiera experimentado; y el tercer grupo escribía acerca de tópicos triviales no estresantes. Todos los sujetos tenían el mismo nivel inmunológico respecto al virus, sin embargo los análisis de las muestras sanguíneas tomadas una semana más tarde de la última sesión reveló 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 replicados por otros trabajos (Christensen *et al.* 1996) y sugieren 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 al funcionamiento del sistema inmunológico. Existe evidencia de que realmente puede ser así. Kusaka, Kondou y Morimoto (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 aquéllos 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 relación entre personalidad e inmunidad puede tomar como ejemplo las investigaciones que sobre personalidad y la posibilidad de desarrollar cáncer se han venido realizando 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 data ya desde la antigüedad, y en la actualidad existe un número considerable de investigaciones que implican distintos tipos de variables psicosociales como predictoras de la aparición de un cáncer (Sklar y Anisman, 1991). Aunque la evidencia para 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 los cuales 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 Ibañez, Romero y Andreu, (1992) o el trabajo de Gil Roales-Nieto y López Riós (2000). Nuestro interés reside en presentar al lector uno de los modelos explicativos postulados para 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.

El modelo referido es el elaborado por Eysenck (1985) en el que establece la hipótesis del "*efecto inoculación*". Según él, el individuo con riesgo de cáncer presenta puntuaciones bajas en neuroticismo, psicoticismo y puntuaciones altas en extraversión (Eysenck, 1985; 1995). Plantea además, que determinadas hormonas como la ACTH y los péptidos opiáceos endógenos tienen un efecto tanto sobre la personalidad como sobre el sistema inmunológico. Asimismo, el sistema endocrino se ve influido por el estrés; estrés que Eysenck (1973) diferencia en agudo y crónico, produciendo efectos diferenciales sobre el sistema neuroendocrino. Así, el estrés agudo provoca un aumento en los niveles de cortisol que redundan en un efecto de inmunosupresión. Por el contrario, el estrés crónico el cual 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, provocando aumentos del nivel de cortisol en sangre, lo cual tiene un efecto inmunosupresor aumentando así, el riesgo a desarrollar neoplasias cancerígenas. Si bien, el modelo es sugerente la investigación sobre el cáncer pone de manifiesto que la etiología del cáncer es una cuestión altamente compleja y difícil de reducir a un modelo causal como el planteado por el autor. Ahora bien, tal y como afirma el mismo Eysenck (1985) "...parece estar claro que la psicología, y el estudio de la personalidad en particular, es relevante no solo para la psiquiatría, sino para toda la medicina, donde ahora es común decir que debemos tratar la persona, no solo la enfermedad. Para tal propósito, una comprensión clara de la estructura y dinámica de la personalidad debe tener absoluta prioridad." (Eysenck, 1985 pág. 551).



Figura 6 - Relación entre personalidad y cáncer mediada por factores estresantes y el sistema endocrino (Eysenck, 1985)

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

Referencias

Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. *Social Science and Medicine*, 32, 899-908.

Ader, R. y Cohen, N. (1975). Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosomatic Medicine*, 37, 333-343.

Ader, R. y Cohen, N. (1993). Psychoneuroimmunology: conditioning and stress. *Ann. Rev. Psychology*, 14, 53-85.

Ader, R.; Felten, D.L. & Cohen, N. (Eds) (1991): *Psychoneuroimmunology*. New York, Academic Press, inc. 2ª ed.

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Amirkhan, J.H., Rinisnger, R.T. y Swickert, R. (1995). Extraversion: a "hidden" personality factor in coping?. *Journal of Personality*, 63, 189-212.

Antoni, M.H. (1987): Neuroendocrine influences in psychoimmunology and neoplasia: A review. *Psychology and Health*, 1, 3-24.

Antoni, M.H., Schneiderman, N., Fletcher, M.A., Goldstein, D.A., Ironson, G. Y Lpperriere, A. (1990). Psychoneuroimmunology and HIV-1. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 38-49.

Ardell, D. (1979). The nature and implications of high level wellness, or why "normal health" is a rather sorry state of existence. *Health Values*, 3, 17-24.

Ballenger, Post, Jimerson, Lake, Murphy, Zuckerman, M. y Corin. (1983). Biochemical correlates of personality traits in normals: An exploratory study. *Personality and individual differences*, 4, 615-625.

Baroni, C., Fabris, N. y Bertoli, G. (1969). Effects of hormones on development and function of lymphoid tissues: Synergistic action of thyroxin and somatotropic hormone in pituitary dwarf mouse. *Immunology*, 17, 303-314.

Basedovsky, H.; Sorkin, E.; Felix, D. & Haas, H. (1977): Hypothalamic changes during the immune response. *European Journal of Immunology*, 7, 323-325.

Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona, Martínez Roca.

Bayés, R. (1991). Psiconeuroinmunología. En J.L. González de Rivera (Ed). *Medicina Psicosomática*. Madrid, Jarpyo, pp.41-46.

Bayés, R. (1994). Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 30, 28-34.

Bayés, R. (1995). *Sida y psicología*. Barcelona, Martínez Roca.

Benschop, R.J., Jabaaij, L., Oostveen, F.G., Vingerhoets, J.J.M y Baillieux, R.E. (1998). The influence of psychological stress in immunoregulation of latent Epstein-Barr virus. *Stress Medicine*, 14, 21-29.

Bernton, E.W., Beach, J.E., Holaday, J.W. (1991). Prolactin and immune function. En R. Ader, D.L. Felten, y N. Cohen (Eds). *Psychoneuroimmunology*. 2ª ed. N.Y. Academic Press.

Berczi, I. y Nagy, E. (1991). Effects of hypophysectomy on immune function. En R. Ader, D.L. Felten, y N. Cohen (Eds). *Psychoneuroimmunology*. 2ª ed. N.Y. Academic Press

Biozzi, G.; Siqueira, M.; Stiffel, C.; Ibañez, O.M.; Mouton, D. & Ferreira, V.C.A. (1980). Genetic selections for relevant immunological functions. En Fougereau & Dausset (Eds). *Immunology 80*. Londres, Academic Press, pp.432-457.

Borysenko, M. (1987). The immune system: An overview. *Annals of Behavioral medicine*, 9, 3-10.

Borrás, X. (1995). Psiconeuroinmunología: efectos del estrés psicológico sobre la función inmune en sujetos humanos sanos. *Ansiedad y Estrés*, 1 21-35.

Borrás, F.X., Bayés, R. y Casas, J.M. (1993). Efectos del estrés prequirúrgico en algunas subpoblaciones de leucocitos. *Medicina Clínica*, 100, 356.

Broadbent, D.E., Broadbent, M.H., Phillipotts, R.J. & Wallace, J. (1984). Some further studies on the prediction of experimental colds in volunteers by psychological factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 511-523.

Celada, A. (1994). Iniciación de la respuesta inmune. En J. Peña Martínez (Ed). *Inmunología. Bases moleculares y celulares*. Madrid, Ed. Pirámide, S.A. pp. 76-99.

Christensen, A.J., Edwards, D.L., Wiebe, J.S., Benotsch, E.G., McKelvey, L., Andrews, M., y Lubaroff, D.M. (1996). Effect of verbal self-disclosure on natural killer cell activity: Moderating influence of cynical hostility. *Psychosomatic Medicine*, 58, 150-155.

Cohen, Sh. y Herbert, T.B. (1996). Health Psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Rev. Psychology*, 47, 113-142.

Cohen, Sh. y Williamson, G.M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109 (1), 5-24.

Cohen, Sh., Tyrrell, D. A. J. y Smith, A.P. (1993). Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *J. Personality and Social Psychology*, 64(1), 131-140.

Cohen, Sh., Tyrrell, D. A. J., Russell, M.A.H., Jarvis, M.J., y Smith, A.P. (1993). Smoking alcohol consumption, and susceptibility to the common cold. *American Journal of Public Health*, 83,1277-1283.

Contrada, R.J.; Leventhal, M. & O'Leary, A. (1990). Personality and Health. En L. Pervin (Ed): *Handbook of Personality. Theory and Research*. London, Guilford Press, pp. 638-669.

Cross, R.J. Brooks, W.H., Roszman, T.L. y Markesbery, W.R. (1982). Hypothalamic-immune interactions. Effect of hypophysectomy on neuroimmunomodulation. *Journal of Neurological Sciences*, 53, 557-566.

Cross, R.J., Jackson, J.C., Brooks, W.H., Sparks, D.L., Markesbery, W.R., y Roszman, T.L. (1986). Neuroimmunomodulation: impairment of humoral immune responsiveness by 6-hydroxydopamine treatment. *Immunology*, 57, 145-152.

Cross, R.J. Markesbery, W.R., Brooks, W.H. y Roszman, T.L. (1980). Hypothalamic immune interactions. I. The acute effect of anterior hypothalamic lesions on the immune response. *Brain Research*, 196, 79-87.

Daruna, J.H. (1996). Neuroticism predicts normal variability in the number of circulating leucocytes. *Personality and Individual Differences*, 20(1) 103-108.

Dykema, J., Bergbower, K y Peterson, C. (1995). Pessimistic explanatory style, stress, and illness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(4) 357-371.

Edwards, W. (1961). Behavioral decision theory. *Annual Review of Psychology*, 12, 473-498.

Esterling, B.A., Antoni, M.H., Fletcher, M.A., Margulies, S., y Schneiderman, N. (1994). Emotional disclosure through writing or speaking modulates latent Epstein-Barr virus antibody titers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 130-140.

Esterling, B.A., Kiecolt-Glaser, J.K. y Glaser, R. (1996). Psychological modulation of cytokine-induced natural killer cell activity in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 58,264-272.

Eysenck, H.J. (1973). *Handbook of abnormal psychology*. Londres, Pitman.

Eysenck, H.J. (1985). Personality, cancer and cardiovascular disease: A causal analysis. *Personality and Individ. Differences*, 6(5) 535-556.

Fainboim, L. y Satz, M.L. (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), 1459-1482.

Felten, D.L. Cohen, N., Ader, R., Felten, S.Y., Carlson, S.L. y Roszman, T.L. (1991). Central neural circuits involved in neural-immune interactions. En R. Ader, D.L. Felten, y N. Cohen (Eds). *Psychoneuroimmunology*. 2ª ed. N.Y. Academic Press.

Fox, B.H. (1978). Premorbid psychological factors as related to cancer incidence. *J. of Behavioral Medicine*, 1, 45-133.

Fusté, A. (1997). *Personalidad y respuesta inmune al antígeno de la hepatitis A y B desde una perspectiva psicoinmunológica*. Tesis Doctoral microfichada, n. 3075. Barcelona, Publicaciones Universidad de Barcelona.

Fusté, A. y Tous, J.M. (1995). Some evidence of relationship between personality, self-perceived activation and coping. *Journal of European Assessment*, 11, 55.

Fusté, A. y Tous, J.M. (1998). Personalidad y sistema inmune. ¿Es posible una relación? En MªP. Sánchez y Mª A. Quiroga (Eds). *Perspectivas actuales en la*

investigación psicológica de las diferencias individuales. Madrid, Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., pp. 115-118.

Gil Roales-Nieto, J. (1998). *Manual de psicología de la salud. Volumen I. Aproximación histórica y conceptual*. Granada, ediciones Némesis.

Gil Roales-Nieto y López Ríos F. (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., Pearson, G.R., Bonneau, R.H., Esterling, B.A., Atkinson, C. y Kiecolt-Glaser, J.K. (1991). Stress and the memory t-cell responses to the Epstein-Barr virus in health medical students. *Health Psychology, 12(6)* 435-442.

Heisel, J.S., Locke, S.E., Kraus, L.J y Williams, R.M. (1986). Natural killer cell activity and MMPI scores of a cohort of college students. *American Journal of Psychiatry, 143*, 1382-1386.

Herbert, B.T. y Cohen, S. (1993). Depression and immunity: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 113.*, 472-486.

Herbert, T.B., Cohen, S., Marsland, A.L., Bachen, E.A, Rabin, B.S. et al. (1994). Cardiovascular reactivity and the course of immune response to an acute psychological stressor. *Psychosomatic Medicine, 56*, 337-344.

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*, 40-47.

Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213-218.

Ibañez, E.; Romero, R.; Andreu, Y. (1992). Personalidad tipo C. Una revisión crítica. *Boletín de Psicología, 35* 49-79.

Irwin, M., Daniels, M., Bloom, E.T., y Weiner, H. (1986). Life events, depression, and natural killer cell activity. *Psychopharmacology Bulletin, 22*, 1093-1096.

Irwin, M., Mascovich, A., Gillin, J.C., Willoughby, R., Pike, J. y Smith, T.L (1994). Partial sleep deprivation reduces natural killer cell activity in humans. *Psychosomatic Medicine, 56*, 493-498.

Ishigami, T. (1918). The influence of psychic acts on the progress of pulmonary tuberculosis. *Rev. Tuber. 2*, 470-484.

Jankovic, B.D. y Isakovic, K. (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*, 360-372

Janz, N. y Becker, M. (1984). The healthbelief model: A decade later. *Health Education Quartely, 11*, 1-47.

Jemmott, J.B. y Locke, S.E. (1984). Psychosocial factor, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know?. *Psychological Bulletin*, 95 78-108.

Jemmott, J.B.III, Borysenko, M., Chapman, R., Borysenko, J.Z., McClelland, D.C., Benson, H. y Meyer, D. (1983). Academic stress, power motivation, and decrease in secretion rate of salivary secretory immunoglobulin A. *The Lancet*, 1(II), 1400-1402.

Jensen, M.M. y Rasmussen, A.F. (1963). Stress and susceptibility to viral infection. *J. Immunol.* 90, 17-20.

Jenicke, H. y Cléroux, R. (1990). *Epidemiología. Principios, técnicas, aplicaciones*. Barcelona, Salvat.

Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M.E.P., y Dwyer, J. (1991). Explanatory style and cell-mediated immunity in elderly men and women. *Health Psychology*, 10(4) 229-235.

Kelley, K.W. (1991). growth hormone in immunobiology. En R. Ader, D.L. Felten, y N. Cohen (Eds). *Psychoneuroimmunology*. 2ª ed. N.Y. Academic Press.

Kemeny, M.E., y Dean, L. (1995). Effects of AIDS-related bereavement on HIV progression among gay men in New York city. *AIDS Education and Prevention*, 7, 36-47.

Kemeny, M.E. y Laudenslanger, M.L. (1999). Beyond stress: the role of individual difference factors in psychoneuroimmunology. *Brain, Behavior and Immunity*, 13(2), 73-75.

Kiecolt-Glaser, J.K, (1999). Stress, personal relationships, and immune function: health implications. *Brain, Behavior and immunity*, 13, 61-72.

Krantz, D.S., y Durel, L.A. (1983). Psychobiological substrates of the Type A behavior pattern. *Health Psychology*, 2, 393-411.

Kusaka, Y., Kondou, H., y Morimoto, K. (1992). Healthy lifestyles are associated with higher natural killer cell activity. *Preventive Medicine*, 21, 602-615.

Kwang, L.J., Han, L.Ch., Byung, P.D., Seok, K.B., Chul, N., Sik, L.Y., Yeon, Ch.J., Woo, N.B., Hong, L.K., San, Ch.D. (1998). Circulating naturalkiller cell in neurotic patients. *International Medical Journal*, 5(2), 121-126.

Labrador, F.J., Crespo, M., Cruzado, J.A. y Vallejo, M.A. (1995). Evaluación y tratamiento de los problemas de estrés. En J.Mª Buceta y A.Mª 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*. New York, Willey & Sons, pp. 97-120.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Martínez-Roca.

Lindstrom, T.Ch. (1997 a). Immunity and somatic health in bereavement. a prospective study of 39 Norwegian widows. *Omega*, 35(2) 231-241.

Maier, S.F.; Watkins, L.R. & Fleshner, M. (1994): Psychoneuroimmunology. The interface between behavior, brain and immunity. *American Psychologist*, 49(12), 1004-1017.

Masek, K. Kadlecova, O., y Petrovicky, P. (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*. N.Y. 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*. New York: John Wiley & Sons.

McClelland, D.C., Ross, G. y Patel, V. (1985). The effect of an academic examination on salivary norepinephrine and immunoglobulin levels. *Journal of Human stress*, 11, 52-59.

McCrae, R.R. y Costa, P.T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.

Mechanic, D. (1986). Health and Illness Behavior. En J.M. Last (Ed). *Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine*. 12th ed. Norwalk, Conn.: Appleton-Century-Crofts.

Meyer, Ph. (1985). *Fisiología humana*. Barcelona, Ed. Salvat.

Millar, M. y Millar, K. (1993). Affective and cognitive responses to disease detection and health promotion behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 1-23.

Mouton, Ch., Fillion, L. Tawadros, E., y Tessier, R. (1989). Salivary IgA is a weak stress marker. *Behavioral Medicine*, 15(4), 179-185.

Munck, A. y Guyre, P.M. (1991). Glucocorticoides and immune function. En R. Ader, D.L. Felten y N. Cohen (Eds). *Psychoneuroimmunology*. 2^a ed., California, Academic Press.

Naliboff, B.C., Solomon, G.F., Gilmore, J.L., Fahey, J.L., Benton, D. & Pine, J. (1995). Rapid changes in cellular immunity following a confrontational role-play stressor. *Brain, Behavior and Immunity*, 9, 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*. N.Y. Hogrefe and Huber Publishers.

O'Leary, A. (1990). Stress, emotion and immune function. *Psychological Bulletin*, 108(3), 363-382.

Pettingale, K.W., Hussein, M., Inayat, W. y Tee, E.H. (1994). Changes in immune status following conjugal Bereavement. *Stress Medecine*, 10(3), 145-150.

Prentice-Dunn, S. y Rogers, R. (1986). Protection motivation theory and preventive health: beyond the health belief model. *Health Education Research*, 1, 153-161.

Reichlin, S. (1993). Neuroendocrine-immune interactions. *The New England Journal of Medicine*, 329 (17), 1246-1253..

Roitt, I. (1988): *Inmunología esencial*. Barcelona, Ed. Jims, S.A.

Roark, G.E. (1971). Psychosomatic factors in the epidemiology of infectious mononucleosis. *Psychosomatics*, 12, 402-411.

Roszman, Th.L. y Brooks, W.H. (1985). Neural modulation on immune function. *J. of Neuroimmunology*, 10, 59-69.

Short, R. y Horn, J. (1984). Some notes on factor analysis of behavior data. *Behavior*, 90, 203-214.

Singer, J. (1982). The need to measure life style. *International Review of Applied Psychology*, 31.

Sklar, L.S. y Anisman, H. (1991). Cáncer y estrés. En J. Gil-Roales Nieto y T. Ayllón (Eds). *Medicina Conductual. I. 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 ,369-406

Smith, C.A. y Lazarus, R.S. (1990). Emotion and adaptation. En L.A. Pervin, (Ed.). *Handbook of Personality. Theory and research*. N.Y. Guilford Press pp. 244-276.

Smith, G.R.; Conger, C.; O'Rourke, D.F.; Steele, R.W. Charlton, R.K. & Smith, S.S. (1992). Psychological modulation of the delayed type hypersensitivity skin test. *Psychosomatics*, 33, 444-451.

Solomon, G.F. (1993). Whither psychoneuroimmunology? A new era of immunology, of psychosomatic medicine, and of neuroscience. *Brain, Behavior and Immunity*, 7, 352-366.

Solomon, G.F. y Moos, R.H. (1964). Emotions, immunity and disease: A speculative theoretical integration. *Archives General Psychiatry*, 11, 657-674.

Sokhey, G., Vasudeva, P. y Kumar, L. (1989). Certain personality correlates of the allergic population with different levels of skin reactivity. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 5(2), 227-231.

Stein, M., Keller, S.E. y Schleifer, S.J. (1985). Stress and immunomodulation: the role of depression and neuroendocrine function. *J. Immunol.*, 135, 827s.

Stein, M. Schleifer, S.J. y Keller, S.E. (1981). Hypothalamic influences on immune responses. En R. Ader, D.L. Felten, y N. Cohen (Eds). *Psychoneuroimmunology*. 2ª ed. N.Y. Academic Press.

Stites, D.P.; Fundenberg, H.H.; Stobo, J.D. & Wells, J.V. (1985). *Inmunología básica y clínica*. 5ª ed. México, Ed. Manual Moderno.

Stites, D.P.; Terr, A.J. & Parslow, T.G. (1994): *Basic & Clinical immunology*. London, Prentice Hall International. 8th. Ed.

Suls, J. y Rittenhouse, J.D. (1990). Models of linkages between personality and disease. En H.S. Friedman (Ed). *Personality and disease*. New York, Wiley & Sons.

Totman, R., Kiff, J., Reed, S.E. & Craig, J.W. (1980). Predicting experimental colds in volunteers from different measures of recent life stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 155-163.

Tous, J.M. (1986). *Psicología de la personalidad*. Barcelona, PPU.

Ursin, H.; Mykletum, R.; Tonder, O.; Vaernes, R.; Relling, G.; Isaksen, L. & Murison, R. (1984). Psychological stress-factors and concentrations of immunoglobulins and complement componenets in humans. *Scandinavian Journal of Psychology*, 25 340-347.

Vaernes, R.J., Myhre, G., Aas, H., Homnes, T. Hansen, I., y Tonder, O. (1991). Relationships between stress, psychological factors, health, and immune levels among military aviators. *Work and Stress*, 5(1), 5-16.

Vassend, O. y Halvorsen, R. (1987). Personality, examination stress and serum concentrations of immunoglobulins. *Scandinavian Journal of Psychology*, 28(3), 233-241.

Vidal, J. (1990). Influence of central and peripheral norepinephrine on the antibody response. *Allergologia et Immunopathologia*, 18, 41-46.

Vidal, J. y Tous, J.M. (1990). Psicoimmunología: dimensiones de personalidad y respuesta inmune. *Rev. Psicología Gral. y Aplicada*, 43(3), 339-342.

Vingerhoets, A.J., Jeninga, A., Jabaaij, L., Ratliff-Crain, J., Moleman, P., Menges, L. (1990). The study of chronic stress: A psychobiological approach. En L. Schmidth, P. Schmenkmezger, J. Weiman, y S. Maes (Eds). *Theoretical and applied aspects of health psychology*. London, Harwood Academic Publ., pp. 161-167.

Vollrath, M., Torgersen, S. y Alnaes, R. (1995). Personality as long-term predictor of coping. *Personality and Individual Differences*, 18, 117-125.

II. SALUD HOSPITALARIA

REGULACIÓN COGNOSCITIVA Y EMOCIONAL DEL DOLOR CRÓNICO EN LA PSICOLOGÍA HOSPITALARIA MEXICANA

Benjamín Domínguez Trejo 1,4.
Yolanda Olvera López, 2,3.
Irma Zaldivar Martínez, 1.
Consuelo Hernández Troncoso ,1 y,
Rafael Hernández Santos ,2.

1. Facultad de Psicología, UNAM.
2. Clínica del Dolor, Hosp. "20 de Nov." ISSSTE.
- 3.-ESIME, Culhuacan, IPN.
4. Comisión Nacional de los Derechos Humanos

México

Aunque en México se reconoce la actividad profesional de los psicólogos, hasta ahora somos reconocidos como proveedores de servicio en diversas áreas de la psicología; sin embargo, en el sector que no se ha conquistado una participación plena es en los hospitales gubernamentales.

Los pacientes hospitalarios de los psicólogos pueden ser personas con desórdenes mentales severos que requieren de cuidado las 24 horas, pueden ser pacientes con problemas psicológicos como pánico o ansiedad, seguidos de un ataque al corazón no previsto, depresión progresiva asociada a diálisis renal, manejo del dolor después de un accidente, etc. Estos problemas pueden impedir su recuperación o la estabilización de su condición médica. Debido a que los psicólogos poseemos una perspectiva diferente (una perspectiva conductual de la salud), la influencia que podemos desplegar en la política institucional ofrece un rango de servicios efectivos, no invasivos y menos costosos en comparación a otros especialistas médicos.

La rivalidad interprofesional ha contribuido a que los psicólogos, en algunos planes de salud, seamos excluidos de actividades tradicionalmente dominadas por médicos, de esta manera los psicólogos quedamos ubicados como subordinados por disciplinas que entienden poco o nada de la práctica y potencial clínico de la psicología. Debido a estos impedimentos, se nos regatea el estatus como especialistas de la salud independientes o como miembros activos del equipo hospitalario.

Algunos roles y responsabilidades de los psicólogos en la práctica hospitalaria

La evaluación psicológica: los componentes más comunes de la evaluación psicológica son: la entrevista diagnóstica, la revisión de expedientes y otras fuentes

de datos colectados de otros cuidadores de la salud. Otro enfoque desempeñado es el conductual, en el que el psicólogo observa al paciente en una variedad de escenarios anotando la frecuencia de algunos comportamientos en particular, contingencias de reforzamiento y otras para la intervención conductual, algunas veces hay necesidad de entrevistar a cuidadores o familiares acerca de las funciones de los individuos. Finalmente, el psicólogo determina el tipo de evaluación (cognitiva, educacional, vocacional y personal).

Tratamiento (los psicólogos como miembros del equipo de salud): los psicólogos pueden participar en el tratamiento multidisciplinario como líderes de equipo, miembros de éste o asesores.

Intervenciones clínicas: terapia individual, familiar, de grupo, asesorías conductuales para problemas de salud, biofeedback, terapia psicoeducacional, etc. En el área de terapia cognitivo-conductual los psicólogos intervienen en el manejo del dolor. Rehabilitación psicosocial, complementan los regímenes de medicación, etc.

Admisión, diagnóstico, tratamiento y alta: muchas de estas tareas han estado tradicionalmente a cargo de los médicos. Los psicólogos pueden participar en la ejecución de evaluaciones de pacientes, dirigiendo conferencias, recomendando tratamientos, preparando a los pacientes para ser dados de alta, etc.

Investigación específica: los psicólogos pueden desplegar sus aportaciones más sobresalientes en la investigación, entendida como la producción, renovación o selección de conocimiento especializado, en particular de quienes tienen doctorados (se asume que deben producir investigación original como parte de su entrenamiento).

Manejo y administración: se puede encontrar a los psicólogos en todos los niveles de manejo y administración en servicios de pacientes internos y externos, en áreas como neuropsicología, rehabilitación, salud mental, pediatría, urgencias, etc.

¿Qué es lo que caracteriza a la ciencia clínica?

Una de las connotaciones de la ciencia clínica psicológica, como lo han sugerido diferentes especialistas (Alarcón, 1995; Mao, 2002), es caracterizarla como una investigación orientada hacia los pacientes en la que los investigadores no solamente encuestan brevemente a sus sujetos, sino que además de estrecharles las manos, llegan a conocerlos cara a cara.

La **investigación básica** en el dolor y su modulación es única entre muchas ramas de la investigación biomédica en la que se usan medidas objetivas, como las respuestas nociceptivas a estimulación térmica o mecánica con animales experimentales para investigar sobre todo el aspecto sensorial discriminativo de la sensación subjetiva del dolor, aunque este enfoque es indispensable en la **investigación preclínica del dolor**, la información generada por esta modalidad de investigación sigue resultando limitada debido a los aspectos multifacéticos del dolor clínico.

En nuestra experiencia clínica hospitalaria (1982-2004), el abismo tradicional entre la **investigación básica** del dolor y el estudio **clínico** del dolor, puede profundizarse si su aplicación clínica se desvía del ámbito y limitaciones de la investigación clínica del dolor. Además, la investigación básica del dolor puede

resultar poco prometedora cuando el dolor experimental (nocicepción) fracasa al incorporar las distintas características del dolor crónico.

El **marcador conductual** comúnmente usado en la investigación básica ha sido una respuesta de evitación a estímulos térmicos o mecánicos, mientras que el método prevaleciente de evaluación del dolor en la investigación clínica es el autorreporte usando la **Escala Visual Análoga (EVA)** o una escala numérica; esto tiene un enorme impacto en las discrepancias entre la investigación básica y clínica por muchas razones, primero, aunque la condición de dolor y la dosis fueran compatibles en los estudios preclínicos y clínicos, las herramientas de evaluación apuntarán diferentes aspectos de la misma condición de dolor. Las herramientas usadas en la investigación básica, principalmente se utilizan para la evaluación de estímulos que inducen dolor, mientras que las de la investigación clínica se centran en la evaluación global del dolor que es influida por muchos factores como los psicosociales y la relación médico-paciente (Hadjistarropoulos, y Craig, 2002). Eliminar las herramientas para evaluar el dolor que pueden diferenciar los ingredientes de un estado doloroso, puede restringir seriamente la habilidad para evaluar las consecuencias de un tratamiento en el ambiente clínico.

Un buen diseño en estudios clínicos es una vía para la **auténtica translación** de la información hacia su aplicación clínica, trasladar el dolor clínico a modelos que se prueben en el laboratorio es el primer paso que puede iniciar el desarrollo de nuevas herramientas terapéuticas (Mao, 2002).

En el campo del Dolor Crónico, la **investigación preclínica** está sufriendo un cambio, porque lo que se estudia en los animales experimentales puede reflejar sólo una parte de la apariencia del dolor clínico. La **investigación translacional** puede hacer contribuciones importantes a la básica y a su aplicación clínica, primero, la investigación translacional puede examinar la efectividad y relevancia de ambas investigaciones, segundo, la investigación translacional puede jugar un rol crítico para integrar la información de ambas y coordinar sus aportaciones, y tercero, el contexto que ha prevalecido en el mundo en desarrollo con una reducida cuota de investigación básica (incluyendo la disciplina psicológica) y paralelamente con elevadas demandas de servicio clínico, revisten una importancia central como escenario propicio para promover modalidades translacionales de investigación.

Aunque el conocimiento especializado en el campo de la salud ha postulado que los microbios y toxinas han sido los principales agentes causales de las enfermedades, en la mayoría de los casos, desde el punto de vista evolutivo, es la propia **respuesta del cuerpo** ante estos lo que determina finalmente la manifestación de la enfermedad, lo cual es más evidente en los cuadros clínicos de las enfermedades crónico-degenerativas. En este sentido, las enfermedades son el producto evolutivo de la respuesta defensiva del cuerpo ante la presencia de un agente patógeno.

Para el campo de la investigación clínica psicológica y en el contexto latinoamericano, parece más redituable prestar más atención a los procesos regulatorios alterados, que a la rotulación de las enfermedades. Esto es así, porque en gran medida las respuestas regulatorias alteradas, responsables de las manifestaciones de varias enfermedades pueden ser provocadas, aumentadas o quizá inhibidas por una variedad de variables denominadas genéricamente **factores no-específicos**; así como, por comportamientos individuales e incluso por la forma en que una persona interpreta o maneja sus relaciones humanas y experiencias vitales (Wolf, 1996; Sternberg, 2000). Es decir, por factores cognoscitivos y emocionales.

Una inferencia importante que se deriva de estos hallazgos, es que los mecanismos del cuerpo responden a los impulsos que se generan en la parte frontal del cerebro como consecuencia del lenguaje simbólico, incluso sin que el sujeto esté necesariamente alerta y consciente de la presencia de un conflicto emocional.

El trabajo clínico hospitalario en nuestro contexto de subdesarrollo, ha ocupado un lugar peculiar en la investigación científica. Quienes lo practicamos solemos ser especialistas en salud o médicos que al atender pacientes generamos tanto las preguntas como las ideas para intentar contestarlas, nuestro entrenamiento y experiencia suelen diferir del de las maestrías y doctorados convencionales entre los investigadores básicos, sustituyéndolos, en este caso, por residencias y especializaciones y además, por una intensa-incierta y desafiante actividad hospitalaria (Alarcón, 1995).

En este escenario en ocasiones "un solo paciente, una sola enfermedad o, algunas veces, un solo caso clínico de dolor" nos puede permitir abrir una ventana al conocimiento de forma tal como rara vez ocurre en la investigación básica y epidemiológica.

"Estados Emocionales y Salud Física"

La idea de que la manifestación de las emociones puede tener consecuencias en la salud mental, fue postulada por Hipócrates, el padre de la medicina clínica, quien pensaba que cuando alguno de los cuatro humores corporales se desbalanceaban, podía tener como desenlace varios padecimientos físicos. Estos desbalances humorales, de acuerdo con su punto de vista, causaban las enfermedades y además producían estados emocionales crónicos distintivos; por ejemplo, la bilis negra producía tristeza, la flema letargo, la sanguínea un sentimiento de intranquilidad y la bilis amarilla el coraje. De esta manera, Hipócrates vinculó la emoción y la enfermedad en virtud de sus antecedentes comunes y aunque Hipócrates no dudó, los psicólogos y médicos vinculados al ambiente clínico han tardado en reconocer ampliamente la comorbidez de las alteraciones psicológicas y físicas, las proporciones de estados de ánimo y alteraciones de la ansiedad son considerablemente más altas entre los pacientes hospitalarios, comparados con la población general (Katon and Sullivan, 1990; Domínguez y Montes, 2000). Cuando los planes de atención a la salud incluyen servicios psicológicos para los pacientes, que presumiblemente logran una disminución de su estrés psicológico, el uso de servicios médicos para el alivio de síntomas físicos también se reduce (Jones and Vischi, 1979).

Aunque la morbilidad del estado de ánimo depresivo y los reportes elevados de quejas físicas están bien documentadas y son frecuentes en el ambiente hospitalario, nuestra comprensión de los mecanismos específicos que vinculan diferentes estados emocionales con la salud física, siguen siendo inciertos. La premisa de que la iniciación de una enfermedad física que interfiere con las actividades diarias placenteras o que produzca un dolor considerable, conducirá a un estado de ánimo deprimido, sigue siendo polémica (Keefe, Wilkins, Cook, Crisson, and Muhlbaier, 1986). Quizá un poco más polémica es la premisa de que tanto las experiencias cotidianas como las emocionales agudas pueden producir cambios en la salud física (Cohen and Rodriguez, 1995).

Atención y modulación del dolor

Se ha encontrado en estudios que enfocar la atención en el dolor, aumenta la percepción de éste. Sin embargo, otros estudios clínicos indican que ciertas

personas, cuando se enfocan en el dolor, reducen la percepción de su intensidad (Crombez, 1999).

El efecto de la atención o distracción en el dolor no es simple, se ve influenciado, entre muchas otras variables, por el tipo de **personalidad** o **género**. Una complicación adicional para comprender la influencia de la atención en el dolor es el hecho de que el dolor modifica la habilidad personal de enfocar la atención. El dolor es una modalidad con una demanda elevada de atención, cuando una persona tiene que poner la atención en la lectura o en alguna otra modalidad sensorial, el dolor predomina. Los mecanismos que subyacen a la modulación del dolor a través de la atención no están claros. Pero involucran varios niveles del sistema nervioso central. Los estudios muestran que una vía opioide-sensitiva descendente de la corteza frontal hacia la amígdala, sustancia gris periacueductual, médula espinal, puede relacionarse con modulación del dolor a través de la atención y emociones. Los sistemas colinérgicos y adrenérgicos se relacionan con la modulación cognitiva del dolor. Los datos neurofisiológicos muestran que la modulación ocurre aún en niveles del asta (ASTA??) dorsal de la médula espinal.

En un estudio se pidió a los sujetos que enfocaran su atención entre el dolor y alguna otra modalidad sensorial, auditiva en este caso, efectos inversos paralelos se observaron en la corteza somatosensorial (S1) y auditiva. Cuando los sujetos atendían al dolor, la actividad S1 fue mayor que cuando atendían al estímulo auditivo, mientras que la actividad en la corteza auditiva fue mayor cuando los sujetos atendían al estímulo auditivo que cuando se enfocaban en el estímulo doloroso (Crombez, 1999).

En esta reseña revisamos, a partir de trabajos de investigación clínica hospitalaria, la influencia de estados emocionales, en particular los denominados genéricamente negativos, en la respuesta muscular de superficie vinculada a diferentes cuadros de Dolor Crónico y al mismo tiempo, consideramos un rango de factores cognoscitivos, fisiológicos, sociales y conductuales que pueden jugar un papel importante para vincular la experiencia emocional con la salud.

El modelo "evitación-miedo" se refiere a la evitación de movimientos o actividades basados en el miedo (expectativa cierta); se le ha postulado como un mecanismo cognoscitivo emocional central en el desarrollo de problemas de dolor de espalda baja (lumbalgia) y de otros problemas de dolor crónico muscular. En particular, se considera que el modelo: "evitación-miedo" juega un papel instrumental en el síndrome de "descondicionamiento". La idea de que el miedo al dolor y una lesión (a una recaída) puede ser más incapacitante que el mismo dolor (Crombez, *et al.*, 1999), se ha fortalecido cada vez más; esto contradice la noción tradicional de que la pérdida de habilidad para hacer actividades cotidianas en los pacientes con D.C. es sólo una consecuencia de la severidad del dolor. Estudios cross-seccionales muy amplios, han demostrado que el miedo asociado al dolor, en realidad es uno de los predictores más potentes del desempeño físico observable y de los niveles autorreportados de incapacidad e intensidad del dolor. También hay evidencia de que el miedo asociado al dolor predice nuevos episodios de lumbalgia en personas libres de dolor y en los pacientes con D.C. está más vinculado con quejas físicas no-específicas que con las quejas originales de dolor. Se han postulado diversos mecanismos que pueden intervenir en este problema: la interpretación errónea de las sensaciones corporales, predicciones erróneas sobre el dolor, hipervigilancia, procesos de descondicionamiento físico/reactividad muscular y la certeza o incertidumbre de sufrir un evento aversivo o una lesión.

La evidencia recopilada hasta este punto también fortalece y favorece los modelos cognitivos-conductuales (Vlaeyen, et al., 2000). Existe todavía un conjunto de

tópicos inconclusos que ameritan investigación adicional. Por ejemplo, los relacionados con el origen del dolor asociado con el miedo, el papel de la información sobre la enfermedad y de la retroalimentación de las pruebas diagnósticas suministradas por los especialistas, la identificación temprana de individuos proclives al miedo por dolor, la relación entre miedos relacionados al dolor y aspectos del desuso y la reactividad muscular, y finalmente, el desarrollo y evaluación sistemática de tratamientos para pacientes con este tipo de dolor.

Retroalimentación Biológica

Utilizando la Electromiografía de Superficie (EMGs), una modalidad de las técnicas de Retroalimentación Biológica, los pacientes pueden acceder a la retroalimentación del músculo que es mucho más sensible que el obtenido con la sola acción sensorial. Esta retroalimentación ayuda a los pacientes a aprender a relajar completamente los músculos tensos, activar mejor los músculos débiles o a cambiar el patrón de la coordinación entre agonista, antagonista y los músculos sinergistas. Las aplicaciones cubren un amplio rango, incluyendo lesiones atléticas, tensiones repetitivas y lesiones del trabajador, lesión debido a accidente de vehículo, manejo del dolor crónico, rehabilitación neurológica e incontinencia.

La EMGs es una modalidad multidisciplinaria, utilizada en los países desarrollados por fisioterapeutas y psicólogos para tratar la disfunción del movimiento. Los psicólogos la empleamos para intervenir en problemas atribuidos al exceso de activación psicofisiológica. Las enfermeras de rehabilitación y los terapeutas tratan la incontinencia relacionada con la disfunción de los músculos pélvicos inferiores con la retroalimentación de la EMGs. Los fisioterapeutas, ortopedistas y neurólogos pueden estar interesados en procedimientos de la EMGs para realzar el diagnóstico de los desórdenes del movimiento, así como monitorear los efectos de las medicinas y de las intervenciones quirúrgicas diseñadas para impactar la actividad muscular.

La utilidad de agregar la EMGs a las prácticas en el control del dolor crónico y la rehabilitación son numerosas. Los clínicos pueden aumentar la sofisticación de las evaluaciones de pacientes a través de la cuantificación de la actividad muscular. Los pacientes se involucran con la presentación en pantalla de la retroalimentación de la EMGs y pueden ser capaces de aprender los patrones del control del movimiento que reducen el dolor y aumentan la función. Finalmente, agregar la EMGs puede diferenciar una práctica con los competidores y sustentar las necesidades de pago de seguros de gastos médicos mayores en la documentación de disfunciones del músculo.

Detección de señales y procesamiento en la EMGs

Los comandos generados en el sistema nervioso central son transmitidos a la actividad motora a través de las neuronas motoras *alpha* que son transmitidas a la periferia. Después de la transmisión química sobre la conexión neuromuscular, los potenciales de acción se producen a lo largo del sarcolema y la excitación eléctrica se acopla a la acortada vía de sarcomere a través de complejos procesos químicos y micro mecánicos. Fundamentalmente, los electrodos colocados en la vecindad de las membranas excitables detectarán los eventos del potencial de acción. Los electrodos de la EMGs detectan la suma algebraica de los voltajes asociados a potenciales de acción del músculo dentro de su zona de recolección. La señal de la EMGs representa el nivel relativo del reclutamiento de un conjunto de unidades motoras que subyacen a los electrodos (Kasman, 2002).

Los fundamentos del sistema de la EMGS han sido descritos para los clínicos en numerosas fuentes. Los electrodos son generalmente en forma de discos de 0.5-1.0 centímetros cubiertos con cloruro de plata-plata. Cada canal de la grabación detecta actividad en un sitio del músculo y está compuesto de dos electrodos activos y de un electrodo de referencia. Los electrodos activos tienden a estar espaciados de sus centros cerca de 2.0 centímetros de separación. La diferencia de carga eléctrica entre cada uno de los electrodos activos y el de referencia crea los estímulos para un amplificador diferencial con alta impedancia de entrada. Los filtros se utilizan para pasar las frecuencias relacionadas con la actividad del músculo y para rechazar frecuencias que se asocian con ruido electromagnético. La señal puede verse en su forma cruda de más/menos o la onda completa rectificadas, en la cual las variaciones más-menos de la forma de onda se convierten en una señal unidireccional. Existen varios métodos para alisar los picos y los valles de la forma de onda rectificadas, para facilitar la inspección, así como para cuantificar la amplitud de la señal procesada del músculo.

Valoración del paciente

La amplitud de la señal EMGs se expresa usualmente como cierto número de micro-voltios, considerando como una serie de medidas relativamente instantáneas o promediadas o integradas sobre un período de tiempo clínicamente significativo. Los análisis de la amplitud se conducen para evaluar la magnitud y el patrón de tiempo de la actividad muscular. Se derivan las inferencias con respecto al papel de un músculo en afectar una postura o un movimiento particular y en cómo los procesos patológicos alteran ese papel. La actividad EMGs de un par homólogo de músculos o el de un agonista, comparado con su antagonista o sinergista, se examina para valorar el balance del músculo y la contribución de diferentes tratamientos invasivos y no-invasivos.

Tratamiento

Además de la valoración clínica y kinestésica, la pantalla de la EMGs se utiliza a menudo como medio de retroalimentación para el aprendizaje motor de los pacientes. Las señales musculares producidas por un dispositivo EMGs son mucho más sensibles que aquellas derivadas del aparato sensorial intrínseco de un sujeto. Inicialmente, un paciente puede tener poca idea de cómo cambiar la actividad de un músculo que no está bajo control voluntario intuitivo. El paciente puede no poseer un esquema de programación motor conveniente para alcanzar la meta; por ejemplo, incrementar la activación de un músculo con respecto a otro, y puede tener dificultad al distinguir una ejecución correcta de una errónea. Las señales en la ventana de la EMGs son obvias y sirven como referencias de certeza. Así, los pacientes se vuelven capaces de evaluar varias estrategias motoras que les faciliten conquistar la meta.

Las estrategias exitosas se vuelven a ensayar y son descartadas las estrategias inefectivas. El paciente identifica un conjunto progresivamente más pequeño de conductas motoras efectivas a lo largo del tiempo. La retroalimentación de la EMGs es utilizada cognitivamente para rotular sensaciones sutiles intrínsecas como indicadores de cambios en la actividad muscular. A través de la asociación repetitiva de señales artificiales y extrínsecas de la máquina de la EMGS con sensaciones kinestésicas naturales, se establece una referencia intrínseca permanente de la corteza. Los ensayos del aprendiz maduran la identificación sensorial y el esquema de programación motora, y pueden entonces alcanzar la meta independientemente.

Los objetivos clínicos del entrenamiento de la retroalimentación con la EMGs son relativamente directos. Los pacientes con hiperactividad de músculos utilizan señales de retroalimentación para reducir la respuesta del músculo. Por ejemplo, un paciente con dolor de cuello e hiperactividad del trapecio superior, podría atender a la pantalla de la EMGs para que le ayude a mejorar la postura, las respuestas autorreguladas a estresores emocionales o identificar mejoras ergonómicas, y habilidades motoras para el lugar de trabajo. Un paciente diferente con dolores de cabeza y dolor temporomandibular puede producir un masetero crónico e hiperactividad temporal asociada a quijada apretada crónica. Las técnicas específicas de retroalimentación de la EMGs se pueden utilizar para promover la conciencia kinestésica, relajación de músculos y reducción de conductas parafuncionales que involucran la región temporomandibular.

Limitaciones

Como cualquier técnica clínica, la EMGs tiene limitaciones. Es importante reconocer que la EMGs no mide directamente fuerza, dolor, ansiedad, largo del músculo, posición de la articulación, o cualquier otro fuera del voltaje. Con técnicas correctas de grabación, el patrón de la EMGs es representativo del reclutamiento muscular. Las inferencias acerca de síndromes clínicos; sin embargo, pueden complicarse por una interacción neuromuscular, biomecánica y factores psicológicos que pueden ser difíciles de separar.

La interpretación de la actividad de la EMGs puede estar sujeta a error, resultado de ciertos efectos de configuración de electrodos, tejido impedido y otras circunstancias inherentes a cada ejecución de grabado. De manera que los clínicos que desean realizar procedimientos EMGs deben mantenerse bien versados en aspectos técnicos de grabado electrofisiológico, al igual que de modelos para intervención clínica. Las habilidades en EMGs usualmente se adquieren continuando los cursos de educación postprofesional y en reuniones de sociedades profesionales al igual que a través de reseñas de diarios científicos, fuentes de libros de texto y el medio electrónico.

Casos Clínicos

Evaluación con EMGs en pacientes con dolor crónico inyectados con la toxina botulínica Tipo "A"

El síndrome de dolor miofacial (SDM) constituye uno de los principales cuadros relacionados con dolor agudo con síntomas autonómicos, motores o sensoriales, referidos como "puntos gatillo" asociados a una disfunción. Este tipo de dolor es refractario al tratamiento farmacológico así como al proporcionado por terapia física. Se presenta en el 25% de los pacientes que solicitan servicio en la Clínica del Dolor del Hospital "20 de Noviembre" ISSSTE, en la Ciudad de México, aquejando con mayor frecuencia a población adulta en edad laboral. Dentro de las modalidades terapéuticas, se encuentra la inyección de la toxina Botulínica tipo "A" para pacientes con dolor miofacial.

Durante la pasada década, el uso clínico de la toxina Botulínica "A" (Botox) ha mostrado su utilidad en el tratamiento de algunos casos de espasticidad músculo esquelética o en casos donde la queja principal es la contracción sostenida del músculo (Gobel, Heinze, Heinze-Kuhn and Austermann, 2003). Uno de los efectos observados por la aplicación de inyecciones de Botox, es el decremento de la rigidez del músculo espástico aunado a un mejoramiento en la funcionalidad (Freund & Schwartz, 2003). Este hallazgo ha sido consistente en el tratamiento de los síndromes miofaciales, en el dolor de cabeza, en síndromes dolorosos de cuello,

hombros y espalda (Gobel, Heinze, Heinze-Kuhn and Austermann, 2003). No obstante, la evaluación subjetiva del dolor (EVA) así como la recuperación del funcionamiento de los grupos musculares involucrados, deja ver la necesidad de una evaluación no invasiva y dinámica objetiva que permita monitorear la recuperación del tono muscular asociada a la activación voluntaria del músculo.

Borodic y Acquatro (2002) realizaron un estudio piloto para evaluar la efectividad de la toxina botulínica "A" para el tratamiento de pacientes con dolor miofacial crónico; el diagnóstico incluyó síndrome temporomandibular, síndrome de dolor postquirúrgico, dolor de cabeza esencial, neuralgia y trigeminal ideopática. Los resultados fueron que 33 de los 44 pacientes (75%) respondieron favorablemente al tratamiento, incluyendo 8 de los 11 pacientes con neuralgia trigeminal. La duración de los efectos de alivio fue de 2 a 4 meses. Las complicaciones que tuvieron algunos pacientes fue, asimetría de los músculos en cuestión y debilidad secundaria neuromuscular. También encontraron que la toxina botulínica tuvo efectos anti inflamatorios.

En el ámbito clínico psicológico, la evaluación EMGs para la estimación del dolor, así como en la asistencia de procesos de rehabilitación neuromuscular, constituye una herramienta de gran utilidad; en este sentido se han reportado patrones electromiográficos distintivos como la hiperreactividad física al evaluar un músculo durante la realización de movimientos voluntarios (Flor & Bimbaumer, 1992) o el incremento de la respuesta del músculo (espástico) sin la consiguiente recuperación de la actividad del nivel basal (Cram, 1991), paralelamente, se puede establecer la relación entre diferentes estados emocionales (por ejemplo, miedo al dolor, serenidad, relajación, etc.) y sus covariaciones en grupos musculares específicos.

Objetivo General

Evaluar el efecto de la aplicación del botox A y los cambios asociados a la actividad EMGs en pacientes con dolor crónico.

Objetivos Específicos

Determinar los niveles de beneficio potencial del uso de la toxina botulínica en casos de contractura asociada a la actividad electromiográfica de los músculos faciales, cervicales trapecios, y paraespinales para identificar los cambios y beneficios potenciales.

Evaluar los cambios de la actividad EMGs, antes, durante y después de la administración de la toxina botulínica tipo "A", para identificar la magnitud y duración de los cambios.

Método

Estudio serie de casos clínicos, prospectivo y de corte longitudinal, investigación translacional, (Mao, 2002).

Pacientes diagnosticados con: síndrome miofascial (7), postquirúrgicos (8), sin cirugía (6), multitratados (5), referidos a la Clínica del Dolor del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE.

Criterios de Inclusión

1. Dolor bien localizado y espontáneo.
2. Dolor espontáneo o alteraciones de la sensibilidad en el área de dolor referido de un determinado "punto gatillo".
3. Banda muscular contracturada en un músculo accesible.
4. Limitaciones físicas.
5. Respuesta muscular elevada incluso en periodos de reposo durante la evaluación dinámica (EMGs)
6. Pacientes refractarios a otros procedimientos incluyendo las terapias físicas.

Sujetos

26 sujetos (23 mujeres y 3 hombres)
Edad: 36 a 72 años (promedio 44 a 53)

Fármaco y equipo de retroalimentación biológica

Toxina Botulinica tipo "A" (300 U) para cada paciente, elaborado en Irlanda por Allergan. Inc, Irving.

2 equipos de electromiografía de superficie, Marca: Autogenic System, Modelo: AT 33. BioMedical Instruments, 1 monitor portátil Frecuencia cardiaca.

Hoja de registro, jeringas, algodones, alcohol, cámara fotográfica digital, video cámara, 3 videocasetes 8 mm.

Escenario

Consultorio de la Clínica del Dolor del Hospital "20 de Noviembre" ISSSTE, México DF.

Procedimiento

- El grupo de médicos de la clínica del dolor evaluó a cada paciente antes del tratamiento con botox "A", posteriormente se procedió a la medición EMGs de la actividad muscular. Según fuera el caso, se evaluaron de manera simultánea grupos musculares homólogos, con la finalidad de compararlos entre sí. Los puntajes constituyeron la línea base, tanto en la evaluación pasiva como dinámica, para conocer e identificar la situación del músculo, antes, durante y después de la aplicación del botox.
- Por medio de la entrevista se recabo información referente a tratamientos anteriores o colaterales, así como la incapacidad física asociada al cuadro doloroso, EVA (Escala Visual Análoga en escala: 1210) y su impacto emocional.
- Posterior a la aplicación de Botox, se realizaron evaluaciones pasivas y dinámicas con intervalos de 2, 4, 6, 8, 10, 12, o hasta 16 semanas después de aplicada la infiltración. Dicha evaluación se realizó con la finalidad de comparar los cambios de la respuesta muscular relacionada al reporte verbal subjetivo (percepción de dolor, respuesta emocional e incapacidad y funcionalidad de movimiento).
- Adicional a estas evaluaciones, se solicitaba la realización de algún movimiento relacionado con conductas de auto cuidado (peinarse, bañarse, cepillarse los dientes) y de actividades cotidianas (comer, manejar, escribir a maquina, barrer, leer etc.)

Categorías de Análisis

Para el análisis de los datos se adoptaron las siguientes categorías: **Recuperación:** se refirió a la latencia de respuesta que presentaba el músculo, desde que iniciaba el movimiento dinámico, hasta que concluía (reposo). **Pasiva:** el nivel de activación del músculo en reposo y el paciente sentado con los ojos abiertos. La **simetría** implicó la cercanía de puntajes entre el músculo izquierdo y el músculo derecho, es decir, los registros de ambos músculos, ya que la medición fue simultánea.

Resultados

Se realizaron análisis estadísticos de dispersión, factorial y anova. Se presentan dos gráficas que muestran la respuesta pasiva de la actividad electromiográfica de músculos homólogos de los grupos evaluados (posquirúrgico, miofacial, sin cirugía, multitratados), en las tres etapas: antes, durante y al final de la infiltración del Botox.

Durante la evaluación pasiva (Figura 1) inicial, se observó que el grupo Posquirúrgico y el multitratado, mostraron una respuesta electromiográfica elevada (8/ 11 microvolts), 3 microvolts nivel normal, los grupos miofacial y sin cirugía, 5/ 3 microvolts. Durante el periodo intermedio del procedimiento (2 semanas) se observó una disminución en la actividad muscular en todos los grupos de 5 a 3 microvolts. En la etapa final de evaluación, 8 semanas después, se pudo notar que todos los grupos mantuvieron una electromiografía dentro de un rango de 5.5 y 3 microvolts, indicadora de un músculo en estado de relajación, a excepción del grupo de pacientes multitratados, que regresó a los valores iniciales (8 a 11 microvolts).

Durante la evaluación dinámica, hubo una respuesta de activación al movimiento acorde a las respuestas electromiográfica esperadas; es decir, que el músculo se activó en el movimiento y se desactivó en el reposo, con una latencia de recuperación de 15 a 30 segundos. Siendo los grupos posquirúrgicos y sin cirugía los que mostraron una mayor recuperación muscular.

En la evaluación subjetiva EVA (Figura 2), todos los grupos tendieron a reportar una disminución de la percepción del dolor, el grupo posquirúrgico reportó el mayor beneficio. Al evaluar la actividad funcional, todos los grupos reportaron al inicio incapacidad para desempeñar actividades de autocuidado y cotidianas; sin embargo, ya en las etapas intermedia y final los grupos indicaron una recuperación de la capacidad para reiniciar nuevamente sus actividades, en algunos casos los pacientes, al observar la recuperación, se sometían nuevamente a un sobre esfuerzo muscular.

En la evaluación inicial se observó que todos los grupos reportaron un estado emocional predominantemente negativo (posquirúrgico, sin cirugía, miofacial y multitratado), observándose durante el tratamiento un cambio positivo que se mantuvo hasta el final de las evaluaciones, traduciéndose en una mejoría en sus relaciones familiares, laborales y sociales.

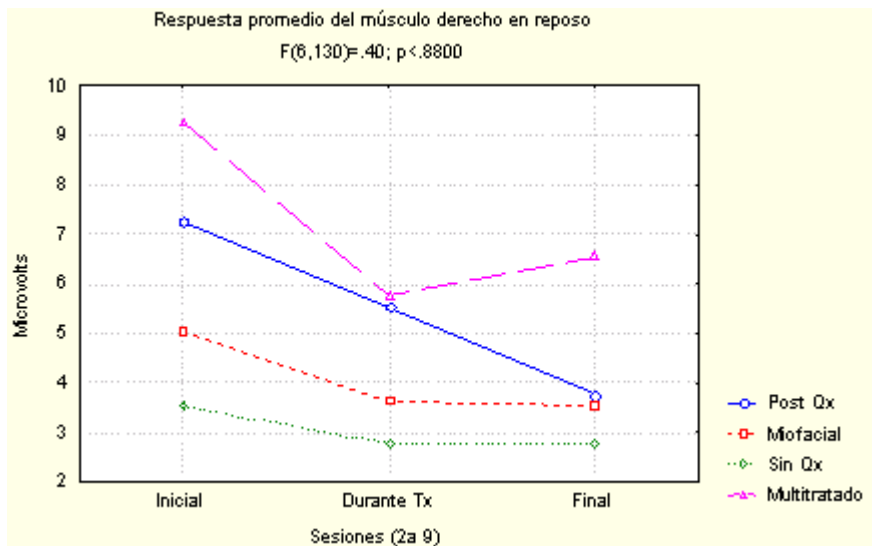
Conclusiones

Considerando el análisis de datos se puede concretar que todos los grupos bajo estudio obtuvieron cambios cuantificables (objetivos y Subjetivos), siendo más evidentes en el grupo Posquirúrgico y sin cirugía, así como en el grupo de miofacial. Cabe destacar que los grupos posquirúrgicos y sin cirugía fueron los que obtuvieron un beneficio más permanente en todas las categorías evaluadas.

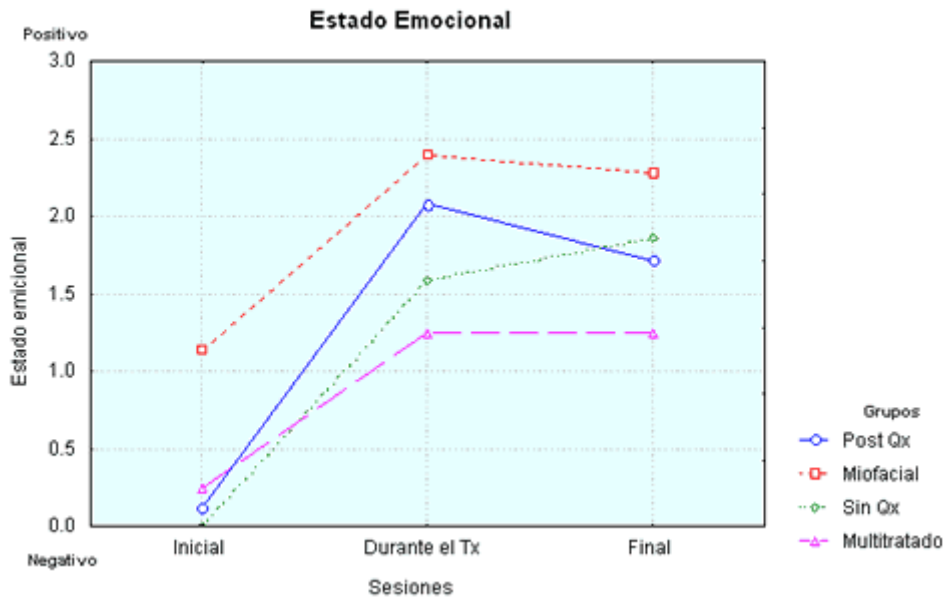
Los posquirúrgicos obtuvieron mayores beneficios en la EMGs, tanto en las mediciones en reposo como dinámicas: La información se complementó con el reporte subjetivo de la percepción de dolor (EVA), de la actividad funcional y la respuesta emocional.

En esta investigación se puede confirmar la utilidad y ventajas que ofrece la electromiografía de superficie como procedimiento no invasivo para la evaluación del efecto de la toxina botulínica con pacientes afectados por el dolor crónico con compromiso muscular. Dicha utilidad se documentó al hacer las evaluaciones antes, durante y después de la infiltración de la toxina, mostrando de manera precisa y objetiva el efecto de la toxina en la respuesta muscular, frente a los tratamientos en los que solo se tiene como único dato el reporte verbal con todas sus limitaciones y elementos subjetivos.

Gráfica 1. evaluación pasiva



Gráfica 2. Evaluación subjetiva EVA



BOTOX PUNTOS GATILLO

Medición de la actividad electromiográfica de superficie



Medición de ambos músculos (Trapecio)

7/Febrero/2003

300 Unidades

7/Febrero/2003

Los procesos cognitivos y emocionales interactúan con la percepción del dolor y los sistemas neurológicos subyacentes a esta interacción, esto sugiere y fundamenta oportunidades para atacar estados de dolor agudos y crónicos. En los últimos cinco años, la neuroimagen funcional ha suministrado a la ciencia clínica psicológica un sólido entendimiento de las áreas que se activan por la estimulación dolorosa y estresante. Sin embargo, la investigación sobre las vías neurológicas subyacentes a

la modulación del dolor por factores cognitivos, emocionales, farmacológicos y otros, apenas está comenzando.

Un factor cognitivo destacado que interactúa con el dolor es la expectativa. Esta reseña argumenta que los efectos conductuales y las bases neurológicas de la expectativa, dependen del nivel de seguridad-percibida. **La expectativa segura** se asocia con actividad en la corteza cingular rostral anterior y en el cerebelo posterior, en tanto que la expectativa incierta, se asocia con actividad en la corteza prefrontal ventromedial, corteza cingular media e hipocampo. Puede considerarse que la diversidad aparente entre los resultados de los estudios de laboratorio en la neuroanatomía funcional de imagen, es causada, a menudo, por sutiles diferencias en los diseños experimentales, en este caso, distintos niveles de seguridad. Estas diferencias en el contexto hospitalario, además de constituir la materia prima del trabajo clínico, pueden contribuir a diferentes consecuencias conductuales y, por lo tanto, diferentes y distintivos patrones de activación.

La expectativa es un constructo multidimensional y se asocia con múltiples sitios de activación en el cerebro. Un objetivo de investigación en el futuro es obtener un mapeo más detallado de los componentes psicológicos (cognición, emoción, respuesta autónoma, respuesta motora y otros) de la expectativa, por un lado, y por otro, de los sitios de activación cerebral o conexiones funcionales. Estudios recientes sobre la expectativa de eventos apetecibles (O'Doherty, *et al.*, 2002) y sobre ganancias y pérdidas monetarias (Kahneman and Tversky, 1982; Gilbert and Gill, 2000), suministran ejemplos sobresalientes de este propósito.

Al considerar a la emoción como dos sistemas primarios, el **deseable** (asociado con efectos positivos) y el **aversivo** (asociado con efectos negativos), que operan de forma antagonista, algunos autores sugirieron que muchas de las influencias conductuales de los efectos positivos en el dolor son mediados por los mismos mecanismos de la recompensa. Se ha aceptado que para muchos de esos efectos, los efectos positivos están asociados con un incremento en los niveles de dopamina, notablemente en áreas frontales corticales (corteza anterior del cíngulo y prefrontal). Estudios conductuales y neurofisiológicos en animales proporcionan suficiente evidencia para considerar el papel del sistema dopaminérgico en el dolor y analgesia. La activación de áreas cerebrales similares para estímulos aversivos y positivos sugiere que existe un circuito general para ambas informaciones. Lo anterior apoya el punto de vista de que el dolor y la recompensa son extremos opuestos del mismo espectro conductual.

Existen muchos aspectos que limitan una mayor elaboración de políticas públicas de salud basadas en este tipo de investigaciones. Mientras caminábamos por la Ciudad de México una tarde, Jorge Molina, profesor de la UNAM me dijo que no veía cómo alguien podía estudiar la salud, la felicidad y la toma de decisiones bajo situaciones de estrés y no ubicarlo hacia la izquierda en la política, "los resultados lo dejan muy claro, fomentar los niveles de vida de aquellos que ya de por sí viven cómodos, como bajar impuestos, contribuye muy poco para mejorar sus niveles de bienestar, mientras que elevar los niveles de los empobrecidos produce una gran diferencia". Sin embargo, las ganancias inesperadas son mejores que las esperadas, las vacaciones son mejores que trabajar y cualquier cosa es mejor que una administración en el poder insensible y corrupta.

Nuestro grupo y otros expertos reseñados se han puesto nerviosos porque quizá estamos sobre aplicando sus investigaciones, porque pensemos que X puede hacer más saludable y feliz a la gente y ellos están eligiendo a Y, nos damos a la tarea de imponer a X. Muchos mexicanos compartimos tal recelo con el paternalismo y con

el uso de resultados psicológicos que rebasan nuestro campo de competencia, como para imponer decisiones a la gente.

Referencias

- Alarcón, S. D. (1995). *Los Caminos Hacia la Inmunidad. Visión de un Investigador Clínico*. (Discurso). Ed. El Colegio de México: México.
- Borodic, G. E., and Acquadro, M. A. (2002). The use of botulinum toxin for the treatment of chronic facial pain. *The Journal of Pain*. February 3(1):1-11.
- Cohen, S. and Rodríguez, M. S. (1995). Pathways linking affective disturbances and physical disorder. *Health Psychology*. 14:374-380.
- Cram, J.R., and Kasman, G.S. (1991) *Introduction to surface electromyography*. Gaithersburg, Md: Aspen Publisher.
- Crombez, G. W., et al. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself evidence of the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*. 80:329-339.
- Domínguez, T. B., y Montes, M. J. (2000). Psicoimmunología: procesos psicológicos, inmunosupresión y efectos en la salud. *Psicología y Salud*. 10 (2): 31-45.
- Freund, B., and Schwartz, M. (2003). Temporal relationship of muscle weakness and pain reduction in subjects treated with botulinum toxin A. *The Journal of Pain*. 4 (3):159-165.
- Flor, H., Birbaumer, N. Schugens, M. M., and Lutzenberger, W. (1992). Symptom-specific Psychophysiological Responses in Chronic Pain Patients. *Psychophysiology*. 29:452-460.
- Gilbert, T. D., and Gill J. M. (2000): The momentary realist. *Psychological Science*. Sept. 11(5):394-398.
- Gobel, H., Heinze, A., Heize-Kuhn, K., and Austermann, K. (2003) Botulinum A in the treatment of headache syndromes and pericranial pain syndromes. *Pain*. 91:195-199.
- Hadjistarropoulos, T., and Craig, K. D. (2002). A theoretical framework for understanding self-report and observational measures of pain: a communication model. *Behaviour Research and Therapy*. 40:551-570.
- J. De Andrés, G., Cerda-Olmedo, Valía, J.C., Monsalve, V., Lopez-Alarcón, M.D., and Mingués, A. (2003) Use of botulinum toxin in the treatment of chronic myofascial pain. *The Clinical Journal of Pain*. 19: 269-275.

Jones, K., and Vischi, T. (1979). Impact of alcohol, drug abuse, and mental health treatment on medical care utilization: review of the research literature. *Medical Care* . 17(suppl. 12):1-82.

Kahneman, D., and Tversky, A. (1982). On the study of statistical intuitions. En: Kahneman, D., Slovic, P. and Tversky. A. (Ed.). *Judgment Under Uncertainty : Heuristics and Biases* . (pp. 493-508). Cambridge : Cambridge University Press.

Kasman, G. (2002). Using surface electromyography. *The Interdisciplinary Journal of Rehabilitation* . January, 1-9.

Katon, W., and Sullivan, M. D. (1990). Depression and chronic medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry* . 51:3-11.

Keefe, F. J., Wilkins, R. H., Cook, W. A., Crisson, J. E., and Muhlbaier, J. H. (1986). Depression, pain, and behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* . 54:665-669.

Mao, J. (2002). Translational pain research: bridging the gap between basic and clinical research. *Pain* . 97:183-187.

O´Doherty, J. P., et al. (2002). Neural responses during anticipation of a primary taste reward. *Neuron*. 33:815-826.

Sternberg, M. E. (2000). *The Balance Within* . The science connecting health and emotions. Freeman and company: New York.

Wolf, S. (1996). Determinants of health and disease. *Integrative Physiological and Behavioral Science* . 31(1):56-76.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD HOSPITALARIA 20 AÑOS DE EXPERIENCIA

[Lic. Wilfredo Pérez Rodríguez](#)

Jefe de Servicio Psicología Hospital Hermanos Ameijeiras
Profesor Auxiliar Adjunto Facultad de Psicología

[MSc María Elena Rodríguez Lafuente](#)

2da Jefa de Servicio Psicología Hospital Hermanos Ameijeiras
Especialista en Psicología de la Salud
Profesor Auxiliar Adjunto
Máster en Psicología Clínica

[MSc Geidy Rodríguez López](#)

Especialista en Psicología de la Salud
Máster en Psicología Clínica

[MSc Jeannette Vía Ampuero](#)

Máster en Sexualidad
Profesor Asistente Adjunto

Lic. Leonardo Lucero Niubó

Licenciado en Psicología Hospital Hermanos Ameijeiras

El 3 de diciembre de 1982 se inauguró el hospital clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" como institución para brindar al pueblo una atención en el ámbito de los mejores centros de su clase en el mundo.

Este acontecimiento significó para Cuba un hito en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y la evidencia de una probada voluntad política para el sector, materializada a través de programas integrales dirigidos a reducir o erradicar enfermedades y elevar la calidad de vida de nuestra población. Más que eso, se trataba de una política científica nacional a partir de las realidades objetivas, necesidades y posibilidades.

Obtener una atención médica de excelencia y enfrentar la introducción y asimilación de la tecnología más avanzada ha sido la divisa principal de la Institución. El nivel alcanzado y los éxitos cosechados se reflejan en los indicadores hospitalarios obtenidos de la atención de pacientes con grandes complejidades diagnósticas y terapéuticas. Entre los éxitos más meritorios pueden mencionarse: los trasplantes de órganos y tejidos, la endoscopia intervencionista, la microcirugía, la imagenología de punta, la litotricia extracorpórea, la oxigenación hiperbárica, las técnicas de avanzada en el diagnóstico histológico y citológico, las técnicas quirúrgicas de grandes complejidades y la cirugía mínimamente invasiva.

Existen dos parámetros, entre otros, que permiten medir la calidad en la atención médica: la elevada satisfacción de los pacientes y familiares por los servicios recibidos, reflejada en encuestas realizadas sistemáticamente, y el aumento de la

demanda, tanto nacional como extranjera, por los servicios que ofrece el Hospital para la recuperación de la salud.

También el Hospital ha tenido resultados destacados en la educación médica. La actividad docente del Hospital ha sido muy pródiga desde la inauguración, cumpliendo uno de los preceptos establecidos por el Presidente cubano en el discurso inaugural cuando decía: "...De modo que este centro se convierte de por sí en una Universidad Superior de Medicina...".

La formación de especialistas a través del régimen de residencias ha contado con un promedio anual de más de 200 médicos residentes, graduándose hasta la fecha más de mil especialistas, entre los cuales hay un grupo importante de extranjeros. También la docencia de perfeccionamiento se ha destacado mediante la ejecución de cursos y entrenamientos a profesionales y técnicos de la salud, tanto nacionales como extranjeros. Desde 1984 el Hospital es sede de una Filial de Licenciatura en Enfermería del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

Por otra parte, la Institución ha trazado una política de preparación de cuadros científicos, profesionales, personal de enfermería y técnicos, a través de un plan de becas en diversos países y la asesoría de científicos extranjeros, así como la asistencia a congresos, cursos e intercambios científicos en otros países.

El plan de investigaciones del Hospital aborda una temática general de la institución y particular de cada servicio, contenida fundamentalmente dentro de las líneas priorizadas del Ministerio de Salud Pública. Las líneas principales de investigación y desarrollo son: el trasplante de órganos y tejidos, las enfermedades malignas, la cirugía mínimamente invasiva, la integración de las ciencias básicas a la clínica y la computación aplicada a la medicina.

Tampoco se ha descuidado el apoyo necesario a las áreas de salud. De las 43 especialidades existentes en el Hospital, 19 de ellas han prestado servicios en policlínicos de los municipios de Habana Vieja y Centro Habana. Además de consultas, el Hospital ofrece amplios servicios en exámenes diagnósticos y en tratamientos especiales. Este apoyo requirió del establecimiento de un vínculo hospital - policlínico para analizar periódicamente las necesidades y demandas de las áreas de salud y, al mismo tiempo, las posibilidades del Hospital. Desde la incorporación de los Médicos de la Familia, se confeccionó un programa para respaldar su formación y para facilitar su trabajo.

Es en este contexto institucional donde desarrolla sus actividades el Servicio de Psicología, cuyo objetivo principal lo constituye el HUMANIZAR toda esta actividad de atención al ser humano que sufre y busca alivio a su pesar.

Haciendo un poco de historia, tenemos que la atención psicológica dentro del hospital comenzó por una psicóloga que fue insertada dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos, estableciendo un nuevo paradigma de trabajo en áreas no psiquiátricas, rompiendo el viejo paradigma de trabajo del psicólogo solamente dentro de un Servicio de Psiquiatría. Esta nueva experiencia de trabajo se fue desarrollando en la medida en que los restantes Servicios médicos de la Institución solicitaron la presencia de un psicólogo a tiempo completo para prestar asistencia psicológica a sus pacientes. Con ello, el servicio fue creciendo, hasta llegar al mes de mayo de 1983, donde se constituye el Servicio de Psicología, como un Servicio que se encargaría, dentro de la institución, de supervisar y dirigir la atención psicológica.

El Servicio cumple cinco funciones a saber: asistencial, docente, investigativa, institucional y administrativa; en el presente artículo nos referiremos a la experiencia de 20 años en la función asistencial.

La atención psicológica a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en el "Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras"

Con el aumento de la esperanza de vida al nacer y la reducción de la mortalidad infantil, cambió el cuadro epidemiológico de salud en nuestra población. En las últimas décadas se ha multiplicado la incidencia de enfermedades tales como: la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial, el Asma Bronquial, la Cardiopatía Isquémica, la Insuficiencia Vascul ar Cerebral y otras que se han dado en llamar Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), por solo citar un ejemplo en nuestro país, la morbilidad asociada a estas enfermedades es de: 27.1 para la diabetes mellitus, 177.6 para la HTA y 84.4 para el asma bronquial, en una tasa de 1000 habitantes, según el Anuario Estadístico del MINSAP 2002.

Estas enfermedades constituyen un problema de salud por ser causa de muerte e incapacidad las consecuencias de sus complicaciones, en gran parte de la población.

Las ECNT son prevenibles no sólo en su debut sino en el control de sus complicaciones, si atendemos a factores de riesgo para su aparición tales como: el estilo de vida, los hábitos nutricionales y el tabaquismo, entre otros.

El reto para controlar un problema de tal magnitud supone desarrollar acciones educativas. Una metodología innovadora e integral para afrontar estas enfermedades aborda aspectos biológicos, sociales, ambientales y psicológicos; por tal motivo, los psicólogos en nuestro hospital se insertan en los diferentes programas educativos y de promoción de salud que desarrolla y rectora desde 1983 el departamento del mismo nombre.

En los últimos 25 años, la promoción de la salud ha recibido un impulso muy importante a nivel mundial. El informe de Lalonde de 1974, el Informe del Servicio de Salud Pública de los EE.UU en 1979, la Carta de Ottawa de 1986, la Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud en Suecia, en 1991 y la Cuarta Conferencia de Yakarta, en 1997, atestiguan el interés y la necesidad de avanzar por la clarificación e implementación de la promoción de salud como un eje de acción estratégico que permitirá mejorar las condiciones de vida.

Aunque existen diferentes conceptos sobre promoción de salud, todos coinciden en que se trata de una estrategia integral que implementa programas y proyectos de intervención en el nivel social y comunitario.

Aplicado este modelo a la población que atendemos en diferentes servicios de nuestra institución y para potenciar el autocontrol y el auto manejo de estas enfermedades por parte de nuestros pacientes, el psicólogo desarrolla las siguientes misiones:

- Prevenir
- Su
- Complicaciones
- Enfermedad
- Educar
- Sus riesgos
- Reorientar
- SOBRE** - Sus
- complicaciones

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| - Reestructurar | - Forma adaptativa |
| - Rehabilitar | - Posibles soluciones |

Los psicólogos insertados en grupos multidisciplinarios para la atención integral al enfermo portador de alguna o algunas de las ECNT, realizan acciones puntuales de: ínter consultas, pases de visita, discusiones de casos, atención y seguimiento individual a pacientes ambulatorios y hospitalizados, trabajo grupal con pacientes ambulatorios y hospitalizados y clínicas psico educativas en los Grupos Básicos de Trabajo.

¿Qué son las Clínicas Psico educativas?

Es una modalidad de tratamiento, fundamentada en realizar acciones educativas, preventivas y de modificación de conducta, en pacientes portadores de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), atendidos de forma grupal y ambulatoria, por un equipo multidisciplinario que se conforma para satisfacer las necesidades de cada grupo en particular y donde participan: médicos especialistas, Nutricionistas, educadores, especialistas de cultura física y psicólogos, entre otros, según corresponda.

Para cada clínica se elaboran programas de intervención específicos que siguen de manera general similar metodología adecuada a las necesidades de cada grupo de pacientes, según su patología para su rehabilitación y reinserción social.

El psicólogo trabaja tanto en la confección, implementación y evaluación de programas, como en las acciones terapéuticas específicas en cada clínica. Tenemos experiencia en el trabajo de clínicas psico educativas en las siguientes patologías: diabetes, HTA, asma bronquial, cardiopatía isquémica, migraña, disfunción sexual eréctil, obesidad, tabaquismo y alcoholismo.

Las estrategias de trabajo incluyen:

- Ejecución de programas a pacientes ingresados y ambulatorios.
- Modelo teórico cognitivo-conductual
- Confección e intercambio de materiales educativos
- Evaluación diagnóstica, formativa y sumativa

Los principios generales de trabajo en clínicas psico educativas son:

1. Trabajo en equipos multidisciplinarios

- Selección de los pacientes que conforman el grupo
- Trabajo en grupos cerrados entre 10 y 15 pacientes
- Evaluación de la situación clínica de cada sujeto
- Evaluación psicológica de los sujetos
- Evaluación de la dinámica familiar
- Evaluación de la motivación y necesidades educativas de los sujetos con los siguientes objetivos:

- Modificar en sentido favorable los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los enfermos que asisten a la clínica.
- Conseguir que estos enfermos adopten una postura activa y responsable respecto

a su enfermedad.

- Lograr una mejor calidad de vida, controlar los síntomas y prevenir las complicaciones.

2. Cada programa específico para cada clínica implementa acciones de:

- Educación al paciente sobre su enfermedad y las complicaciones posibles.
- Auto manejo y auto control de la enfermedad.
- Uso de medicamentos.
- Acciones y procedimientos terapéuticos específicos.
- Acciones de rehabilitación.
- Trabajo con la familia.

En cuanto a los recursos técnicos del trabajo en grupos, se facilita la dinámica de grupos, insertando técnicas cognitivo - conductuales y participativas, centrando la solución de conflictos en el propio grupo, donde el terapeuta es sólo un facilitador, además, se les enseñan ejercicios respiratorios y de relajación como coadyuvantes para el alivio de posibles síntomas de ansiedad, todo esto apoyado con material educativo impreso.

El número de sesiones terapéuticas y el seguimiento clínico se organiza específicamente para cada grupo y clínica.

A continuación mostramos el programa de la clínica de tabaquismo a modo de ilustración:

ESTRATEGIA DE INTERVENCION: "PROGRAMA PARA LA CESACION DE LA ADICCION TABAQUICA".

Utilizamos un programa de terapia grupal combinada que consta de 12 sesiones terapéuticas grupales y propone la interrupción abrupta del hábito a partir de la tercera sesión. Sigue un modelo cognitivo conductual e integra técnicas de modificación de conductas, asertividad, técnicas cognitivas y de entrenamiento de habilidades sociales y para el manejo de la ansiedad, el autocontrol y afrontamiento, además impulsa la participación interdisciplinaria de psicólogos, educadores para la salud, médicos clínicos, Nutricionistas, especialistas de cultura física y psicometristas. El programa consta de 5 fases.

ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN EN LA CESACIÓN TABAQUICA

FASE 1: Evaluación diagnóstica.

- Entrevista personal
- Evaluación psicológica
- Análisis del resultado

FASE 2: Preparación para la abstinencia.

- Sesión 1: Orientación del autoregistro del parámetro de medida.
- Sesión 2: Clasificación de los motivos de fumar según el modelo de Russet.
- Sesión 3: Orientaciones y recursos de afrontamiento para el rompimiento abrupto del hábito.

FASE 3: Abordaje del síndrome de abstinencia.

- Sesión 4 a la 7. Afrontamiento de la abstinencia.
- Técnicas grupales interactivas (psicodrama, juego de roles, técnicas participativas, control de estímulos).

FASE 4: Trabajo educativo y prevención de la recaída.

- Sesión 8 a la 11. Adquisición de conocimientos significativos de las consecuencias del hábito de fumar.

FASE 5: Preparación para el autocontrol individual.

- Sesión 12: Separación del grupo.
- Evaluación de los resultados finales.
- Motivación para continuar en grupos de autoayuda de exfumadores.

OBJETIVOS GENERALES:

- Lograr que las personas asistentes al grupo abandonen definitivamente el hábito de fumar.
- Prevenir y evitar recaídas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Que los sujetos dejen de fumar a partir de la 3ra. sesión.
- Que los sujetos se apropien de toda la información necesaria sobre el hábito tabáquico: factores psicológicos asociados a la dependencia física, aspectos farmacológicos y sociales, efectos negativos sobre el organismo, aspectos nutricionales y ejercicios físicos.
- Que aprendan a manejar y resolver ansiedades, angustias y fantasías positivas hacia el cigarro, que actúan latentemente facilitando las recaídas.

METODO EMPLEADO

Metodología:

El tratamiento consta de 12 sesiones terapéuticas distribuidas de la siguiente manera:

2 sesiones semanales de 2 horas de duración, durante 6 semanas.

- Se conformarán grupos terapéuticos integrados por no más de 15 pacientes.
- El sujeto será impuesto de sus deberes y derechos con el tratamiento, así como del reglamento que se elaborará Conjuntamente en la 1ra. sesión.
- Inicialmente los sujetos serán examinados por el psicólogo en una sesión clasificatoria que los seleccionará para conformar el grupo. Este realizará una entrevista inicial y evaluación psicológica, la cual consta de las siguientes pruebas: Inventario de personalidad de Eysenk, Inventario

autoadministrado Locus de Control, Test de Fargeströn y Modelo de Entrevista Inicial.

El médico realiza un estudio clínico conformado por las investigaciones siguientes:

1. Prueba funcional respiratoria.
2. Tomografía Axial Computarizada de Tórax
3. Hemograma, Lipidograma
4. Electrocardiograma.
5. Doppler carotídeo vértebro - basilar y de miembros inferiores.

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

Básicamente la terapia de grupo, apoyada por otras alternativas como la relajación, ejercicios físicos, chicle de nicotina, medicina verde (melito sedante), acupuntura, etc.

CRITERIOS DE INCLUSION EN EL GRUPO

Personas fumadoras que manifiestan intenciones serias de dejar de fumar, solicitan ayuda especializada y que estén suficientemente motivadas hacia el tratamiento con la decisión de abandonar el hábito definitivamente. Pueden acudir voluntariamente o remitidos por el médico, siempre que cumplan con el principio de la voluntariedad.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Personas con antecedentes psiquiátricos del orden siguiente:

- Psicóticos crónicos (esquizofrénicos, deterioro demencial), por el deterioro intelectual que obstaculiza la dinámica de grupo y posibles brotes durante la abstinencia.
- Psicosis afectiva (Psicosis maniaco-depresiva, melancolía involutiva), por los desajustes afectivos que supone el síndrome de abstinencia.
- Neuróticos descompensados por igual razón.
- Psicópatas cuyas particularidades psicológicas y estilo comunicativo de proyección social pueda interrumpir la dinámica grupal.
- Otras adicciones concomitantes en el momento actual, alcoholismo, psicofármacos, etc.
- Retraso mental.
- Subculturalización marcada.
- Edad (entre 15 y 60 años).

RECURSOS HUMANOS NECESARIOS

Psicólogo adiestrado en la conducción de grupos y entrenado para trabajar en Cesación Tabáquica y cuyo rol es el de facilitar la acción del grupo para la consecución de las metas individuales de quienes lo conforman.

- Educador para la Salud.
- Especialistas de Medicina Interna o Medicina General Integral.
- Nutricionista
- Especialista de Cultura Física
- Psicometrista

RECURSOS MATERIALES

- Local que disponga de un espacio para la interacción grupal, sillas, etc.
- Documentación y modelaje recogido en anexos.
- Papelógrafo, plumones, hojas blancas, etc.
- Otros a consideración de las posibilidades y creatividad de quien lo vaya a aplicar.
- Programación de las sesiones.

Los sujetos, al concluir el programa de tratamiento, asisten a consultas de seguimiento al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año.

Veinte años de experiencia en este trabajo nos ha permitido retroalimentar, a través de diferentes formas de evaluación, los distintos programas y brindar una mejor calidad en la atención a pacientes hospitalizados y ambulatorios en el control de las ECNT y podemos afirmar que este tratamiento tiene un impacto exitoso en los pacientes y constituye una importante área de trabajo del psicólogo que muestra hoy sus fortalezas y resultados en la reducción del número de ingresos anuales, horas de ausentismo laboral, la disminución del consumo de medicamentos y, en general, el aumento del bienestar y la calidad de vida de nuestra población.

La inserción del psicólogo en los grupos multidisciplinarios

Para abordar el tema de la inserción de la Psicología en los grupos multidisciplinarios, es preciso hacer una breve incursión en el trayecto recorrido por ésta. Para nadie es un secreto la exigua presencia de psicólogos en Cuba al triunfo de la Revolución, pero lo llamativo no se centra en esta circunstancia, sino más bien en que este escaso grupo de profesionales se desempeñaban principalmente en el sector privado y sólo algunos "se atrevían" a trabajar en hospitales estatales y lo hacían con el único propósito de adquirir experiencia. Su labor era fundamentalmente de diagnóstico.

El decurso de los años 60 trajo consigo importantes cambios sociales y la Psicología no estuvo ajena a esto, se produce entonces lo inevitable: un viraje en cuanto a la tradicional concepción de la Psicología. Acompañando y reforzando estos cambios nos encontramos ante un creciente aumento de evidencias científicas demostrando que importantes esferas del ser humano, como la realización personal y la satisfacción en distintos espacios de su vida, dan lugar al bienestar psicológico y a una mejor disposición del individuo hacia su salud. Tampoco es ajeno a todo este discurrir de conocimientos, el papel que desempeña la personalidad en los diferentes problemas de salud.

Más arriba se hace referencia a los cambios acontecidos en los años 60, cabe entonces distinguir el enfoque social de la salud y su proyección en el propósito del Sistema Nacional de Salud que se estaba gestando, el cual era y es "la salud de la población". Este enfoque social permite la comprensión del proceso salud - enfermedad en el contexto social, lo cual plantea una visión totalizadora de dicho proceso.

Dadas estas circunstancias, la Psicología comienza a vincularse a todas las especialidades médicas y también al trabajo asistencial, institucional, docente e investigativo, para así proporcionar una atención más integral.

El avance de las ciencias psicológicas y la tendencia mundial de que ésta participe, no sólo en la solución de tareas práctico asistenciales de la medicina, sino también en la búsqueda del "**factor psicológico**" en la aparición y evolución de diferentes

enfermedades, ha propiciado que la triada BIO PSICO SOCIAL hiciera sentir su potencialidad en lo que a salud se refiere.

Esta concepción propició que la Psicología se vincule con mayor cantidad de especialidades médicas, lo cual devino necesaria y fundamental la inserción de ésta en los **grupos multidisciplinarios**.

Se entiende por **grupos multidisciplinarios**, la participación de diferentes especialidades para el diagnóstico y tratamiento del paciente que padece una determinada enfermedad.

El Hospital "Hnos. Ameijeiras", atento siempre a brindar una atención calificada a sus pacientes, cuenta entre otros, con los siguientes Grupos Multidisciplinarios: Nefrología, Diabetes, Cirugía ortognática, Migraña, Cardiopatía isquémica, Trasplante de riñón, Trasplante de hígado, Trasplante de corazón, Hipertensión arterial, Obesidad, Reproducción asistida, Asma bronquial, Fertilidad, Disfunción sexual masculina.

¿Cómo funciona el Grupo Multidisciplinario de Disfunción sexual masculina?

El Grupo Multidisciplinario de Disfunción sexual masculina, de Referencia Nacional, está integrado por las siguientes especialidades: Urología, Endocrinología, Angiología, Geriatría, Psiquiatría, Educación para la salud y Psicología.

Una Disfunción sexual puede tener causas orgánicas, psicológicas y sociales. El paciente es valorado en consulta multidisciplinaria y cada especialista aporta y profundiza en lo que considera necesario y oportuno, luego de diferentes estudios, el paciente es nuevamente valorado por el Grupo.

Si la Disfunción sexual es diagnosticada como Predominantemente Orgánica, el paciente es igualmente valorado por Psicología dado el importante componente psicógeno existente en la evolución y tratamiento de este trastorno. Todos los pacientes -salvo excepciones- pasan por un curso de Educación sexual.

Una vez al mes se realiza la Discusión de casos, donde la participación del psicólogo es fundamental.

Intervención psicológica en el trasplante de órganos: puntos críticos de un programa

HITO HISTORICO DE LA TRASPLANTOLOGÍA EN CUBA

En el año 1985 se creó el primer grupo multidisciplinario para enfrentar el programa de trasplante de órganos. En este equipo fundador, ya estuvo incluida la Psicología como especialidad coordinadora, con peso propio y esencial en el proceso de toma de decisiones (Hosp. H.H.A.).

La mayor experiencia y con sólida sistematización ha estado en torno a los dos tipos de trasplantes más instrumentados en el nivel práctico, teórico y metodológico: el trasplante renal y el cardíaco. En la actualidad, nuestro centro posee un programa mucho más amplio que abarca el trasplante de médula ósea, el trasplante hepático y el trasplante de córnea. En particular, el cardiocentro tiene la experiencia del único trasplante corazón-pulmón realizado en Cuba con récord de sobrevivida (16 años) en América Latina y del implante del primer corazón artificial cubano, temporal, en 1989.

Así mismo, la mayor tradición de abordaje clínico ha estado centrada, y es adecuado que así sea por los rigores del proceso, en el trabajo con los receptores de trasplante y su familia. Sólo en los últimos 10 años es que se ha profundizado en los aspectos éticos, psicológicos y médicos de la donación.

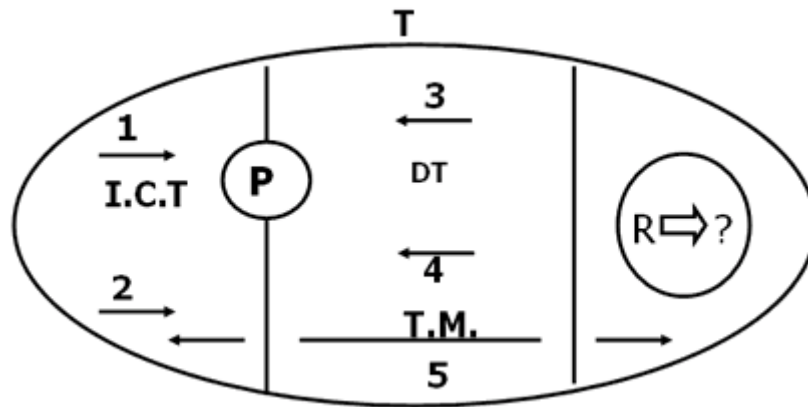


Figura 1 - Esquema contextual del paciente con insuficiencia cardiaca terminal

El individuo se moverá a través de procedimientos diagnósticos y terapéuticos cruentos, hacia su rehabilitación, en una lucha contra reloj.

Leyenda	
I.C.T Insuficiencia Cardiaca Terminal.	1. Deseo de cambio.
D.T Diagnóstico y tratamiento.	2. Referencias de éxito.
R. Rehabilitación.	3. Temor al diagnóstico.
T Tiempo.	4. Temor al tratamiento.
	5. Temor a la muerte.

PARADIGMAS INTERVENTIVOS DEL PSICÓLOGO EN EL EQUIPO DE TRASPLANTOLOGÍA CARDIOVASCULAR

I. Contribuir a la evaluación y selección de los pacientes posibles candidatos a receptores:

- Estimación de la capacidad intelectual.
- Evaluación de procesos afectivos de demostrado impacto negativo en la aparición y desarrollo de las enfermedades cardiovasculares:

- Hostilidad.
- Vulnerabilidad al estrés y ansiedad.
- Depresión.

- Precisar en la historia personal el grado y permanencia de conductas adictivas (alcoholismo y tabaquismo).
- Considerar la funcionalidad de los sistemas de apoyo socio-familiar.
- Conocer consentimiento y fortaleza motivacional hacia el TX.
- Constatar historia personal de trastornos afectivos crónicos o psicosis.

* El objetivo de esta evaluación es acopiar información esencial que permita el mejor conocimiento del paciente, con enfoque incluyente. Sólo en situaciones de probada falta de competencia, se recomienda la no inclusión en el protocolo o la necesidad de un seguimiento psicocorrector previo.

MAXIMO RESPETO A LA PREMISA DEL DERECHO DEL PACIENTE A SER TRATADO SIN DISCRIMINACIONES.

I. Categorías diagnósticas para la selección de receptores.

En nuestro equipo se ha tomado la determinación de establecer 3 categorías diagnósticas en la selección del receptor:

1. Paciente apto para el trasplante. En esta categoría se incluyen los pacientes que aunque no presentan alteraciones importantes, sí necesitan de atención psicológica por el hecho de que son personas que ya hace tiempo vienen tolerando un cuadro de progresiva enfermedad, en general, ya sin posibilidades, y el trasplante aparece como una lucecita de esperanza; sin embargo, no están exentos de preocupación por varias razones:

- La etapa de espera del trasplante es una etapa sumamente difícil. Una vez que el paciente es aceptado, la espera es indeterminada, puede ser de días o de meses o no llegar. La dependencia del hospital es muy grande. Algunos pacientes del interior se quedan viviendo en el centro o cerca de él, esperando ser llamado. Todos están en riesgo de muerte súbita. Todos tienen alteraciones transitorias en los momentos de descompensación.

- El deseo de la muerte de un hombre que dona su corazón crea intensos sentimientos de culpa, algunos autores plantean que después del trasplante, estos sentimientos se convierten en sentimientos intensamente reparatorios y altruistas (A. Einkelsztein, 1993).

- Se originan actitudes muy competitivas y paranoides (por qué X fue trasplantado antes que Yo que estaba primero en la lista. "A mí no me tienen en cuenta, me dicen que estoy en la lista para que me quede tranquilo pero me están dejando morir", etc.). Estas actitudes crean una intensa ansiedad y originan conflictos en la relación médico - paciente. Varias veces hemos sido llamados con urgencia porque un paciente recriminaba agresivamente a su médico porque no se sentía bien tratado, lo que a su vez origina verdaderas actitudes agresivas de parte de médicos y enfermeros, cerrándose así un círculo vicioso. Otros pacientes se defienden con el mecanismo de la negación y el desplazamiento. Este mecanismo no es compensatorio realmente porque aunque lo defiende la angustia de saberse grave, es responsable de la falta de adherencia terapéutica.

2. La segunda categoría *no apto para el trasplante* incluye el retraso Mental, las enfermedades psíquicas severas (Psicosis) y el Alcoholismo.

3. La categoría *pacientes de difícil manejo* se ha establecido para aquellos pacientes que, aunque con algunas alteraciones de la personalidad, familias disfuncionales, son susceptibles a la ayuda psicológica y se aceptan para el trasplante. Este grupo de pacientes constituyen un constante dilema ético porque siempre existe la duda de si debía ser trasplantado o no. Así, hemos tenido pacientes que se han trasplantado exitosamente pero tarde o temprano hacen transgresiones que aún después de ello existen opiniones contradictorias en el equipo como: "qué bien, duró 8 años", "sí, pero podía haber durado más si no hubiera."

II. Preparación psicológica del paciente seleccionado y en lista de espera:

- Individual: trabajo terapéutico sobre la angustia prequirúrgica; adecuación de expectativas pre y post trasplante; intervención cognitiva para la racionalización de mitos y fantasías en torno al órgano trasplantado y fortalecimiento de la adherencia terapéutica.

- Grupal: facilitar el intercambio emocional entre pares y transmisión de información relevante sobre las distintas fases del proceso.

- En los últimos años, aumenta dramáticamente la desproporción entre el número de receptores en espera y la cantidad real de donaciones útiles, creciendo así mismo el tiempo de espera y con él la ansiedad, la frustración y por tanto la depresión, por lo que la intervención psicoterapéutica adquiere un valor trascendental en esta fase

III. Preparación de la familia y de acompañantes:

- Muy importante el rol de las personas claves elegidas por el paciente. Concientización de su función terapéutica en todas las etapas, en lo inmediato y a largo plazo, pero sin generar dependencias excesivas. Garantizar la construcción de canales de comunicación entre familiares y equipo asistencial, expeditos y transparentes.

IV. Seguimiento terapéutico al trasplantado en el post-operatorio inmediato, mediato (período de aislamiento) y a largo plazo (asumir en la práctica el aprender a vivir con el trasplante y con los requerimientos médicos -algunos de ellos invasivos- de por vida)

- Rehabilitación para la reincorporación a la vida cotidiana sin transgresiones fatales por sobrevaloración de su estado.

- Evitar, mediante la influencia orientadora, que en el medio familiar y socio-laboral se sobredimensione la condición de "persona excepcional" o "persona especial" respecto al trasplantado, para reforzar la autonomía y autorresponsabilidad ante su vida y sus límites; evitando así conductas de sobreprotección potenciadoras de dependencia e inseguridad, creándose en ocasiones una atmósfera casi regresiva donde el paciente trasplantado es manejado virtualmente como un niño.

".y este corazón que fue tuyo, que ahora es mío, que siento de todos, latirá no sólo por la fuerza de su juventud, latirá sobre todo por el agradecimiento eterno de mi alma. Tanta generosidad me ha hecho renacer, y les aseguro que hoy soy mejor persona que antes."

*Fragmento de carta de un trasplantado en el año 2002.
Hoy tiene 49 años. Se casó por tercera vez hace dos meses.*

Atención psicológica en unidades de cuidados al paciente grave

Las tareas de atención psicológica especializada al paciente grave son de relativamente recién inicio; sin embargo, su necesidad no provoca dudas; el hombre siempre sabe acerca de la inevitabilidad de su final, pero su proximidad directa provoca en él una serie de cambios psicológicos. Otro factor es la necesidad de "equilibrar" la propia actitud de los médicos que tienen que tratarlos, pues durante una enfermedad aguda los problemas psicológicos no constituyen, esencialmente, la preocupación fundamental de los médicos y hay tendencia a olvidar las demandas psicológicas que plantea una enfermedad aguda; bruscamente, el paciente ha de modificar la idea de sí mismo, sus relaciones con los demás, su visión de futuro. Por otra parte, hay que tener en cuenta que el manejo del paciente crítico conduce a un aislamiento temporal del medio habitual, a la elaboración de nuevas formas de reacciones interpersonales y adaptación a otras condiciones de vida, aumentando las exigencias a su estado psíquico, con agudización de los fenómenos de estrés o tensión emocional. Por todo esto, la incorporación del psicólogo a las unidades de terapia, fue una necesidad desde el comienzo de la institución, cuyo trabajo se dirigió a los siguientes aspectos:

Vertientes de trabajo:

- Paciente en situación de amenaza vital (exploración, diagnóstico psicológico y tratamiento psicoterapéutico intensivo).
- Acompañante y familiar del grave (selección y atención preparatoria y psicoterapéutica).
- Personal asistencial (evaluación, selección atención al equipo de trabajo.).

Atención psicológica al paciente

Causas fundamentales de alteraciones psíquicas en pacientes en situación de amenaza vital:

- La enfermedad y sus complicaciones.
- El ambiente estresante de la propia unidad.
- Las demandas psicológicas que generan la enfermedad aguda.
- La sensación inminente de muerte.
- Necesidad de diagnóstico dinámico, rápido y certero.

Vivencias más frecuentes: miedo, intranquilidad, tristeza, inseguridad, angustia, ansiedad. Estas manifestaciones están en íntima relación con el tipo de estructuración de algunas variables personales y del nivel de concientización de la enfermedad por el paciente y su actitud hacia ella.

La multivariedad de reacciones personales ante situaciones de amenaza vital dependen de: Edad, Carácter de la enfermedad y particularidades de su curso.

Las manifestaciones derivadas de la enfermedad como tal y sus complicaciones tienen un curso variable en dependencia de la causa del proceso y su grado de reversibilidad. La expresión clínica puede oscilar desde sueño hasta la logorrea y un cuadro compatible con un síndrome demencial. Excitación, incoordinación, agitación post traumática, obnubilación, delirios, son tributarios de tratamiento médico y

apoyo psicoterapéutico por la enfermera. El pronóstico depende del grado de reversibilidad de la enfermedad orgánica.

La *influencia del medio* se traduce en estrés y ansiedad y menos frecuentemente en depresión, abatimiento y desorientación alopsíquica, generalmente evoluciona rápidamente y es reversible con buen pronóstico, si se aplican por parte del personal acciones profilácticas sobre el ambiente propio de las unidades.

Las *demandas psicológicas derivadas de la enfermedad aguda* se expresan en ansiedad y miedo fundamentalmente y pueden presentarse en el curso de la misma, alteraciones conductuales y emocionales relevantes (ansiedad no controlada, vivencias angustiantes, rechazo a intervenciones y tratamientos, desestabilización emocional, agresividad, distanciamiento afectivo, abatimiento). Son generalmente reversibles, aunque su curso es variable, según rasgos del carácter y personalidad del enfermo. Pronóstico generalmente favorable. Requieren atención del psicólogo.

La *sensación inminente de muerte* acarrea síntomas de excitación con temores, estupor con resignación apática y pasa por la depresión y el agotamiento. Curso variable y son poco sensibles al apoyo psicológico, pronóstico favorable según el curso y término de la enfermedad.

Mecanismos de defensa más frecuentes: *infantilización* (muestra de sentimientos de desamparo y dependencia total, ligado a grandes deseos de apoyo y aferramiento), *hipocondría secundaria* (hacen del órgano o sistema afectado el objeto preferido de su observación a través de fantasías muy peculiares y pueden expresarse en síntomas vegetativos) y *autoengaño o negación* (más frecuente en UCI, forma superficial de rechazo a los pensamientos y sensaciones torturantes y de las percepciones externas).

Necesidad de sistema de vigilancia de la esfera psíquica para el paciente grave, que garantice la detección precoz de las alteraciones. Observación continua del cuadro subjetivo - emocional del paciente; su estado anímico, sensaciones y sentimientos, representaciones sobre su enfermedad, sus causas y posibles derivaciones.

La exploración debe hacerse en cada turno, interpretarse y valorarse evolutivamente y en función de la magnitud y complejidad, encausar favorablemente el estado psíquico o reclamar asesoría de personal especializado. Se ejecuta por enfermero, médico y psicólogo. Funcionalmente, se organiza una primera fase de exploración de las manifestaciones del cuadro interno por parte de la enfermera y la interpretación de las causas del mismo por el médico, así como la reflexión y planificación del plan psicofiláctico y terapéutico, expresión de la integración de ambos eslabones.

En una segunda fase, se desarrolla la evaluación psicológica propiamente dicha, que se desdobra en dos partes:

- Profundización y focalización de la exploración psíquica. (observación y entrevistas, es longitudinal y evolutiva).
- Integración de la reflexión e interpretación de los tres eslabones a la dinámica asistencial a través de:
- Discusión de casos.

- Parte de información médico – psicólogo, permite retroalimentación entre médico – psicólogo – familiares.
- Atención psicológica directa, se desarrolla en forma inmediata en la exploración, evaluación, diagnóstico, tratamiento y profilaxis; mediata en la evolución de 24 horas y evolutiva durante la estancia del paciente en la unidad.
- Atención psicológica indirecta, en la vigilancia de la actitud del personal ante la enfermedad y su evolución, en el paciente y hacia el familiar.

Diagnóstico psicológico:

1. Debe estar dirigido a aspectos psicológicos alterados y compensatorios.
2. Considerar personalidad premórbida del paciente, actitudes, valores, intereses, posibilidad de autocontrol.
3. Longitudinal, dinámico y evolutivo. Diario.
4. Vivencias, tipo de enfermedad y estilos de afrontamiento.
5. Rápido y certero, combinado con las necesidades y urgencias de la unidad.

Tratamiento:

- Mantener relación adecuada con el paciente a través de visitas breves y frecuentes.
- Enfocar motivos esenciales de su malestar, aclarar miedos.
- Propiciar descargas emocionales.
- Propiciar actitud cooperadora, explicando lo necesario del tratamiento y exámenes.
- Conocer las defensas y manejarlas.
- Datos orientación local y temporal.
- Manejar relación paciente - familiar.
- Otras situaciones como desacoplar respirador post cirugía.
- El paciente suicida, no manejar el IS en ese momento.
- Técnicas: relajación dirigida, hipnosis, psicoterapia sugestiva.
- Hacer pequeñas concesiones (alimentación, sueño).

La psicoterapia al paciente crítico es una psicoterapia intensiva, que proporciona un clima afectivo y de seguridad personal, y que logra un efecto espiritual estabilizante mediante acciones terapéuticas rápidas, seguras y de confianza. Deberá ser breve, basada en técnicas de apoyo y animación. En ocasiones psicoterapia de urgencia. Acciones profilácticas:

- Directamente en el trabajo asistencial con los enfermos del equipo médico - psicólogo (Ejemplos: mostrar seguridad en todas las acciones, transmitir información clara y sencilla, advertir al paciente sobre cada procedimiento o intervención, tener presente las molestias que sufre el paciente, respetar su sueño, etc.).
- De forma indirecta a través de: selección, preparación y evaluación psicológica de los trabajadores de la unidad; y del establecimiento del sistema de acompañantes y evaluación sistemática de su incidencia en la unidad.

Atención psicológica al acompañante y familiares

Hay que partir del hecho de que están muy afectados emocionalmente, predominando el temor por la vida de su paciente, realizan esfuerzos por mantenerse en su inmediatez, desean hablar con médicos y enfermeras y conocer su gravedad, expresar sus propias inquietudes y sentimientos. Se ha demostrado utilidad de la introducción del acompañante en unidades cerradas de terapia, para el paciente y para el propio personal asistencial, de lo cual fue abanderada nuestra institución. Pero están sometidos al enfrentamiento directo con la gravedad de su paciente, a las condiciones de trabajo de la unidad, donde no existe rutina, todo lo cual provoca marcada tensión psíquica, que en correspondencia con las particularidades individuales de la personalidad, provocan distintas formas de ansiedad. Esto hace necesario una evaluación psicológica dirigida a conocer el estado de ansiedad y su forma de aparición, para luego seleccionar al más indicado, acorde además, con los deseos del paciente. Evaluación y selección acorde con (fundamentalmente mediante observación y entrevistas):

- Nivel de información que tiene sobre la enfermedad.
- Actitud ante la enfermedad.
- Nivel de ansiedad.

A los familiares se les brinda psicoterapia de apoyo, dirigida a adecuar los mecanismos de autocontrol y autorregulación de la personalidad. Otro aspecto importante es la información médica adecuada, que aclara dudas y explica evolución y pronóstico del paciente. **Aspectos psicológicos del personal** En las UCI se plantean grandes exigencias al personal asistencial, tanto desde el punto de vista físico como psíquico. Las mismas se derivan de sus múltiples misiones frente a pacientes en situaciones de extrema gravedad. Las enfermeras constituyen la pieza clave ya que tienen el más íntimo contacto con las necesidades del paciente y representan el factor de continuidad. En estas unidades no existe rutina de trabajo y las condiciones estresantes de la unidad representan continuas sobrecargas emocionales, poniendo a prueba la capacidad de resistencia del equipo de trabajo, que además se ve privado de observar la evolución ulterior del paciente y de asistir a su alta, perdiéndose así una de las principales fuentes de satisfacción personal y profesional. Aspectos a tener en cuenta:

- Las características propias de la unidad.
- Del cuidado del paciente.
- La necesidad de una sólida base de conocimientos.
- La comunicación interpersonal.

Los problemas que pueden presentar los trabajadores de una UCI, se pueden resumir determinados por:

1. Características propias de la unidad.
2. Contacto casi exclusivo con pacientes en estado de extrema gravedad.
3. Necesidad muy frecuente de actuaciones decisivas que han de realizarse sin tiempo para consultar.
4. Necesidad de una sólida base de conocimientos.
5. Pocas oportunidades de relajarse
6. Frecuentes contactos con la muerte.

Por todo ello, es imprescindible la selección del personal a laborar en dichas unidades, y su evaluación sistemática para actuar en el momento oportuno. Hay que tener en cuenta:

- Exigencias laborales
- Exigencias de la capacidad general de trabajo intelectual.
- Exigencia de conocimientos específicos de la actividad.
- Exigencias emocionales y motivacionales.
- Exigencias físicas.
- Exigencias socio- morales.

El psicólogo dirige y lleva a cabo la selección y evaluación psicológica periódica de los trabajadores de la unidad, con base en el perfil profesiográfico de su puesto de trabajo. Brinda atención psicológica a miembros del equipo que lo necesiten. Trabaja en la docencia y en la investigación según planes de desarrollo.

Principales misiones asistenciales del servicio de psicología del Hospital Hermanos Ameijeiras

- Evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico al receptor de trasplante de órganos y tejidos, así como su seguimiento postrasplante, atención psicológica a sus familiares así como al personal medico y paramédico que participa en el trasplante.
- Atención psicológica al donante de órganos y tejidos, trabajo de consentimiento informado con sus familiares.
- Diagnóstico clínico psicológico, tareas profilácticas de daño psicológico en pacientes en estado crítico, orientación familiar, selección, evaluación y orientación del personal asistencial y selección del acompañante familiar.
- Evaluación, diagnóstico y atención psicológica al paciente oncológico.
- Preparación psicológica en el pre, trans y postoperatorio al paciente quirúrgico.
- Evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico al paciente renal crónico.
- Evaluación y diagnóstico neuropsicológicos.
- Equipos y consultas multidisciplinarias. (disfunción sexual, asma bronquial, cardiopatía isquémica. diabetes, hipertensión arterial, obesidad, reproducción asistida, renal crónico)
- Facilitar la adherencia terapéutica durante la hospitalización.
- Facilitar comunicación paciente-familia.
- Optimizar comunicación entre el equipo de atención y el paciente y sus familiares.
- Evaluación y atención psicológica de pacientes en rehabilitación.
- Diagnóstico psicológico de pacientes con diversas patologías, diferenciando las alteraciones psicológicas provenientes de la enfermedad y sus complicaciones, de las que generan las demandas de las enfermedades agudas.

Referencias

Barruecos Ferrero M. (2003) *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo* . Editorial Ergon.

García Viveros M , (1999) *Salud Comunitaria y Prevención de la Salud* , Fundación ICEPS.

González Valcárcel B. (2001) *Una Estrategia de Educación para la Salud en un Hospital Clínico Quirúrgico*.

Grupo Nacional de Psicología (2001). *La psicología en los Hospitales Clínicos Quirúrgicos*. La Habana.

Pérez, W., Rodríguez, M., Vía, J., Rodríguez, G. y Lucero, L. (s.f.), *La Atención Psicológica en el Hospital Hermanos Ameijeiras 20 Años de experiencia*. Disco de Memorias del VI Congreso Internacional de Psicología y Psiquiatría Clínicas y VI encuentro Cuba México ISBN 959-7164-59-0

Rodríguez López, G., González Valcárcel, B. (2000). *Manual para la Creación de Centros para Dejar de Fumar*.

Saforcada E. *et al. El Factor humano en la salud pública* , Editorial Proa XXI, Argentina.

Otras Fuentes de Consulta: www.hha.sld.cu

LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN LOS PRESTADORES Y USUARIAS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL ¹

Lourdes Pérez Rosiles

Licenciatura en Psicología y Maestría en Educación.

María Luz Márquez Barradas

Licenciatura en Psicología y Maestría en Psicología de la Salud.

Investigadoras en el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la
Universidad Veracruzana

México

Introducción

En la vida cotidiana, las personas desarrollan hipótesis sobre cómo funcionan ellas, los demás y su mundo alrededor, por lo que aventuran la forma de interacción que tendrán en un grupo (Beck, 1995). No es raro suponer que cuando los usuarios de los servicios de salud entran en contacto con los prestadores del servicio, tanto éstos como aquéllos elaboran expectativas o creencias sobre cómo será la consulta, qué se espera de ellos y qué están dispuestos a ofrecer. Si se suma a lo anterior la idea negativa que se ha construido socialmente sobre el ambiente hospitalario (Niven, 1989), entonces la búsqueda de atención médica conlleva generalmente expectativas, creencias, actitudes y sentimientos y emociones encontradas, por lo que no siempre se cumple la expectativa construida socialmente de aliviar el síntoma por el que se acudió al servicio de salud (Álvarez, 2002). Por el contrario, se tiene la expectativa de que se será excluido socialmente (Argüello, Cuauhtle, García y cols., 2002), aun cuando se tenga la esperanza de recibir atención debido a la apariencia física o la pertenencia a un grupo de mayor estatus.

En la relación interpersonal que se expresa durante la consulta también sobresalen algunas habilidades sociales por parte del personal de salud —por ejemplo, la calidez de la enfermera para cuidar a los pacientes, la paciencia para escuchar o el buen trato del médico familiar tradicional—, imágenes que popularmente se refieren como habilidades que se forman con la experiencia o que son innatas; no es así, sin embargo, y la formación profesional del médico o la enfermera tendría que ocuparse del tópico (Gilligan y Raffin, 1997).

Actualmente, en la psicología de la salud —especialmente bajo un encuadre cognitivo (Sheridan y Radmacher, 1992)— se pueden diseñar programas para actualizar al personal de salud y enseñarle, entre otras cosas, que sus habilidades técnicas para la elaboración del diagnóstico se basan en su habilidad para procesar información, tomar decisiones basadas en la evidencia médica, sopesar el efecto de sus habilidades sociales y de comunicación en la salud del paciente e identificar ciertos aspectos básicos de los usuarios —como resistencias, ideas preconcebidas, actitudes de rechazo o aceptación hacia diversos tipos de tratamiento, etc.— en aras de mejorar la calidad de la atención médica.

Asimismo, la organización de los servicios de consulta de cualquier nivel es una pieza clave en la gran cantidad de estudios que se han realizado sobre la calidad de la atención médica; se infiere que hay una interrelación entre el desempeño de la organización y la de sus miembros, como bien lo apunta Donahue (1993): "El desempeño individual de los médicos y otros trabajadores puede ser el resultado de problemas de los sistemas", para lo que propone la estrategia de mejoramiento continuo de la calidad (MCC).

Sin embargo, el énfasis en la organización o en el aspecto humano, el tipo de enfoque disciplinar o de la metodología utilizada para el estudio de la calidad en la atención médica han permitido un vasto desarrollo de la investigación sobre la calidad de la atención médica, considerando que una atención de alta calidad es el factor crítico para eliminar las desigualdades en la atención a la salud.

De los tres aspectos interrelacionados en la calidad de la atención, como son la organización administrativa y financiera del sistema, la competencia y actualización de recursos humanos y la controversial satisfacción del usuario —por cierto más estudiada que la satisfacción del prestador del servicio—, es esta última la porción más sensible de la calidad de la atención médica desde una perspectiva humanista.

En 1996 se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, organismo encargado de mediar entre los usuarios respecto del servicio recibido y los trabajadores encargados de prestar ese servicio (Valdés, Molina y Solís, 2001), lo que significa que un problema siempre tendrá dos perspectivas: la del usuario y la del prestador del servicio; independientemente de la utilidad que dicha información posee para proponer mejoras en la calidad de la atención, la queja o querrela es un indicador más de la insatisfacción con el servicio, pero resulta paradójico que la queja principal sea la inconformidad con el tratamiento y la relación médico-paciente como tal, y que ésta ocupe un lugar secundario, cuando se sabe por otros estudios (Britten, Stevenson, Barry, Barber y Bradley 2000; Dobson, 2000) que dicha relación constituye un proceso que atraviesa toda consulta, desde la recepción, evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento; entonces, cuando se plantean las quejas respecto del tratamiento, las intervenciones quirúrgicas, el diagnóstico y demás, ¿cómo separar la relación humana que media la información y la toma de decisiones respecto del padecimiento del paciente?

En lo tocante a la interrelación médico-paciente, ésta puede caracterizarse más por un desencuentro en la consulta que por una alianza terapéutica (De la Fuente, 1992). Un ejemplo de la separación que hay entre ambos es un estudio de Hongorani, Wong y Vafidis (1999) que explora tanto las actitudes de los pacientes como las de los médicos en cuanto a proporcionar información sobre el riesgo postoperatorio en la cirugía oftalmológica; en dicho estudio se encontró una diferencia sustancial y significativa entre los pacientes que dijeron que se les debía decir todo acerca del riesgo, en comparación con los médicos que señalaron que no siempre se tendría que dar esa información, la que dependía, en todo caso, de las circunstancias. El estudio de Britten y cols. (2000) refiere que hay aspectos en la agenda de los pacientes que no son escuchadas por los médicos, como las molestias que causa el diagnóstico y el futuro que les espera, no aceptar una prescripción u otros asuntos relacionados con su entorno social.

Pero también en tal relación están en juego las percepciones de los médicos sobre la efectividad de su práctica. En un estudio de Tomlin, Humphrey y Rogers (1999) sobre las definiciones de lo que es una práctica efectiva de atención a la salud y las razones para no realizar esa práctica, se obtuvieron tres definiciones: una relacionada con el aspecto clínico, otra con el paciente y una más con los recursos. Pero lo realmente interesante son los motivos mencionados para no realizar una

práctica efectiva, dentro de los que sobresalen las razones relacionadas con los pacientes, como el hecho de que exhiban más de un problema, hasta su marco cultural, creencias, actitudes y nivel de entendimiento.

El presente estudio se basa en algunos supuestos de las autoras tras realizar otros estudios sobre la salud de la mujer (Márquez, 1997; Márquez, 1998; Pérez y Márquez, 1989; Pérez y Márquez, 1994; Pérez, 1988; Pérez, 1994; Pérez, 1997; Pérez, Márquez y Namihira, 2001; Pérez, Márquez y Velasco, 1993): *a)* En la calidad de la atención médica, la relación humana que se inicia con el primer contacto entre el médico y el usuario constituye un proceso complejo y difícil de evaluar desde una sola perspectiva; *b)* La relación médico-paciente se construye con las expectativas de los actores y el conocimiento de las necesidades de las usuarias; *c)* Un enfoque mixto o combinado de tipo cuantitativo y cualitativo genera mayor riqueza en la comprensión de la relación médico-paciente, y *d)* La psicología de la salud, si se apoya en un enfoque humanista y de género, es útil para entender la relación ya mencionada.

Por consiguiente, en el presente estudio se plantearon los siguientes objetivos: conocer la percepción de calidad de la atención médica en términos de las creencias y expectativas del personal de salud y de las usuarias, así como describir algunas características psicosociales del personal de salud en términos de su bienestar psicológico.

Método

Sujetos

El estudio, que contiene un enfoque mixto cualitativo-cuantitativo al combinar los métodos y las estrategias de investigación en forma secuencial (Creswell, 2003), se llevó a cabo en un hospital de especialidades médicas. Del total de quienes laboraban en el área de ginecología y consulta externa, cuyo número sumaba 60, se entrevistó en grupos focales a veintidós trabajadores, de los cuales siete fueron enfermeras y quince médicos; de ese total, catorce fueron mujeres y ocho hombres, con una edad promedio de 35 años y con una antigüedad promedio de 7.4 años en el caso de los médicos y de 6.4 en el de las enfermeras. Se realizaron nueve sesiones de grupos focales con diferente conformación, ya que se incluyeron médicos generales, especialistas en ginecología, residentes y enfermeras. A los 60 trabajadores mencionados, se le aplicaron posteriormente los cuestionarios derivados del contenido de las entrevistas focales.

Las usuarias entrevistadas fueron 45; debido a la organización del hospital, dichas entrevistas se hicieron en dos modalidades: mediante grupos focales e individualmente. Así, las que se incluyeron en las cuatro sesiones de entrevistas focales fueron mujeres que asistían a consulta o pláticas prenatales, con una edad media de 25 años, preferentemente amas de casa y con características similares a las de las 13 mujeres a las que se entrevistó individualmente. Más tarde, a 188 usuarias se les aplicaron los cuestionarios derivados de las mencionadas entrevistas focales.

Instrumentos

Las técnicas de investigación utilizadas fueron, por un lado, las entrevistas en grupos focales, estructuradas sobre una guía de entrevista con puntos en común para el personal de salud y las usuarias, salvo por la exploración de las expectativas y necesidades sobre el servicio de salud de estas últimas; por otro, las

entrevistas individuales para una porción de las usuarias bajo la misma guía, y, por último, la aplicación de cuestionarios y escalas.

Para el personal de salud, los instrumentos de evaluación empleados fueron el cuestionario Criterios de Calidad en la Atención (CCA)², elaborado a partir de las entrevistas focales y consistente en diez preguntas con respuesta de elección prioritaria distribuidas en tres categorías: practica profesional, actitud profesional y aspectos institucionales; una escala de Satisfacción de Vida (mejor conocida como la de las "caritas"), que constituye un indicador simple de bienestar psicológico (Andrews, 1987). Para las usuarias, los instrumentos fueron un cuestionario de necesidades y expectativas sobre el servicio, la misma escala de Satisfacción de Vida aplicada al personal de salud, y el Cuestionario General de Salud de Goldberg (1987).

Procedimiento

Éste se dividió en tres fases, la primera consistente en las entrevistas en grupos focales de una muestra intencional del personal de salud y usuarias, junto con la transcripción, lectura, relectura y definición de categorías; la segunda fase consistió en la elaboración de cuestionarios con base en la información anterior y mediante la selección de escalas para el personal de salud y las usuarias, y la tercera implicó la aplicación de cuestionarios y escalas a la muestra de usuarias demandantes de consulta externa y de ginecología, así como al total del personal médico y de enfermería que las atendía.

Resultados

Desde una perspectiva integral, primero se presentan los datos que sirven para describir a los sujetos participantes (usuarias y personal de salud) con base en ciertas características psicológicas, y posteriormente se muestran los resultados que refieren a las dimensiones de la calidad de la atención que ofrecían y recibían el personal de salud y las usuarias, respectivamente.

Características psicosociales de las usuarias

En la Tabla 1 se registran algunas características de las 188 usuarias de este hospital a las que se les aplicaron los cuestionarios y escalas, quienes fueron mujeres jóvenes menores de 35 años; en cuanto a su escolaridad, hubo un mayor porcentaje de mujeres con estudios concluidos de secundaria, preparatoria e inclusive licenciatura. Es interesante observar que el 66.4% de ellas no tenía un trabajo remunerado fuera de casa. El punto relativo a la percepción de la enfermedad llama la atención dado que el escenario era un hospital de segundo nivel, en donde se esperaría que acudieran usuarias con alguna complicación mayor; sin embargo, se percibían, en su mayor parte, con una enfermedad ligera.

Tabla 1 - Características psicosociales de las usuarias.

EDAD	14- 25 49.4 %	26 - 35 32.9 %	36 - 45 10.6 %	+ de 46 6.3 %	No contestó .5 %
ESTUDIOS INCOMPLETOS	Primaria 11.1 %	Secundaria 2.6 %	Preparatoria 5.8 %	Licenciatura 7.4 %	Carr. Técnica

					3.7 %
ESTUDIOS COMPLETOS	Primaria 11.7%	Secundaria 26. %	Preparatoria 15.9 %	Licenciatura 11.1%	No contestó 3.7%
TRABAJO	Sí trabaja 33.5 %	No trabaja 66.4 %			
PERCEPCIÓN ENFERMEDAD	Ligera 57.9 %	Grave 20.7 %	Muy Grave 9.5%	No contestó 11.7%	

Los resultados encontrados en la Escala de Satisfacción de Vida se ilustran en la Gráfica 1, en la que se observa que en cuanto a su familia, pareja y situación económica, su condición era "excelente"; después de la calificación de "muy bien", empieza a disminuir la satisfacción respecto de su familia, al punto de ser "regular" en mayor proporción con su situación económica, pareja y familia, hasta llegar a sentirse "muy mal" en mayor proporción sobre su situación económica, y en igual proporción respecto de su familia y pareja. Un dato importante es que un 10% de la muestra no contestó el rubro referente a la pareja.

En lo tocante a los resultados obtenidos en el Cuestionario General de Salud de Goldberg, estos se ilustran en la Gráfica 2, en la que se puede observar que más del 50% de las mujeres se ubicó arriba del punto de corte, lo que significa que era altamente probable que presentaran síntomas de naturaleza estresante, como ansiedad e insomnio, depresión o alguna disfunción social para enfrentar los problemas cotidianos.

1 Agradecemos a las usuarias, personal de salud y autoridades del CEMEV por su anuencia para recolectar la información en especial a la Mtra. Delia Namihira Guerrero quién fue entusiasta colaboradora en el proyecto. También agradecemos a las becarias Beatriz Sibaja Terán y a Dolores Carmona Mugirá sin ellas no hubiera sido posible la realización del presente trabajo.

2. Validado estadísticamente por Deyanid Alejandra González Trinidad para optar por el diploma de la Especialización en Métodos Estadísticos .

Características psicosociales del personal de salud

En la Tabla 2 se muestran algunas características psicosociales del personal de salud; se aprecia que un alto porcentaje pertenecía al sexo femenino, siendo particularmente enfermeras. La edad del personal se ubicó en un rango de entre 26 y 45 años, la mitad casado; un alto porcentaje de este personal (41) tenía alguna especialidad en medicina.

Tabla 2 - Características psicosociales del personal de salud y su trabajo.

SEXO	Masculino 28.3 %	Femenino 70 %	No contestó 1.6 %		
PROFESION	Médico 36.6 %	Enfermera 63.3 %			
EDAD	15-25 10 %	26-35 40	36-45 41.6	46-59 6.6	No

		%	%	%	contestó 1.6 %
CONDICION CIVIL	Casados 50 %	Soltero 38 %	Unión Libre 5 %	Divorciado 3 %	No contestó 3 %
ESCOLARIDAD	Especialidad 41 %	Nivel Técnico 25 %	Licenciatura 23.3 %	Maestría 1.6%	No contestó 8.3 %

**TIEMPO ATENCIÓN / USUARIAS	+ 75 % 76.6 %	50 % 11.6 %	30 % 6.6 %	No contestó 5 %
TRABAJO A CASA	Sí lleva31.6 %	No lleva68.3 %		

** El tiempo de su jornada de trabajo se dividió en tres porcentajes y se les pidió que calcularan qué porcentaje de su tiempo dedicaban a la atención de las usuarias.

Un dato a resaltar es el tiempo que dijeron dedicaban a la atención de las usuarias; en efecto, se encontró que el 76.6% estaba continuamente en contacto con éstas, y que además el 31.6% se llevaba trabajo a casa.

Los resultados encontrados en la Escala de Satisfacción de Vida se ilustran en la Gráfica 3, en la que se observa que la mayor satisfacción se ubicó en los rubros de familia, trabajo y situación económica, aunque con mucho menor frecuencia se hallaron los que dijeron que les iba "excelentemente" en lo económico y se sentían "muy bien" con su trabajo, situación económica y familia, en ese orden. Calificaron como "bien" la situación económica, la familia y el trabajo, y como "regular" su situación económica, trabajo y familia, en ese orden. Las calificaciones de "mal" en adelante disminuyeron en todos los rubros mencionados.

En la Gráfica 4 se muestran los puntajes del personal de salud obtenidos en el Cuestionario de Salud General de Goldberg; como se puede apreciar, a partir del puntaje 2, cuando menos un tercio de trabajadores refirió alguna perturbación psicológica derivada de sus condiciones de vida y/o trabajo, en los mismos términos que las usuarias.

Significado de calidad de la atención médica para el personal de salud

En la Tabla 3 se exponen los resultados en términos del esquema perceptual sobre el significado de calidad de la atención médica, y en ella se puede observar que, para el personal de salud, la calidad es una combinación de cuatro categorías: la práctica, la actitud profesional, la percepción del paciente³ y los aspectos institucionales. Dichas categorías tienen a su vez ciertos componentes que les dan sentido; así, en la práctica se encuentra la experiencia profesional, la formación técnica, la ética y las formas personales de relación; respecto de la actitud profesional, se encontraron la personalidad, el estilo en el trato y la imagen que proyectan; sobre la percepción del paciente, se señalaron como sus componentes el requerimiento formal o petición expresa, sus necesidades y la imagen que proyectan; por último, con relación a los aspectos institucionales, se hallaron como elementos a las normas, la estructura organizativa y el personal de apoyo. En la

misma tabla se presentan algunas expresiones, tal y como se manifestaron al interior de los grupos focales.

Tabla 3 - Percepción de la calidad de la atención médica por el personal de salud. Datos cualitativos.

Categorías	Componentes	Expresiones
1. Práctica Profesional	a) Experiencia profesional	Curar el dolor, separar calidez de calidad, experiencia en el número de casos, obligación de dar atención de calidad, tiempo acorde al padecimiento
	b) Formación técnica	Exploración, interrogatorio, evaluación, buena historia clínica, estudios colaterales
	c) Ética	Conciencia de médico, hacer bien lo que se sabe, consultar a superiores, gusto por la profesión
	d) Formas personales de relación	Respeto, ver al paciente como persona, explicar el procedimiento, atención expedita
2. Actitud Profesional	a) Personalidad	Déspota, gritón, de buen humor, buen carácter, puntual, carismático
	b) Estilo en el trato	Empatía, escuchar, orientarlo, cordial, consolar, sonreír, hacer plática
	c) Imagen	Buena presentación, limpio, cuidado de la vestimenta, sexo y edad
3. Percepción del paciente	a) Requerimiento formal	Lo que quiere el paciente, quejas
	b) Necesidad	Falta información, expectativa del paciente
	c) Imagen	Miedo del paciente, buena presentación pudor de la mujer, tensión, disposición al tratamiento
4. Aspectos Institucionales	a) Normas	Objetivos del servicio, tiempo de atención por paciente
	b) Estructura organizativa	Distribución de áreas, medidas de seguridad, apoyo de la institución o del jefe inmediato,

		jerarquía inflexible
	c) Personal de apoyo	Comportamiento de las recepcionistas, consulta a personas recomendadas, citas oportunas, personal suplente, ausentismo de personal

En las tablas 4 5 y 6 se presentan los resultados encontrados para aquellas preguntas del Cuestionario de Criterios de Calidad del Personal de Salud. Cabe recordar que dicho cuestionario se elaboró sobre la base del contenido de las entrevistas focales con el personal de salud y que tiene tres dimensiones: la práctica profesional, la actitud profesional y los aspectos institucionales. Como se observa, es el conocimiento del padecimiento el punto que refieren como de mayor importancia para brindar un servicio con buena calidad; también en la Tabla 5 se aprecia que consideran a la preparación técnica como el aspecto que les hace ser hábiles en el trato con los pacientes, y en la Tabla 6 se muestra que la experiencia en la atención de casos les ha servido para ser más hábiles en el manejo técnico-clínico del paciente.

Para la categoría 'Actitud profesional' se exponen los resultados en las tablas 7, 8, 9, 10 y 11. En la Tabla 7 se destaca la expectativa que tiene el personal sobre sus pacientes; primero y más importante, que "les manifieste confianza y credibilidad" y después que "les explique ampliamente su problema"; sin embargo, lo que menos importa es que "les haga preguntas sobre su problema" y "que les escuche atentamente". En la Tabla 8, cuando se preguntó al personal de salud de qué dependía el trato que le daba al paciente, primordialmente señaló que "del tipo de padecimiento que presente", y que lo menos importante era el "género y la escolaridad del paciente". En la Tabla 9 se advierte que esto mismo se encuentra en cuanto a "la comunicación que se establece con el paciente".

En la Tabla 10, para la pregunta muy precisa de qué aspectos de apariencia física influían en la actitud del paciente hacia el personal, éste consideró como lo más importante el trato y lo menos importante el tono de voz y la vestimenta. La Tabla 11 muestra los valores que percibieron como más importantes en su práctica profesional, hallándose que estos eran la honestidad, seguida de cerca por el respeto, siendo la paciencia el menos importante.

En la Tabla 12 y 13 se muestra que respecto de la categoría 'Aspectos institucionales', lo que más afecta la calidad del servicio son las condiciones materiales, mismas que son, paradójicamente, las menos importantes. En este punto cabe apuntar que, a pesar de que se cuidó el anonimato para resolver el cuestionario, llama la atención que en varias preguntas los porcentajes de "No contestó" estuvieran entre el 9 y 12 %.

Significado de la calidad de la atención médica para las usuarias

En la Tabla 14 se muestra un esquema perceptual de las usuarias respecto de lo que consideran calidad de la atención, basada en la actitud profesional y los aspectos institucionales. La actitud incluye la personalidad, el estilo en el trato y la apariencia o imagen, y de acuerdo con sus expresiones, las usuarias son sensibles al trato y demandan diálogo y confianza; son, en fin, aspectos que tienen que ver con la comunicación. También son sensibles al género y a la edad del personal de salud, en contraste con lo expresado por el personal de salud.

Por otro lado, los aspectos institucionales incluyen las normas, la estructura organizativa y el personal de apoyo; en cuanto a estos, también percibían la rigidez de las normas y, congruentemente, también demandaron un trato amable y una comunicación oportuna del personal de apoyo.

En la Tabla 15 aparece el porcentaje de usuarias en términos de sus expectativas relacionadas con la actitud profesional y los aspectos institucionales; como se observa, el que les explicasen el diagnóstico y el tratamiento, que respondieran a sus preguntas, que les escucharan con calma, que les dedicasen el tiempo necesario y que las tranquilizaran y apoyaran emocionalmente, obtuvieron porcentajes elevados. Sólo el 44% solicitó que les informaran sobre otros temas. Para lo institucional, un 98% esperaba que le cobraran de acuerdo con sus posibilidades, y sólo un 68% que le informaran oportunamente sobre los costos.

En relación con sus necesidades, en la misma tabla se muestran los porcentajes de quienes necesitaban que les explicaran ampliamente el tratamiento, les hablaran sobre lo que les ocurría acerca de su enfermedad y que su médico las tratara amablemente; sólo un 25% necesitaba que su médico fuese otra mujer.

Conclusiones y Discusión

Los resultados indican que entre el personal de salud y las usuarias hay un distanciamiento que se expresa en la diferente percepción que tienen sobre la calidad de la atención médica. El personal de salud privilegia "el conocimiento del padecimiento" como la base de la buena calidad de la atención médica; inclusive considera que el trato que le da a las pacientes depende primordialmente del tipo de padecimiento, al tiempo que espera que éstas tengan confianza y credibilidad en un ambiente donde el valor principal que norma su actuación es la honradez.

En contraste, las usuarias perciben que la calidad tiene que ver únicamente con cuestiones subjetivas, tales como la actitud profesional, en donde se incluyen las expectativas sobre la información que les proporciona el médico y el trato recibido, por lo que esperan que se les dé información sobre el diagnóstico y el costo del tratamiento, que las traten con amabilidad, que respondan sus preguntas y, en menor medida, que se les dé cierto apoyo emocional.

En otros estudios se ha hallado que el trato humano (amabilidad y consideración) recibido del médico es lo más importante en la percepción de la calidad de los usuarios (Retamal y Monge, 2000), aunque ello no significa que sea la única variable responsable de la calidad en el proceso de la atención médica; empero, el usuario es altamente sensible a la relación interpersonal, aun cuando se haya encontrado que otras variables, tales como el tiempo de espera, el tiempo de consulta y los trámites para la consulta, también se perciben como parte de la evaluación de la calidad de la atención que hacen los usuarios (Ortiz, Muñoz, Lechuga, Martín del Campo y Torres, 2003).

En este contexto, el punto de vista del personal de salud se ha valorado menos para establecer los indicadores de la calidad de la atención, salvo las variables evidentes, como son los recursos y el equipo disponibles para su trabajo (Valdés, Román y Cubillas, 2002); otros aspectos propios de la organización del trabajo, como la estabilidad en el puesto, las oportunidades de capacitación y la comunicación entre el personal médico y de apoyo, se han asimismo soslayado, lo que en cierta medida tiene que ver con una tradición metodológica que construye los instrumentos de medida desde la lógica del que investiga y no recupera el punto de vista del sujeto que participa en el estudio.

Con la emergencia del concepto de "investigación cualitativa en salud", se discuten y replantean tanto los métodos y técnicas de recolección de información como la forma de plantear el problema de investigación en términos de percepciones, sentimientos, creencias y demás de los involucrados en la problemática, cuya repercusión más importante sea tal vez en términos de que el investigador no descubre el problema y llega a su conocimiento, sino que éste es producido y creado junto con la participación, en este caso, del personal de salud, los usuarios, los administradores y otros implicados (Mercado, Lizardi y Villaseñor, 2002).

Cuando Donabedian (1993a) plantea que "nuestros conceptos acerca de cómo manejar la relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambios entre cliente y proveedor en el mundo de los negocios", aunado al hecho de que se tiene que buscar un equilibrio entre habilidad técnica e interpersonal, pone implícitamente el énfasis en el factor humano: tomar en cuenta al sujeto que participa antes, durante y después del proceso de la consulta, y lo reafirma al comparar el modelo de atención a la salud actual y el "modelo industrial" sobre la calidad, al señalar que "nuestro modelo, a mi parecer muy justificadamente, otorga mayor importancia a los componentes humanos de un sistema" (Donabedian, 1993b).

Desde esta perspectiva, surge la diferencia de foco en la percepción de la calidad de la atención (Sixma, Spreewenbergh y Van der Pasch, 1998) de los involucrados (personal de salud y usuarias), lo que puede contribuir a un sinnúmero de malos entendidos entre médicos y usuarias; por un lado, el "conocimiento del padecimiento" y por otro "el trato o información esperada sobre el tratamiento y diagnóstico", lo que se ilustra en el estudio de Britten y cols. (2000) sobre las catorce categorías de malos entendidos sobre la prescripción, mismas que tienen que ver con la falta de intercambio de información en ambas direcciones, del médico al usuario y viceversa; al ser una información conflictiva, falla para entender el diagnóstico, el tratamiento y las acciones realizadas para preservar una buena relación.

En el marco de esa contradicción, se ha avanzado considerablemente en el estudio de la percepción de las usuarias y del personal de salud, cuyos resultados enriquecen algunas de las explicaciones conceptuales (Rosen, 2000) sobre los modelos de atención a la salud: el modelo biomédico, centrado en la enfermedad; el humanista, que pone énfasis en el paciente, y el de la salud pública, orientado a la salud poblacional. De esta manera, la valoración que hace el personal de salud sobre la calidad, se relaciona estrechamente con el modelo biomédico de atención a la salud, y por su parte, los usuarios no hacen otra cosa que expresar un conjunto de creencias, necesidades y expectativas desde su particular condición de vida: un ser humano que sufre una enfermedad. Ambos actores (médicos y usuarias) hablan idiomas diferentes; según Ong, Haes, Hoos y Lames (1995), el personal médico habla su lengua materna y el lenguaje médico, y las usuarias sólo el primero.

Si se centra la atención en las personas que se encuentran en la consulta y cuyo intercambio afectivo, conductual y cognitivo se realiza mayormente a través del lenguaje verbal y no verbal, no se puede hacer de lado el estudio de sus percepciones y aspectos subjetivos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1999), incluyendo aquí sus valoraciones sobre la atención que les ofrecen y la que reciben. Aún más, dentro de las metas internacionales propuestas por la OMS para el sistema de salud, se encuentra primeramente mejorar la salud de la población a la que sirven, y, en segundo término, responder a las expectativas no médicas de la gente.

Hasta aquí está suficientemente apoyada la idea de que el estudio de la calidad de la atención debe partir del factor humano y regresar a él; para tal fin, se cuenta con el impulso de las ciencias sociales para mejorar la salud y el bienestar de los usuarios y establecer sistemas de atención más efectivos (Mechanic, 1995).

La psicología de la salud es un puente entre la medicina y la psicología, que comparte con otras ciencias sociales la idea de que para atender a la salud humana se requiere un paradigma amplio de problematización, como puede ser el modelo biopsicosocial de la salud, desde el cual se sostiene la interacción de lo biológico, lo psicológico y lo social en la multideterminación de la salud y enfermedad, pero también implica que la persona que padece una enfermedad se comporta en ciertas condiciones de vida y de trabajo, está expuesta a la estigmatización del padecimiento y tiene un género y una edad determinados, lo que se expresa en todo aquello que matiza la relación entre el comportamiento y la salud.

3. Dicha información sirvió de base para el artículo de Pérez y cols. (2001).

Hablar de la investigación de las percepciones del personal de salud y de las usuarias respecto de la calidad, es referir en qué condiciones estructurales y de personalidad ocurre el encuentro entre estos factores, y, de esas condiciones, cuáles son duraderas o inherentes al sistema de atención y cuáles son variables y susceptibles de transformarse (Bloom y Wilson, 1998). Por ejemplo, en este estudio, el personal de salud afirmó indirectamente que la actualización en su profesión y las condiciones materiales en las que hacía su trabajo merecían atención, además de que algunas personas ya mostraban alteraciones psicológicas; en relación a las usuarias, el hecho de que fueran amas de casa con condiciones de vida difíciles en lo económico y en lo personal, con claras perturbaciones psicológicas gran parte de ellas, obliga a entender que la evaluación de las relaciones médico-paciente requiere de un encuadre para su mejor comprensión.

Cuando se enfoca la investigación sobre el proceso del sistema de atención a la salud —y particularmente sobre las tensiones en las relaciones humanas, ya sea entre autoridades y trabajadores o entre médicos y enfermeras—, son las relaciones médico-paciente las más complejas, pues implican la interacción entre personas de diferente estatus y poder, que se encuentran involuntariamente (sin elegirse entre sí), que tienen intereses vitales diferentes y, además, que tienen una fuerte carga emocional que demanda una cooperación estrecha para conseguir un buen resultado en la salud (Ong y cols., 1995).

Puede continuar la polémica sobre la extensión o limitación del concepto de calidad de la atención, su relación directa o indirecta con la satisfacción del usuario, las ventajas o desventajas de la metodología utilizada para evaluarlos, la validez o confiabilidad de las cifras oficiales sobre los indicadores de calidad de la atención y demás, pero lo que urge es el diseño de propuestas que, una vez evaluadas, sitúen en el foco el trato y las formas de comunicación que se adoptan durante la consulta, su repercusión sobre ciertos resultados en la salud y la medida en que son susceptibles de modificarse.

Referencias

Álvarez B., J. (2002) *Estudio de las creencias, salud y enfermedad*. México: Trillas.

Argüello, M.A, Cuauhtlé, M.V., García P., M.A., González, R.R., López G., M. de los A. y Velásquez G., J. (2002) *Expectativas sobre la consulta externa que tienen los usuarios de los servicios de salud en el primer nivel de atención de la ciudad de Xalapa, Veracruz*. Informe de investigación para obtener el diploma de Especialidad en Salud Pública. Xalapa: Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Beck, J.S. (1995) *Cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.

Bloom, S. y Wilson, R. (1998) Relaciones entre médicos y pacientes. En G. Careaga P., J. G.Figueroa P. y M.C. Mejía P. (Comps.): *Ética y salud reproductiva* (pp. 213-259). México: PUEG.

Britten, N.,Stevenson, A., Barry, Ch. Barber, N. y Bradley, C. (2000) Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *British Medical Journal*, 320: 484-488.

Creswell, J. (2003) *Research design: qualitative and quantitative and mixed methods approaches* (2nd. ed.). San Francisco: Sage Publications.

De la Fuente, R. (1992) *Psicología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Dobson, R. (2000) Patients will challenge doctors more, say study. *British Medical Journal*, 320: 1562.

Donabedian, A. (1993a) Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pública de México*, mayo-junio, vol. 35, núm. 3.

Donabedian, A. (1993b) Prioridades para el progreso de la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. *Salud Pública de México*, enero-febrero, vol. 35, núm. 1.

Donahue, K.T. (1993) La calidad de la atención a la salud en los Estados Unidos: nuevas tendencias. *Salud Pública de México*, mayo-junio, vol. 35, núm. 3: 288-290.

Gilligan, T. y Raffin, T.A. (1997) Physician virtues and communication with patients. *New Horizons*, February, vol. 5, núm. 1: 6-14.

Hongorani, M., Wong, T. y Vafidis, G. (1999) Patients and doctors' attitudes to amount of information given after unintended injury during treatment: cross sectional, questionnaire survey. *British Medical Journal*, 318: 640-641.

Márquez, M. (1997) El bienestar psicológico en el embarazo: una experiencia. *Psicología y Salud*, 10, Nueva época, julio-diciembre: 67-72.

Márquez, M. (1998) Expectativas y experiencias ante el parto. *Psicología y Salud*, 11, Nueva época, enero-junio: 45.

Mc Dowell, I ; Newell, C. (1987) Golberd y Andrews en *Measuring Health*. Edit. Oxford University Press. Pp 125 y 213

Mechanic, D. (1995) Emerging trends in the application of the social sciences to health and medicine. *Social Science Medical*, vol. 40, núm. 11: 1491-1496.

Mercado, J.F., Lizardi, A. y Villaseñor, M. (2002) Investigación cualitativa (en salud) en América Latina. Una aproximación. En J.F. Mercado, D. Gastaldo y C. Calderón (Comps.): *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud* (pp. 133-153). México: Instituciones diversas.

Niven, N. (1989) *Health psychology. An introduction for nurses and other health care professionals*. Singapore: Churchill Livingstone.

Ong, L.M.L., M de Haes, J., C.J., Hoos, A.M. y Lames, F.B. (1995) Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science Medical*, vol. 40, núm. 7: 903-918.

Organización Mundial de la Salud (1999). *What is the WHO Health System Performance Framework?* Disponible en línea:

<http://www.who.int/health-systems-performance/concepts.htm>.

Ortiz E., R.M., Muñoz J., Lechuga, S., Martín del Campo, D. y Torres C., E. (2003) Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Revista Panamericana de Salud Publica*, vol.13, núm. 4.

Pérez, L. (1988) Aspectos psicosociales de la lactancia. *Psicología y Salud*, vol. 1, Nueva época: 12-15.

Pérez, L. (1994) La calidad de la atención médica: un punto de vista psicosocial. *Psicología y Salud*, vol. 4, Nueva época, julio-diciembre: 169-175.

Pérez, L. (1997) Una perspectiva de cambio en la práctica profesional para el psicólogo interesado en la salud reproductiva. *Psicología y Salud*, vol. 10, Nueva época, julio-diciembre: 67-72.

Pérez, L. y Márquez, M. (1989) Indicadores psicológicos de la lactancia materna. *Psicología y Salud*, vol. 2, Nueva época: 32-37.

Pérez, L. y Márquez, M. (1994) Consideraciones acerca de la psicología en la salud materna. *Psicología y Salud*, vol.3, Nueva época, enero-junio: 75.

Pérez, L., Márquez, M. y Namihira, D. (2001) La percepción del paciente femenino por el persona de salud: un aspecto a considerar en la calidad de la atención médica. *Psicología y Salud*, vol. 11, Nueva época, enero-junio: 27-38.

Pérez, L., Márquez, M. y Velasco, A. (1993) El fomento a la lactancia materna: una prioridad en la atención primaria de la salud materno infantil. *Psicología y Salud*, vol. 2, Nueva época, julio-diciembre: 7-14.

Retamal, G.A. y Monge, J.V. (2000) Calidad percibida por dos poblaciones adscritas a dos centros de salud de la provincia de Cuenca. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 74, núm. 3, mayo-junio: 275-286.

Rosen, R. (2000) Improving quality in the changing world of primary care. *British Medical Journal*, 321: 551-554.

Sheridan, Ch.L. y Radmacher, S.A. (1992) A cognitive social look at psysicians and patients. En Ch. L. Sheridan (Ed.): *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (pp.119-145). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Sixma, H.J., Spreuwenberg, P.M. y Van der Pasch, M.A. (1998) Patient satisfaction with the general practitioner: a two-level analysis. *Medical Care*, Feb., vol. 36, núm. 2: 212-229.

Tomlin, Z., Humphrey, Ch. y Rogers, S. (1999) General practitioners' perceptions of effective health care. *British Medical Journal*, 318: 1532-1535.

Valdés, E.A., Román, P.R. y Cubillas, R., M.J. (2002) La satisfacción del usuario y el prestador del servicio médico como un indicador de la calidad. *Revista Higiene* (Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.), vol. IV, núm. 1: 57-61.

Valdés, R., Molina, J., Torres, C. (2001). Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la comisión nacional de arbitraje medico. *Rev. De Salud Pública de México*. Septiembre- octubre pp.444-454.

Resultados del Cuestionario de Criterios de Calidad del Personal de Salud

Pregunta 1. ¿Cuáles características profesionales de las que se mencionan continuación considera que aumentan la calidad en el servicio que usted brinda?

Tabla 4 - Práctica profesional.

Opciones de respuesta	Mas importante	%	Menos importante	%
a) La preparación técnica	9	15	7	12
b) La experiencia en casos	1	2	9	15
c) El adecuado manejo del procedimiento	6	10	21	35
d) La habilidad en la comunicación	6	10	5	8
e) El conocimiento sobre el padecimiento	30	50	5	8
No Contestó = 7 (%)				

Pregunta 4. La preparación técnica que usted debe demostrar en su trabajo cotidiano se expresa en:

Tabla 5 - Práctica profesional.

Opciones de respuesta	Mas importante	%	Menos importante	%
a) La habilidad para hacer un buen interrogatorio	11	18	12	20
b) La habilidad para hacer una buena exploración	2	3	16	28
c) Estar actualizado en su especialidad	18	30	8	13
d) La atención que preste a los estudios colaterales	0	0	5	8
e) Su habilidad en el trato a los pacientes	20	34	5	8
No Contestó = 9 (%)				

Pregunta 7. Su experiencia en atención a casos es parte sustancial de su historia profesional y le ha servido para.

Tabla 6 - Práctica profesional.

Opciones de	Mas	%	Menos	%
-------------	-----	---	-------	---

respuesta	importante		importante	
a) Ser más hábil en el manejo técnico clínico del paciente	28	47	8	13
b) Ascender en su trabajo	2	3	3	5
c) Mejorar económicamente	0	0	7	12
d) Hacer diagnósticos mas certeros	11	18	10	17
e) Adoptar una actitud de mayor comprensión ante los pacientes	10	17	17	28
No contestó	9	15	15	25
No contestó = 9 (%)				

Pregunta 3. Cuando atiende por primera vez a una paciente, espera que ella.

Tabla 7 - Actitud profesional.

Opciones de respuesta	Más importante	%	Menos importante	%
a) Le explique ampliamente su problema	19	32	9	15
b) Le haga preguntas sobre su problema	2	3	11	18
c) Le obedezca todas las instrucciones	2	3	7	12
d) Le manifieste confianza y credibilidad	22	37	8	13
e) Le escuche atentamente	6	10	11	18
No contestó = 9 (%)				

Pregunta 6. El trato que usted brinda a sus pacientes depende de...

Tabla 8 - Actitud profesional.

Opciones de respuesta	Más importante	%	Menos importante	%
a) El tipo de padecimiento que presente	46	77	0	0
b) El estatus económico del paciente	0	0	5	8
c) El género del paciente	2	3	11	18
d) La escolaridad del paciente	1	2	11	18
e) La insistencia de del paciente	0	0	12	20

No contestó = 11 (%)

Pregunta 8. La comunicación que establece con sus pacientes es resultado principalmente de...

Tabla 9 - Actitud profesional.

Opciones de respuesta	Más importante	%	Menos importante	%
a) El tipo de padecimiento que presente	34	57	0	0
b) El estatus económico del paciente	0	0	5	8
c) El género del paciente	1	2	11	18
d) La escolaridad del paciente	5	8	11	18
e) La información que demande	8	13	12	20
No contestó = 12 (%)				

Pregunta 9. De su apariencia física, ¿qué aspectos cree que influyan en la actitud del paciente hacia usted?

Tabla 10 - Actitud profesional.

Opciones de respuesta	Más importante	%	Menos importante	%
a) Vestimenta	8	13	12	20
b) Tono de voz	10	17	13	22
c) Trato	29	49	8	13
d) Sexo	2	3	3	5
e) Edad	2	3	8	13
No contestó = 9 (%)				

Pregunta 10. De los siguientes valores humanos, ¿cuáles considera indispensables para su trabajo?

Tabla 11 - Actitud profesional.

Opciones de respuesta	Más importante	%	Menos importante	%
-----------------------	----------------	---	------------------	---

a) Honestidad	23	38	8	13
b) Respeto	16	27	8	13
c) Libertad	2	3	9	15
d) Paciencia	8	13	12	20
e) Tolerancia	1	2	8	13
No contestó	10	17	15	26
No contestó = 10 (%)				

Pregunta 2. De las siguientes características institucionales, ¿cuáles considera que afectan más la calidad del servicio que usted ofrece?

Tabla 12 - Aspectos institucionales.

Opciones de respuesta	Más importante	%	Menos importante	%
a) Las normas establecidas explícitamente	7	12	9	15
b) Las reglas por usos y costumbres	10	17	4	7
c) La organización administrativa	11	18	7	12
d) La actuación del personal de apoyo	6	10	7	12
e) Las condiciones materiales de sus instalaciones	16	26	15	25
No contestó = 10 (%)				

Pregunta 5. ¿Considera usted que las condiciones en las que elabora actualmente mejorarían sustancialmente si.

Tabla 13 - Aspectos institucionales.

Opciones de respuesta	Mas importante	%	Menos importante	%
a) se prestara más atención a la opinión del personal?	13	22	9	15
b) se dejara el tiempo de atención por paciente al criterio del médico?	5	8	7	12
c) se diera una coordinación constante entre el personal de salud?	16	27	8	13
d) se contara con mayor apoyo de los jefes?	11	18	9	15

e) todos los pacientes siguieran en procedimiento establecido para su atención?	4	7	11	18
No contestó = 11 (%)				

Tabla 14 - Percepción de la calidad de la atención médica por las usuarias. Datos cualitativos.

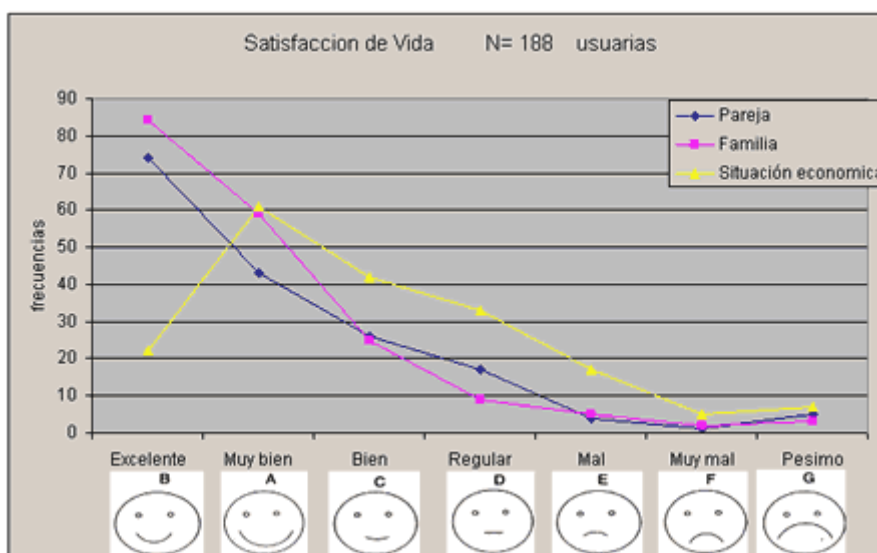
Categorías	Componentes	Expresiones
Actitud profesional	a) Personalidad	Que sea directo, simpático y con calidad humana.
	b) Estilo del trato	Que esté pendiente de mi salud; explique claramente; escuche; dé confianza; tenga paciencia y respeto; vea a los ojos; tenga delicadeza en su trato y dé recomendaciones claras.
	c) Imagen	Si es hombre mejor, si esta joven es más simpática.
2. Aspectos institucionales	a) Normas	Que atienda el mismo médico y que el tiempo de consulta no sea tan breve.
	b) Estructura organizativa	Que la caja de pago esté bien ubicada; que haya medicamentos, equipo y personal.
	c) Personal de apoyo	Que sea amable, dé información clara, preste atención y ayuda.

Tabla 15 - Porcentaje de usuarias que manifiestan diversas expectativas y necesidades durante la consulta médica.

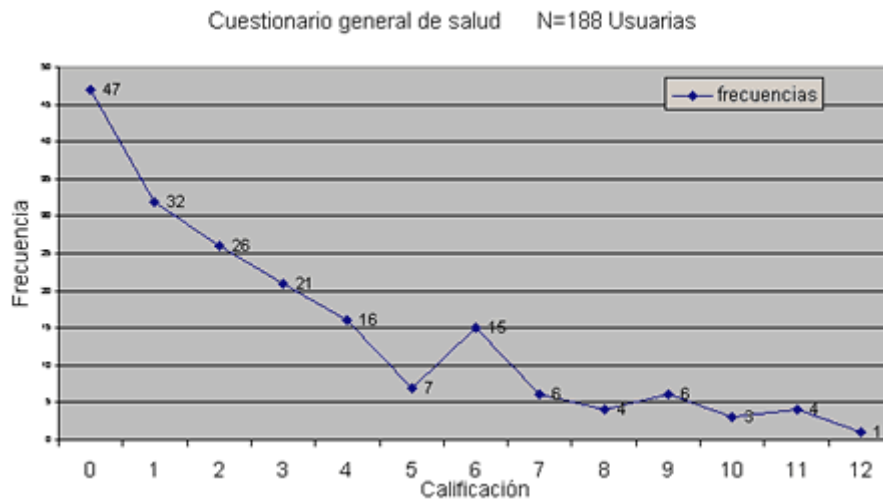
Categoría	Expectativas	Porcentaje
Actitud profesional	Que la escuchen con calma	90
	Que le dediquen el tiempo necesario	83
	Que la tranquilicen y apoyen emocionalmente	65
	Que le contesten todas sus preguntas	95
	Que le expliquen el diagnóstico y tratamiento	98
	Que le den información sobre otros temas	44
Aspectos institucionales	Que le informen sobre los costos	68
	Que le cobren de acuerdo a sus posibilidades	94

Atención médica	Necesidades
Que su médico la trate amablemente	67
Que su medico sea mujer	25
Que tenga con quién hablar sobre lo que le ocurre en su enfermedad	76
Que le expliquen ampliamente el tratamiento	80

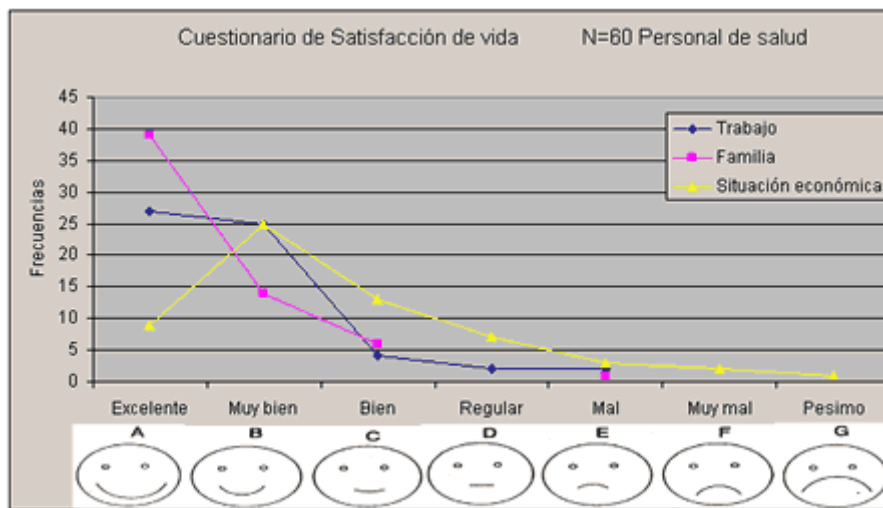
GRAFICAS



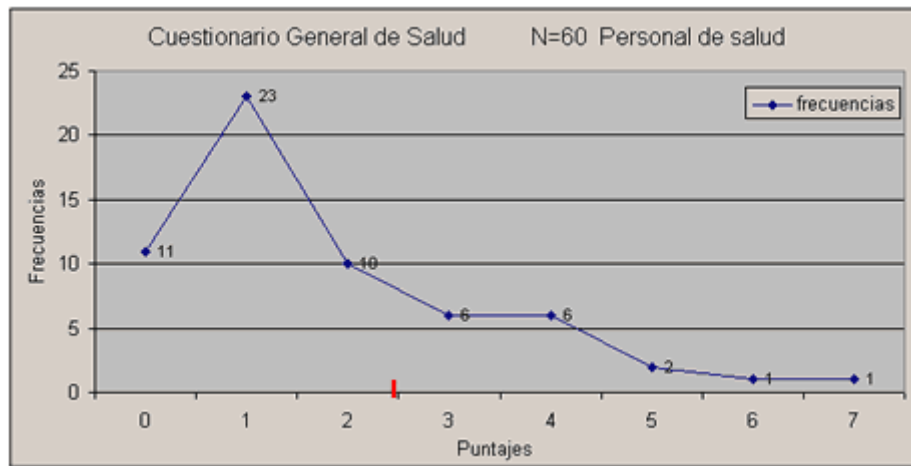
Gráfica 1 - Puntajes crudos obtenidos por las 188 usuarias de un hospital de segundo nivel en la Escala de Satisfacción de Vida respecto de su pareja, familia y situación económica.



Gráfica 2 - Distribución de calificaciones obtenidas en el Cuestionario General de Salud por 188 mujeres de un hospital de segundo nivel.



Gráfica 3 - Puntajes crudos obtenidos de 60 integrantes del personal de salud en un hospital de segundo nivel en la Escala de Satisfacción de Vida respecto a su trabajo, familia y situación económica.



Gráfica 4 - Distribución de calificaciones obtenidas en el Cuestionario General de Salud por 60 integrantes del personal de salud de un hospital de segundo nivel.

EVALUACIÓN DEL MIEDO ANTE LA MUERTE Y SU IMPACTO EN LA SALUD DE MÉDICOS MEXICANOS

[Mtra. Georgina E. Bazán Riverón](#)

Maestría en modificación de conducta
Académica de la FES Iztacala. UNAM

[Mtra. Mirna Patricia Paredes Rivera](#)

Maestría en Investigación en servicios de salud
Académica de la FES Iztacala. UNAM

[Mtra. Maricela Osorio Guzmán](#)

Maestría en modificación de conducta
Académica de la FES Iztacala. UNAM

México

La mayor incidencia de enfermedades crónicas, el crecimiento poblacional y la alta demanda de servicios médicos, sumado a las crisis económicas por las cuales atraviesan países como el nuestro, han generado en la población una constante insatisfacción con el servicio médico, lo cual plantea serios problemas laborales, éticos, morales y de salud a los profesionales que se encargan de dar asistencia médica. De este modo, el papel del médico se ha modificado, pues éste se ha visto obligado una y otra vez a desarrollar un trabajo menos humano y más "industrializado", orientado hacia el beneficio institucional *"atender más, en menos tiempo y con menor gasto"*, reduciendo estudios de gabinete, uso de camas, medicamentos del cuadro básico y otros materiales indispensables, lo cual restringe su práctica, la calidad de atención hacia sus pacientes y su relación médico-paciente (Agrest, 2000).

Un área donde los aspectos anteriores cobran mayor importancia es en la atención a pacientes en estados críticos, pues es del dominio público que el médico a lo largo de su formación es entrenado para recuperar y/o mantener la salud, así como para preservar la vida, pero qué sucede con la muerte; al parecer, se excluye el aspecto psicosocial de ésta en la formación de los médicos, dejando a las habilidades estrictamente personales el manejo de la situación, tanto con el paciente moribundo como con los familiares y sus propios compañeros de trabajo, por lo que no es extraño observar actitudes negativas en los profesionales de la salud al tratar con este tipo de pacientes, dentro de las cuales se encuentran: desvío de conversación, evasión, negar sus sentimientos, adoptar posturas fatalistas, restar importancia a su angustia, negar el estado actual de las cosas y adoptar actitudes moralizadoras, ejemplarizantes o paternalistas (Lorraine Sherr, 1992).

Por otro lado, es común identificar bajo las actitudes mencionadas que el equipo médico se vuelve distante y frío con las personas terminales, abocándose sólo a los procedimientos y técnicas que prolongarán su existencia, manteniéndose al margen del mundo afectivo del paciente y de su familia, de este modo, la muerte ocurre en sus vidas profesionales una y otra vez, y a pesar de que no se desconoce el impacto que esto puede tener en su propia salud y calidad de vida, no hay aún

asistencia sistemática y continuada de servicio psicológico (Morales y Coronel, 1998).

Evidentemente, el afrontar este tipo de situaciones sin entrenamiento ni apoyo entrañan daños morales y dificultan el afrontamiento del paciente; no obstante, si se vuelve la mirada hacia el médico y a cómo observa éste la muerte, tal vez se descubra un efecto igualmente devastador (Palanca y Ortiz, 2000), pues aparte de vivir la muerte de sus pacientes con las implicaciones naturales impuestas por su cultura, también es responsable del aspecto profesional, convirtiéndose la muerte de sus pacientes en un reto, ya que ésta puede representar el desenlace de una "mala intervención", convirtiéndose en sinónimo de ineptitud o fracaso profesional, incluso a veces causal de demandas legales (Dickinson, Tournier, y Still, 1999; Trujillo, 1999).

De este modo, en el ámbito hospitalario el estudio de temas como miedo ante la muerte, cobran importancia mayor, pues es un fenómeno que ocurre con aparente indiferencia y habituación, ignorando o pretendiendo minimizar las necesidades psicológicas básicas para *"un bien morir"* y para *"ayudar a un bien morir"*.

Ahondar en esta problemática humana, genera controversia y se matiza por aspectos éticos, religiosos y morales, así, ha sido de difícil abordaje para investigadores entrañando múltiples tabúes en la divulgación científica; sin embargo, actualmente son notables los progresos que ha habido con relación a este fenómeno, el cual ahora puede identificarse como un constructo integrado por varios componentes como: preocupación por el impacto cognoscitivo y emocional del morir y de la muerte; anticipación de las alteraciones físicas, reales o imaginarias, asociadas a las enfermedades graves y a la muerte; percepción de la limitación del tiempo, y la preocupación por el estrés y el dolor que pueden acompañar a la enfermedad y a la muerte. Para autores como Collett-Lester, (1997) el miedo a la muerte se compone de tu propia muerte, tu propio proceso de morir, la muerte de otros y el proceso de morir de los otros, clasificación por demás útil; sin embargo, en la literatura se encuentran clasificaciones más desarrolladas como la de Neyemer y Moore (1997), quienes elaboran una escala donde el miedo ante la muerte se conforma de 8 factores (ver instrumento en método), los cuales pretenden clasificar los diferentes aspectos que componen este fenómeno, dando cuenta y diferenciando claramente desde el proceso de morir, miedo a lo desconocido y eventos generados a raíz de la muerte en sí, lo cual provee una visión más completa sobre el fenómeno a estudiar.

Es en este sentido que se considera que los trabajadores sanitarios conviven con la ansiedad ante la muerte como un fenómeno lleno de tabúes; sin embargo, es un fenómeno innegable e impostergable que a todos nos incumbe y para el cual debieran ser entrenados para impedir que un mal manejo tenga repercusiones en su salud (a los lectores interesados en programas aplicados de intervención, se les sugiere consultar Sanz, 2001 y Labrandero, 1995). De este modo, el presente estudio tiene como objetivo evaluar el miedo a la muerte en profesionales de la salud y el impacto que tiene en su salud.

Método

Participantes:

Se aplicó la escala a 229 médicos de sexo femenino 32% y 68% masculino, de diferentes especialidades, pertenecientes a clínicas particulares y del sector salud del Distrito Federal y área metropolitana.

Ambiente:

Se llevó a cabo en las diferentes clínicas y hospitales donde laboran los médicos, el único criterio de inclusión fue que actualmente tuvieran contacto con pacientes terminales o en estado crítico.

Materiales:

Se emplearon fotocopias del instrumento, un equipo de cómputo con procesador de texto y un procesador estadístico.

Instrumentos:

Se aplicó una cédula de estatus de salud y laboral, y la escala de Neymer y Moore (1997), pidiendo a los participantes que ubicaran sus respuestas en los lapsos de tiempo donde han asistido a pacientes terminales y/o cuando han vivido la muerte de un paciente, dicha escala es de tipo Likert y consta de 39 reactivos que integran los siguientes factores:

- F1: Miedo al proceso de morir
- F2: Miedo a los muertos
- F3: Miedo a ser destrozado
- F4: Miedo por otras personas significativas
- F5: Miedo a lo desconocido
- F6: Miedo a una muerte conciente
- F7: Miedo por el cuerpo después de morir
- F8: Miedo a una muerte prematura

Diseño:

El diseño fue de tipo transversal y de tipo exploratorio, debido a que es un tema sobre el cual no abunda la información, y se pretende identificar las variables relacionadas con el miedo a la muerte en el personal sanitario.

Variabes:

Las variables consideradas fueron miedo a la muerte, definido por las 8 áreas del instrumento de Neymer (op. Cit) y los padecimientos médicos, psicológicos y toxicomanías experimentadas durante el periodo de asistencia a un paciente Terminal.

Resultados:

A partir de la aplicación de la escala de miedo a la muerte y la cédula de estatus laboral – salud, se observa que los médicos participantes pertenecen a 11 áreas de especialidad diferentes, tienen una edad promedio de 30 años (oscilando en un rango de 20 - 58 años); con un promedio de 11.3 horas diarias de trabajo y con una media de 5.32 años de antigüedad.

Tabla 1 - Áreas de especialidad de los médicos que conforman la muestra.

No.	Especialidad	Frecuencia	Porcentajes
-----	--------------	------------	-------------

			%
1	Urgencias	26	11.4
2	Terapia intensiva	8	3.5
3	Gineco-obstetricia	29	12.7
4	Pediatría	28	12.2
5	Consulta externa	18	7.9
6	Cirugía	16	7.0
7	Ortopedia	2	0.9
8	Oncología	4	1.7
9	Planificación familia	2	0.9
10	Medicina preventiva	1	0.4
11	Rehabilitación	1	0.4
12	Otras áreas	27	11.8
	Total	229	100

Con relación a la escala de miedo a la muerte, se obtuvo un valor promedio de 2.8, que corresponde al padecimiento de miedo moderado, se observa que la moda es de 3.05 y una desviación superior a 0.5 (ver tabla 2.), lo cual es considerable y se explica en el análisis más fino del instrumento, donde se tienen áreas que alcanzaron el grado de temor severo en: Miedo a los muertos, a ser destrozado, a lo desconocido y miedo por el cuerpo después de morir (con valores superiores a 3).

Tabla 2 - Estadísticos descriptivos de la escala de miedo ante la muerte

Estadísticos descriptivos	N= 228
Valores perdidos	1
Media	2.8422
Mediana	2.8450
Moda	3.05
Desviación estandar	0.5716
Varianza	0.3268

Con relación a los padecimientos médicos, psicológicos y las toxicomanías, los datos son alarmantes, ya que cuando los médicos tienen pacientes terminales o estos mueren, el 85.2% presenta padecimientos médicos relacionados con estrés,

los padecimientos psicológicos se manifiestan en el 84.7% y el 93% tiene alguna toxicomanía (ver tabla 3.).

Tabla 3 - Porcentajes de la incidencia de padecimientos médicos, psicológicos y toxicomanías en los profesionales de la salud

	Ninguno %	Alguno %	Mas de tres Padecimientos ó Toxicomanías %	No responden %
Padecimientos médicos	5.2	85.2	20.9	9.6
Padecimientos psicológicos	4.4	84.7	17.9	10.9
Toxicomanías	1.3	93	9.1	5.7

Sobre los padecimientos médicos, los más frecuentes son cefalea (14.8%), gastritis (17.0%), y la combinación de más de tres síntomas (20,9%) entre los que se encuentran dolor de espalda, úlceras, e hipertensión.

En lo que respecta a los padecimientos psicológicos, el más frecuente es estrés (27.9%), ansiedad (6.1%), estrés y ansiedad juntos (7.0%) y la combinación de más de tres de los síntomas (17.9%), entre los cuales se puede encontrar tristeza, depresión, irritabilidad, agotamiento, trastornos del sueño y de apetito.

En lo que respecta a las toxicomanías, las más frecuentes son café (30.1%), café y tabaco (24.5%), tabaco (17.0%), mientras que el 9.1% tiene más de tres toxicomanías, entre las que se encuentran uso de somníferos, estimulantes y consumo de alcohol.

Por otra parte, en la búsqueda de variables significativas relacionadas con el miedo a la muerte, se trabajó con especialidad, género, estado civil y grado académico; sin embargo, no existen diferencias significativas. En esta muestra también se intentó encontrar correlaciones entre miedo a la muerte y antigüedad y edad, pero éstas fueron nulas.

Conclusiones

Como se puede observar, la muestra presenta un miedo a la muerte moderado, sólo se observan puntajes altos en los reactivos relacionados con Miedo a los muertos, a ser destrozado, a lo desconocido y miedo por el cuerpo después de morir, factores que probablemente estén relacionados con su ejercicio profesional, por el contacto con cuerpos inertes y tal vez exista relación con la "culpa profesional" que experimentan ante la muerte de sus pacientes. Un hallazgo que llama la atención es que en reactivos relacionados con la donación de órganos, los valores son superiores a 3, lo cual pudiera manifestar resistencia ante la donación de órganos, fenómeno de interés, ya que se esperaría que los médicos apoyaran con convencimiento este tipo de prácticas.

Con relación a la salud, los porcentajes son alarmantes y se hace evidente el impacto que tiene este fenómeno de cotidiana ocurrencia en sus vidas, y la necesidad de identificar las variables relacionadas con los daños a la salud de estos profesionales para poder realizar intervenciones sistemáticas que apoyen su desempeño en el manejo de la muerte y mejoren su calidad de vida.

Referencias

Agrest, A. (2000) Medicina Mercantilista.2. El rol del clínico en el año 2000
http://www.2mentes.com.ar/www/elforomedico/documentos_asp/foro_de_discucion.asp

Collet-Lester, D. Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester. cap3. En: Neimeyer, R. A. (1997) Métodos de Evaluación de la Ansiedad ante la muerte. Evaluación psicológica. México: Paidós. Cap.3.

Dikinson, G. E. Tournier, R. E. Still, B. J. (1999) Twenty years beyond medical School. Physicians' attitudes toward Death and terminally patients. Arch intern Med. 159; 1741 – 1744.

Labrandero, I. M. (1995) Consumo de tabaco entre médicos y enfermeras. Revista Médica IMSS. México. No 33, 55- 60.

Lorraine Sherr (1992) Atención para los asistentes, en agonía, muerte y duelo. México: Manual Moderno.

Morales G. R. y Coronel, B. P. (1998) el impacto psicológico del cáncer en el paciente, la familia y el equipo al cuidado de la salud. Rev. Psicología y salud Vol. 12 no. 12. 115 – 120.

Neimeyer, R. A. y Moore M. K. Escala multidimensional de miedo a la muerte En: Neimeyer, R. A. (1997) Métodos de Evaluación de la Ansiedad ante la muerte. Evaluación psicológica. México: Paidós. Capítulo 4.

Palanca, M. M. Y Ortiz, S. (2000) La muerte del niño: procesos de Afrontamiento en el paciente, la familia y el equipo médico. Anales españoles de pediatría art. 915, 53: 257 – 260.

Sanz R. C. (2001) Ansiedad ante la muerte en enfermeras y auxiliares de enfermería. Revista electrónica de medicina. Vol. 1 nº 9, art. No. 222.

Trujillo G. (1999) Aspectos legales de la relación médico-paciente. Revista Médica IMSS, México. 37, (4): 297 – 300.

MODELOS DE COGNICIÓN SOCIAL Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON CÁNCER

Yamilet Ehrenzweig Sánchez

Miembro de ALAPSA

Investigadora del Instituto de Investigaciones Psicológicas
Universidad Veracruzana

México

Introducción

El cáncer es una de las enfermedades más temidas por cualquier persona que la pueda padecer, tanto por las propias características de la enfermedad, como son: el dolor, la 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 como 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 causadas por los mismos procedimientos quirúrgicos.

Cuando a una persona le es diagnosticado el cáncer debe de enfrentar la incertidumbre de ¿sí el tratamiento que le indicaron será para curar o tan solo va a aliviar las molestias o a prolongar su vida? o ¿porqué el tratamiento que la debe de aliviar la hace sentir tan débil y enferma?, preguntas todas que sin una respuesta podrían llevar a la persona a posponer e incluso a abandonar el tratamiento indicado.

Sin embargo, el paciente con cáncer necesita recibir un tratamiento certero y oportuno, que hace necesario se apegue a las indicaciones, esto es, que asista regularmente a sus citas de control, realice ciertos cambios en su estilo de vida y asista puntualmente a las citas para la aplicación del tratamiento. Si consideramos que todos estos son comportamientos que deben de modificarse unos y aprenderse otros, es importante tomar en cuenta las creencias que los individuos tienen, con relación a la enfermedad, y el modo como se estructuran para detectar la forma como orientan su comportamiento, en este caso, en cuanto a la adherencia de los pacientes 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 toman en cuenta la racionalidad del comportamiento humano, asumiendo que la conducta y las decisiones regularmente están basadas en un análisis subjetivo elaborado, costo-beneficio de los resultados probables de los diferentes cursos de acción. Visto de esta forma, los Modelos de Cognición Social serían los determinantes más próximos del comportamiento de las personas.

En la presente investigación se analiza el aporte 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.

Epidemiología del cáncer

En América existen aproximadamente 50 millones de habitantes, que tienen dentro de sus principales causas de muerte los tumores malignos que ocasionan el 10.2% del total de las defunciones, esto es 5.1 millones de personas muertas por esta causa, para el caso de las mujeres, las muertes por esta causa ascienden al 5.3% (OMS-OPS, 1994).

La incidencia mayor de tumores malignos por sexo en países desarrollados lo representa el cáncer de pulmón en el caso de los hombres y el de mama entre las mujeres, en América Latina los hombres padecen más 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 (ibídem).

La distribución general de cáncer en México presenta 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 fueron 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).

Se observa un aumento paulatino en la mortalidad proporcional de personas por tumores malignos. Por 100.000 habitantes en México, de 1960 a 1964 era de 4.2, para 1980-1984 de 7.8, de 1985 a 1989 aumentó a 10.2 (OMS-OPS, 1994), en 1998 ya había aumentado a 12.4 y para el año 2000 a casi el doble 23.9 (SSA, 2000).

La mortalidad por tumores malignos entre la población femenina se triplicó de 1980 a 1989 (Rojas, 1997), quizá debido a un mejor registro y no por un aumento real, su distribución porcentual aumentó de 4.6% a 5.7%

Según 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 100.000 habitantes, hecho que se observa, con ligeras variaciones, hasta las últimas estadísticas publicadas por la Secretaría de Salud para el año 2000.

Cáncer

El cáncer está considerado 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 centenar 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, tiene 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 comúnmente usados, todos ellos conocimientos que van a conformar creencias que orientaran los comportamientos.

Así, sería de esperar 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.

En el caso de que el tratamiento de elección fuese la cirugía, los pacientes deben de 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 van a estar muy relacionadas con el lugar donde se deba a 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 estar relacionado 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 a excesivas radiaciones. Por lo que es conveniente que siempre se informe detalladamente 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).

De ser el tratamiento elegido 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 las náuseas y el vómito, que aparecen acompañando al tratamiento.

Por lo que es de vital importancia que el personal de salud se encuentre en la mejor disposición para proporcionar información sobre las molestias que ocasiona la propia enfermedad, las ventajas que tiene el que se lleven a cabo cada uno de los tratamientos, así como de los efectos secundarios; el contar con esta información puede llevar al paciente a adherirse, a posponer o, peor aún, a abandonar el tratamiento que puede significar su sobrevivencia a la enfermedad.

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 impacto real sobre las tasas de mortalidad de la población a menos que sean utilizadas eficientemente.

En el caso de tratamientos confiables y seguros, la mayor parte de las personas no se apegan a las instrucciones, a este apego se le ha denominado adherencia (*adherence*), acatamiento (*compliance*), o cooperación, términos utilizados como sinónimos, que han llevado a una amplia discusión con relación a 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 ha sido utilizado tradicionalmente por los profesionales médicos, mientras que el de adherencia, por los científicos sociales (Vargas y col., 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". Posteriormente, en 1979, Haynes la definiría como "la medida en que las conductas 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 comprende diversos comportamientos tales como (Amigo y cols., 1998; Rodríguez, 1999; Barra, 2002): la propagación o el mantenimiento de un programa de tratamiento, la asistencia a citas de seguimiento, el uso correcto de la medicación prescrita, el realizar cambios apropiados en el estilo de vida o la evitación 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 llevar a un desperdicio de recursos mal utilizados (Ortiz, 1996).

La probabilidad de un cumplimiento adecuado, cuando involucra un cambio en el estilo de vida o cuando el medicamento causa efectos secundarios o molestias, es muy baja (Sarafino, 1990; Rodríguez-Marín, 1995; Vargas y Robles, 1996; Amigo y cols., 1998). La complejidad del tratamiento, también contribuye a facilitar errores, así como el transcurso del tiempo (Macià-Antón y Méndez, 1999; Barra, 2002). Hay una mayor probabilidad de cumplimiento adecuado cuando los tratamientos indicados son para enfermedades que presentan síntomas dolorosos o incómodos (Genest y Genest, 1987; Rodríguez-Marín, 1995; Macià-Antón y Méndez, 1999; Barra, 2002).

Este apego a las indicaciones, es un tema ampliamente investigado y se ha encontrado que la magnitud de la adherencia se encuentra en relación con la naturaleza del régimen, su duración, complejidad, efectos secundarios, costos, beneficios, consecuencias y posiblemente, con 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 estudiado de diversas maneras, una de ellas fue la de considerar la predicción, por parte del médico, del acatamiento de sus indicaciones; los resultados mostraron que éste la sobreestima, mientras que las enfermeras son las que más se acercan a la realidad, estas forma de medir la adherencia son quizás 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 demostrado que correlaciona mejor que las medidas biológicas o el conteo de pastillas, porque viene

a representar una forma no amenazante de investigar directamente sobre la medicación (Haynes, Taylor Sackett, 1980; Diehl, Bauer y Sugarek, 1987 citados en Rodríguez, 1999). Esta medida podría representar una sobrestimación por parte del paciente en un afán por agradar al personal de salud, por otro lado, no hay que olvidar que si se confiara en la memoria del paciente se podría caer incluso en un subreporte.

Se ha medido la adherencia a través del 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 y cols., 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, esto es, de personas que pertenezcan al entorno natural del paciente y que puedan aportar información sobre el grado de adherencia al tratamiento prescrito, a través de distintas formas como lo es 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 utilizados para su evaluación y la confiabilidad de los registros (Ley, 1989; Rodríguez-Marín, 1995; Vargas y Robles, 1996).

Un análisis correcto de la adherencia supone 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 acerca de la adherencia a prácticas preventivas son desalentadoras, ya que solo un 24% de una muestra de mujeres reportaron hacerse el autoexamen mamario, a pesar de que el 91% estaba enterada de la existencia y utilidad de la técnica (Vargaz, 1989).

En un estudio realizado por Aburto y Gamundi (1997), se encontró 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 realizar una evaluación múltiple que combine más de una forma de obtención de la información (Vargas y Robles, 1996; Macià-Antón y Méndez, 1999).

Creencias en salud

Las percepciones y clasificaciones sociales que hacen 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. Estas vienen a formar 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 esa enfermedad y los estereotipos serían una generalización o asignación de características, motivos y comportamientos idénticos hacia una enfermedad en un grupo social determinado (Álvarez, 2002). Los estereotipos

sociales serían así, un conjunto de información aprendida que se da en un grupo de personas a través de la información que circula en la comunicación popular y 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 (ibídem).

Visto de esta forma, la importancia de las creencias estaría dada por el valor que cada persona le da a su estado de salud sobre la base de las etiquetas y estereotipos sociales acerca de las enfermedades o sobre determinada enfermedad. El que una persona adquiera o mantenga comportamientos saludables va a depender de sus creencias, las cuales podrían ser consideradas como los determinantes más próximos de las conductas de salud y van a depender de sistemas socio-culturales 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 variadas, desde la participación en programas de ejercicio y de alimentación saludable, la asistencia regular a chequeos en la clínica privada, la vacunación contra enfermedades, el uso del condón, el evitar conductas nocivas como el fumar, hasta las típicas del rol de enfermo como la adherencia al tratamiento médico; lo que unifica a esas investigaciones es que lo estudiado tiene 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 investigaciones guiadas por la necesidad de conocer las razones que llevan a las personas a realizar esos comportamientos, con la finalidad de poder diseñar intervenciones que modifiquen la prevalencia de esas conductas y así contribuir a la salud de los individuos y de las poblaciones.

Dentro de los aspectos identificados, se encuentran factores sociocognitivos que se refieren a cómo los individuos dan sentido a las situaciones sociales y se enfocan en las cogniciones individuales o en pensamientos vistos como procesos que intervienen entre los estímulos observables y las respuestas en situaciones reales específicas (Conner y Norman, 1996), y se les conoce como Modelos de Cognición Social (MCS), que han contribuido a un mejor entendimiento de por qué las personas realizan conductas saludables (Marteau, 1993) y de cómo factores extrínsecos pueden producir cambios conductuales (Rutter, Quine y Chesham, 1993).

Estos 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 forma que los individuos buscarían maximizar la utilidad y preferirían conductas asociadas con la mayor utilidad esperada (Marteau, 1993; Conner y Norman, 1996). Estos 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, da especial importancia, 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, a tres dimensiones básicas a analizar en 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 en la salud y en lo social, de las implicaciones de la enfermedad y la percepción de los beneficios, y la evaluación de probables dificultades para llevar a cabo determinadas conductas (Marteau, 1993; Álvarez, 2002). Las dos primeras dimensiones de proceso salud-enfermedad vendrían a representar la percepción personal de riesgo ante la enfermedad y determinarían la motivación para realizar 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 determinarían la conducta y las creencias en salud.

En este contexto es que en la década de los 50's, Rosenstock, Hochbaum y Leventhal, psicólogos sociales en los Estados Unidos de América, 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, estos son: 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, va a depender de dos clases de creencias, la susceptibilidad percibida esto es, 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 referidas a los costos o barreras de llevar a cabo tal conducta. Además, el modelo propone disparadores de la conducta de salud apropiada denominados claves para la acción, las 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 masa). Otro aspecto incluido posteriormente en el modelo fue la motivación en salud del individuo o la buena disposición a preocuparse por aspectos en materia de salud (Sheran y Abraham, 1996; Cabrera, Tascón y Lucumi, 2001).

En 1977, el MCS se usó inicialmente en estudios enfocados a conductas preventivas como el realizarse pruebas de rayos X para tuberculosis, vacunarse para polio e influenza o llevar a cabo la prueba de papanicolao, entre otras (Glanz, Rimer y Sutton, 1993). Posteriormente, en 1984 se estudiaban conductas como tabaquismo, consumo de alcohol, dieta, ejercicio y el chequeo de presión sanguínea (Marteau, 1993), así como las diferencias entre el uso de la mamografía y el

autoexamen de mama (Calnan, 1993). Entretanto, se estudiaban las conductas del rol de 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) conceptualizar las creencias como elementos relevantes para la interpretación de las conductas de los individuos en lo referente a la salud y la enfermedad, 2) un intento de sistematizar un modelo que permitió estudiar la influencia de las creencias referentes a las conductas ante la enfermedad y 3) sirvió para demostrar que existe una fuerte 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, la percepción de control sobre la ejecución de la conducta y, por último, es un modelo estático, esto es, no hace distinción entre una etapa motivacional relacionada con variables cognitivas y una fase volitiva, donde la acción es planeada, ejecutada y mantenida (Conner y Norman, 1996).

Auto eficacia y Conductas de Salud

La teoría de la Auto eficacia de Bandura (1986), menciona que las expectativas de eficacia, constructo 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 exitosamente 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; Villamarin, 1990; Glanz, Rimer y Sutton, 1993; Rodríguez, 1995; Schwarzer y Fuchs, 1996). Esto es, las personas se preparan para ejecutar la conducta, imaginando escenarios de cómo y bajo qué circunstancias la realizarían, en cuyo caso la auto eficacia tendría un papel importante, en tanto los individuos apoyan la ejecución de su comportamiento en auto creencias 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 auto eficacia y las conductas preventivas en salud en pacientes dentales con relación 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, esto es, para todos la salud no es lo más importante en su vida.

El concepto de salud como un valor ha sido menospreciado en la investigación en salud según Lau, Hartman y Ware (1986) e ilustran la importancia 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, estos modelos no eran capaces de predecir la auto examinación 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 asignaban un alto valor a la salud, era significativamente más probable que se hicieran el auto examen 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 realmente ayude a disminuirlas. Además, los cánceres son enfermedades que, si son detectadas a tiempo, pueden ser curables o en el caso de que se les padezca, si se siguen 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. Es por ello que se plantea la presente investigación, con la finalidad de conocer la forma como 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 aleatoriamente. En entrevistas individuales se aplicaron cinco instrumentos; un cuestionario de datos generales elaborado sobre la base de la información reportada en la literatura, donde se obtenía datos de identificación, antecedentes personales, factores de riesgo, conducta preventiva, relaciones familiares, tipo de tratamiento indicado y su adherencia a este. A manera de contraste un cuestionario para el acompañante donde se preguntaba acerca del acompañamiento y del apego a las citas de tratamiento. El instrumento utilizado 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 calificaban en una escala de Likert de cinco opciones. La Escala de Autoeficacia Generalizada desarrollada por Báb ler, Schwarser y Jerusalem (1993), cuya versión original aparece en alemán y posteriormente fue validada en 21 idiomas, entre ellos el español, y mide la autoeficacia a través de 10 ítems, en escala de Likert, con cuatro opciones de respuesta. Además, se utilizó la escala corta de cuatro preguntas desarrollada por Lau, Hartman y Ware en 1986, que mide los valores absolutos de la salud en una escala Likert de 4 opciones.

El análisis estadístico se llevó a cabo 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 realización de este estudio se contó con dos muestra formadas 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 cincuenta 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 (m =46.13 años y s=13.72 años) y 28 (56%) de la clínica privada (m =49.68 años y s=11.79 años). Con relación 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, ya que mientras en las del hospital público hay 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 encontró 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, hay en las de la clínica privada una pequeña proporción (12%) que son empleadas.

Adherencia

La adherencia se midió a través del autorreporte de las pacientes en el seguimiento de las indicaciones de su médico para su tratamiento (adherencia 1/paciente) y con relación al 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 relacionada con la respuesta del recordar al menos una de las tres últimas fechas de aplicación del tratamiento se distribuyeron en las tres posibles respuestas en la muestra del hospital público mientras que, en la clínica privada, una proporción más alta (32%) recordó las tres últimas fechas.

La adherencia medida a través del reporte de terceros, esto es, de la persona que acompañaba a la paciente, del 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% dice que no; en la muestra de la clínica, el 54% responde que las pacientes sí siguieron las indicaciones y solo 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 el 14% un puntaje alto, mientras que las 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 mencionan tener algunas barreras

(36%). De las pacientes de la clínica, el 24% respondió tener muchos impedimentos para realizar la conducta de salud, el 30 % menciona algunas barreras y sólo una mujer de esta muestra mencionó 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%) percibía beneficios medios de seguir las indicaciones y solo cabría resaltar la mayor proporción de las pacientes (24%) de la clínica que mencionan percibir grandes beneficios al seguir las indicaciones.

En cuanto a la Susceptibilidad percibida de padecer cáncer, la prueba estuvo 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 los 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 si consideraba esta posibilidad. La mayoría de las pacientes de la clínica (36%) no se considera susceptible y sólo el 18% piensa 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 de hospital público y la clínica privada fueron bajas, se observan algunas negativas como se muestra en los cuadros 1 y 2, ninguna de ellas significativa.

Tabla 1 - Matriz de Correlaciones de la muestra del Hospital Público

VARIABLES	Adherencia1 /paciente	Adherencia2 /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

*a =0.05

Tabla 2 - Matriz de Correlaciones de la muestra de la Clínica Privada

VARIABLES	Adherencia 1 /paciente	Adherencia2 /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

*a =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 muestran que solo para una quinta parte de las 50 pacientes que conformaron las muestras, la salud es 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 3 y 4).

Tabla 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

*a =0.05

Tabla 4 -. Matriz de Correlaciones de la muestra de la Clínica Privada

VARIABLES	Adherencia 1/paciente	Adherencia 2/paciente	Adherencia/acompañante
Valor	0.597794	0.494299	0.410174

Asignado a la Salud			
---------------------	--	--	--

*a =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 fue de una autoeficacia alta (92%). Pero al desagregar las respuestas en las muestras, se observa que un poco más de la tercera parte de las mujeres del hospital público (36%) manifestó tener una autoeficacia elevada, hay un 4% que respondió tener una autoeficacia moderada; mientras que el total de las mujeres que asistían a tratamiento a la clínica privada responde 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 5).

Tabla 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**

*a =0.05 **a =0.10

Con relación a 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 Adhrencia2/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 6).

Tabla 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**

*a =0.05 **a =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 debido a que no se encontró una relación significativa entre las distintas formas de evaluación, lo que hace necesario afinar más aún la forma como se operacionalice la adherencia en futuras investigaciones.

No todas las pacientes con cáncer mencionaron seguir las indicaciones de sus tratamientos, a pesar de ser una enfermedad temida, lo cual apoya lo que aparece en la literatura (que no hay un seguimiento completo de las indicaciones), con relación a tratamientos de tipo curativo.

Las molestias ocasionadas por el tratamiento, a diferencia de lo encontrado por otros investigadores, no afectaron el seguimiento de las indicaciones, según la respuesta de las pacientes, mas bien la adherencia la asociaron con las molestias ocasionadas 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 utilizados en la investigación, quizá debido a que solo se centra en aspectos ligados con la enfermedad en sí, esto es, la percepción de amenaza de la enfermedad y los costos de la conducta protectora/preventiva y no con la intención de realizar el seguimiento de la indicaciones o con la eficacia percibida de llevarlo a cabo.

Otro de los modelos utilizados es 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 toma en cuenta lo que menciona Bandura de que las autocreencias optimistas de las personas acerca de 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 claves 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 afectaría 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 determinados 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 con el nivel de estrés y depresión que experimentarían y en los logros que alcanzarían (Bandura, 2001).

De tal forma que resultaría muy conveniente continuar realizando investigación en este sentido, en primer lugar, planeando un taller en donde el cambio conductual esperado se basara en la ejecución por la propia persona de procedimientos de adherencia, más que en tan solo en brindar información acerca de ella, esto es, de utilizar la persuasión verbal o la observación de modelos (Villamarín, 1990). Además, el taller debería estar enfocado a reducir las reacciones de estrés ante los procedimientos, disminuir la aparición de emociones negativas y la interpretación de estados físicos alterados como sinónimo de incapacidad (Bandura, 1998), de tal forma 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.

Referencias

Aburto G., C. y Gamundi P., G. (1997). La cooperación de los pacientes con el tratamiento médico. En *revista Psicología y Salud*. No. 10. Nueva Época. pp 37-44.

Álvarez B., J. (2002). *Estudio de la creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*. México. D.F.: Editorial Trillas.

Amigo V., I., Fernández R., C. y Pérez A., Marino. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide. pp. 227-270.

Bäb ler, J. Schwarser, R. y Jerusalem, M. (1993) *Spanish adaptation of General Self-Efficacy Scale*.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and action*. En <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/effpage1.html>

Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.

Bandura, A. (1998). Self-Efficacy. En Friedman, H. (Ed.). *Encyclopedia of mental Health*. San Diego: Academic Press.

Bandura, A. (2001). *Guía para la construcción de escalas de autoeficacia*. <http://www.onenet.com.ar/cv/edgardo-perez/effguideSpanish.htm>

Barlow, S.A. y Fenoglio-Preiser (1992). Las glándulas mamarias. En Farber, J. L. y Rubin, E. *Patología -Fundamentos-*. México: Médica Panamericana. pp 479-489.

Barra A., E. (2002). *Psicología de la Salud*. Universidad de Concepción. Chile. pp 71-80.

Branon,L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Ed. Paraninfo-Thomsom Learning. Madrid. pp 107-140, 323-352.

Cabrera A., G, Tascón G., J. y Lucumí C., D. (2001) Creencias en salud: historia, constructor y aportes al modelo. *Revista Facultad de Salud Pública*. Vol 19. No. 1. Enero-Junio. Universidad de Antioquia.

Calnan, M. (1993). The health belief model and participation in programmes for early detection of breast cancer: a comparative analysis. En Steptoe, A. y Wardle, J. (Eds.) *Psychosocial processes and health. A reader*. Ed. Cambridge University Press. Cambridge. pp 290-307.

Cisneros de C., M. T. (1992). *Cáncer. En la mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*. Dirección de salud materno infantil. Programa Nacional "Mujer, Salud y Desarrollo". Secretaría de Salud. México, D. F.

Conner, M. y Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. En Conner, M. y Norman, P. (eds.) *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models*. Open University Press. Buckingham. pp 1-22.

DiMatteo, M. R. y DiNicola, D. D., (1982). *Achieving patient compliance: The psychological of the medical practitioner's role*. Pergamon. New York.

García, G. J. J. (1996). Epidemiología del cáncer en México. En *Epidemiología del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sistema Único de Información*. No.28, Vol. 13, semana 28 del 7 al 13 de julio.

Genest, M. y Genest, S. (1987). Psychology and Health. Leon, G.R. Series editor. *Health Psychology Series*. Research Press. Illinois. Pp127-137.

Glanz, K., Rimer, B.K. Sutton, S.M. (1993). *Theory at a glance: a guide for health promotion practice*. Preparado por el National Cancer Institute, National Institutes 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*. No. 15, Vol. 13, 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. En la revista *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. No. 22. pp 125-130.

Lau, R.R., Hartman, K.A. y Ware, J.E. (1986). Health as value: methodological and theoretical considerations. En *Health Psychology*, No. 5. pp. 25-43.

Ley, P. (1989). Improving patients' understanding, recall, satisfaction and compliance. En Broome, A. K. *Health Psychology. Processes and applications*. Chapman & Hall. London. pp. 74-102.

Macià-Antón, D. y Méndez, F. X. (1999). Líneas actuales de investigación en Psicología de la Salud. En Simón, M. A. *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva. Psicología Universidad. pp 217-256.

Macias, M. C. G. (1996) Registro Histopatológico de Neoplasias en México. En *Epidemiología del Sistema Único de Información del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. No. 24, Vol. 12, semana 49.

Marteau, T. M. (1993). Health beliefs and attributions. En Broome, A.K. *Health Psychology. Processes and aplicaciones*. Chapman & Hall. London. pp. 1-24.

Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Ed. Síntesis. España.

Rodríguez O., G. (1999). *Fortalecimiento de la adherencia terapéutica*. World Health Organization. Primera 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 Epidemiológica*. No. 15, Vol. 14, semana 15, del 6 al 12 de abril.

Prokof, C.K., Bradley, L.A., Burish, T.G., Anderson, K.O. y Fox, J.E. (1991). *Health Psychology. Clinical methods and research*. New York: McMillan. pp 238-287.

Romero R., R. (1997). Intervención psicológica en el enfermo oncológico. En Pascual O., L. M. y Ballester A., R. (Eds.) *La práctica de la psicología de la salud. Programas de Intervención*. Valencia: Promolibro, pp 207-285.

Rutter, D. R., Quine, L. y Chesham, D. J. (1993). *Social psychological approaches to health*. London: Harvest-Wheatsheaf.

OMS-OPS (1994). *Las condiciones de salud en las Américas*. Publicación Científica No. 549. Tomo I. pp 116-120, 232-250

Ortiz V., G., R. (1996). Psicología y medicina: viejos problemas, nuevas perspectivas. En Ortiz V., G., R. (coord.). *Psicología y salud. La experiencia mexicana*. Ed. Biblioteca. Universidad Veracruzana. pp 17-39.

Ozer, E.M. y Bandura, A.(1990) Mechanisms governing empowerment effects: a self-efficacy análisis. En *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 58, No. 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*. De. John Wiley & Sons. New York. 455-464.

Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviours. En Conner, M. y Norman, P. *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press. pp. 163-196.

Sheeran, P. y Abraham, C. (1996). The Health Belief Model. En Conner, M. y Norman, P. *Predicting health behaviour. Research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press pp.23-61.

Sheridan, C.L. y Radmacher, S.A. (1992) *Health Psychology. Challenging the Biomedical Model*. De. John Wiley & son, Inc. New York. Pp-274-284.

Snyder, J.J. (1989). *Health psychology & behavioral medicine*. Ed. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey. pp. 161-187.

SSA (2001). *Tablas de Mortalidad General*. www.ssa.gob.mx

Vargas, P. A. (1989). *Evaluation of an instructional program for breast self-examination*. Tesis inédita de maestría. University of Arizona. Tucson.

Vargas K., P. y Robles S., E. (1996). La adherencia a las recomendaciones para el cuidado de la salud: una perspectiva psicológica. En Ortiz, V., G. R. (coord.). *Psicología y salud. La experiencia mexicana*. Xalapa: Biblioteca Universidad Veracruzana. pp 97-157.

Villamarín, F. (1990). Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud. En *Revista de Psicología de la Salud Vol. 2, No. 1 y 2*. pp 45-64.

INFLUENCIA DEL JUEGO EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE NIÑOS CON LEUCEMIA

[Maricela Osorio Guzmán](#)

[Georgina E. Bazán Riverón](#)

[Patricia Paredes Rivera](#)

[Manuel Osorio Guzmán](#)

Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala

México

Introducción

Dentro de la psicología de la salud una de las áreas que se ha desarrollado con gran rapidez es aquella encargada de la atención a los problemas de salud enfermedad en la infancia. 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 (Kurz,1987). Dentro de la investigación que se lleva en esta materia, uno de los aspectos de suma importancia es el ajuste del niño a la enfermedad y/o a los procedimientos médicos de tratamiento. El incluir el bienestar psicológico significa tener en cuenta el contexto dentro del cual el niño y su enfermedad adquieren un significado específico y particular, es decir, deben ser considerados el tipo de familia, los profesionales al cuidado de la salud (médicos, enfermeras, laboratoristas, trabajadoras sociales), los amigos, el sistema escolar, entre otros, así como las manifestaciones físicas de la enfermedad y los efectos del tratamiento, presentando de esta manera una relación cercana entre la manifestación física de la enfermedad y el aspecto emocional del niño (Osorio, 1996).

Las enfermedades oncológicas son causa importante de morbimortalidad en la infancia y adolescencia. Hasta hace pocos años el cáncer en la infancia conducía inevitablemente a la muerte; sin embargo, en la última década se han producido enormes progresos en el tratamiento de estos niños. Se estima que aproximadamente 60% de los pacientes tratados lograrán sobrevivir; y que para el año 2010, uno de cada mil adultos jóvenes será sobreviviente de cáncer infantil (Ishikawa, 1995).

El tratamiento de la mayoría de los tipos de cáncer es, extremadamente agresivo, para la mayoría de los niños, más doloroso aún que la propia enfermedad. Muchos protocolos de tratamiento requieren repetidas infusiones de agentes quimioterapéuticos altamente heméticos, absorciones de médula, inyecciones lumbares, pruebas de sangre, entre otras. Más aún, en la mayoría de los casos estos procedimientos, deben continuarse después de que el niño ha dejado de sentirse enfermo, o después que ha desaparecido cualquier síntoma observable. A

causa de la ansiedad y el dolor causados por tales tratamientos invasivos y por la limitada comprensión de los niños al respecto del tratamiento, es que los pacientes con frecuencia se tornan inconformes y muestran una resistencia activa hacia las rutinas de los procedimientos médicos.

Aunado a lo anterior, para su evaluación y tratamiento, estos niños son hospitalizados con frecuencia, lo que implica, separación de la familia, amigos, escuela, es decir, de sus actividades cotidianas.

En este mismo sentido, acerca del enfermo de cáncer, especialmente los niños y su internamiento, Ledwing (1999) señala que en los hospitales, a pesar de los avances tecnológicos, la atención hacia los niños hospitalizados ha sido remitida a la curación de la enfermedad física y se han olvidado los aspectos psicológicos, es decir, ven al niño como una serie de órganos y sistemas, sin considerar que es un ser humano íntegro. Por otro lado, se ha dado prioridad a las instalaciones hospitalarias y tratamientos cómodos para el personal, olvidándose el sufrimiento y angustia generada en los niños hospitalizados por periodos cortos ó largos. La rutina hospitalaria trata a los niños con métodos adultos, estrictos y restrictivos, olvidando que el paciente pediátrico tiene necesidades distintas de los adultos. El impacto psicológico de la enfermedad y la subsiguiente hospitalización tiene primordial importancia, porque podría tener una influencia significativa en el desarrollo emocional ulterior del niño y favorecer actitudes negativas hacia los servicios de salud así como a sus proveedores.

La enfermedad produce sensaciones internas inusuales, un repentino conocimiento de procesos corporales desconocidos, así como una inexplicable pérdida de control de partes o funciones del cuerpo. De este modo, la experiencia de enfermedad y hospitalización crea en el niño la necesidad de comprender y adaptarse a esta nueva situación. La separación de la familia, del hogar, un entorno extraño y desconocido, la soledad, el dolor y el malestar, la probabilidad de morir y la fantasía de los niños sobre lo que está ocurriendo, indudablemente son factores que producen estrés en un niño enfermo y hospitalizado.

Existe evidencia (Petrillo y Sangert 1975; Véliz y Caballero, 2000) que documenta el serio impacto psicológico que la hospitalización puede producir en los niños. Se estima que pueden aparecer, como consecuencia de experiencias traumáticas en el hospital, una gran variedad de síntomas y problemas de personalidad, por ejemplo: *problemas de alimentación* (como rechazo), *alteraciones del sueño* (insomnio) *pesadillas* o *fobias* a la oscuridad, *enuresis*, *encopresis* diurna o nocturna, *regresión* a niveles de comportamiento anteriores y etapas ya superadas del desarrollo y del aprendizaje, *depresión*, *inquietud*, *ansiedad*, *terror* a los hospitales, al personal médico, a las agujas, a procedimientos médicos, *miedo* a la muerte (o a la mutilación). Por lo que las frecuentes hospitalizaciones representan un riesgo constante tanto en el nivel psicológico como social, debido a las reacciones emocionales que provocan en el niño, así como a la reducción de contactos sociales y a la falta de estimulación.

Otras investigaciones (Ludwing, 1999, Morales 1998), han reportado que el estrés del niño durante esta etapa es considerable, surgiendo en él problemas particularmente importantes cuando se hacen necesarios los procedimientos dolorosos arriba mencionados.

De esta manera, la situación por la que atraviesa un niño hospitalizado está cargada de factores "negativos" de todo tipo, de los que se pueden mencionar tres como los más importantes: 1) aquellos que se derivan de la misma situación de hospitalización, lo que conlleva la ruptura de los ambientes y círculos que rodean al

niño: el familiar, el escolar y el social; 2) el ingreso brusco en un centro médico donde el niño se encuentra repentinamente en un ambiente que no conoce y que por lo general le provoca miedo; y 3) los que se derivan de la enfermedad en sí, con sus características propias y sus limitantes naturales, el dolor y el miedo.

Algunos aspectos del ambiente hospitalario pueden provocar reacciones emocionales que afecten sus estados de salud de forma positiva o negativa, para lo cual es menester elaborar programas de apoyo psicológico que disminuyan lo más posible estos últimos

Cada uno de los problemas físicos, tiene sus colaterales psicológicos. Sobre este tipo de problemas no se puede dar una lista acabada, porque cada paciente tiene una reacción particular. Las reacciones psicológicas de pacientes pediátricos con cáncer van a estar influidas por aspectos como el tipo y la gravedad de la enfermedad, la edad del niño, las habilidades de afrontamiento que haya desarrollado o aprendido (Davis, Powers, y Roberts, 1991; Elliot y Jay, 1984; González, Routh, y Saab, 1989), la edad y frecuencia con la que ha tenido contacto con los ambientes médico-hospitalarios, su escuela, sus compañeros, la reacción y el apoyo familiar (Gross, Stern, Levin, y Dale, 1983; Hubert, Jay, Saltown y Hayes, 1988; Lumley y cols. 1990). Los aspectos psicológicos generales son la depresión y el estrés como los más comunes y los que generalmente se sobreponen a los otros síntomas; el enojo, el desarrollo de fobias a procedimientos médicos tales como inyecciones (Peterson, 1989; Peterson Harbeck, Chaney, Farnet, y Thomas, 1990; Red y Jacobsen, 1987; Shaw y Routh 1982; Spritto y DeLawyer 1991), problemas para relacionarse con sus compañeros, sentimientos de vergüenza y aislamiento (principalmente por la alopecia); (Siegel y Katz 1981; Smith Akerson, y Blotcky 1989; Telch y Telch, 1985) insomnio, sentimientos de inutilidad, actitudes de desamparo y reducción en la autoestima; también el tratamiento del cáncer provoca que se desarrolle en los niños la náusea y el vómito condicionado y aversiones a la comida, entre otras. (Chalmers, 1993; Kulik, 1993; Sawin y Brawn, 1991).

A medida que se van conociendo mejor las necesidades del niño hospitalizado, se pueden desarrollar esfuerzos que tengan como objetivo principal el crear un ambiente pediátrico en el cual los pacientes se sientan libres para explorar, investigar, experimentar, elegir actividades y expresarse (Osorio, 2002). Desde principios de los 90's, se ha venido desarrollando trabajos de ambientación y decoración en los hospitales, con el objetivo de alegrar la estancia de los niños ingresados. Hay estudios que demuestran que el estado de ánimo influye en la pronta recuperación de estos niños.

El juego tiene un papel importante en el manejo integral de los niños enfermos y el humor puede resolver un 80% de los casos de depresión y estrés (Osorio, 2002). Es importante dejar en claro, que no sólo es necesario una operación, un medicamento o una inyección para que un niño se recupere favorablemente, sino que paralelamente debe estar acompañado de situaciones de alegría y felicidad, lo cual dará paso a un estado de ánimo óptimo, y con esto es probable una mejor y más rápida recuperación.

El juego en el hospital, sobre todo cuando el niño/a no se puede levantar de la cama, exige tener algunos aspectos en cuenta, por ejemplo: El uso de materiales que no requieran desplazamiento o movimientos globales, actividades que no requieran la participación de muchos jugadores, que el peso de los materiales o juguetes no sea excesivo, que el material que se manipule no sea tóxico, que no hagan mucho ruido que moleste a otros pacientes.

Siendo el juego una manifestación natural de la infancia, éste puede pasar a ser un punto importante en la conceptualización de la enfermedad del niño, ya que a través de éste aprende a orientar su conducta hacia las exigencias del colectivo, es decir, el juego representa el reflejo de las relaciones sociales en las que vive y se desarrolla.

Los juegos de cooperación consisten en trabajar conjuntamente para obtener metas mutuamente aceptables. El colaborar con las personas y seguir sus instrucciones, puede contribuir a satisfacer las necesidades del propio sujeto, que en este caso se manifiesta en la adherencia al tratamiento particular al cual el niño es sometido. Gran parte de lo que se realiza como individuos o como grupos, depende de la capacidad de hacer que los demás colaboren en tareas comunes y en consecución de objetos mutuamente aceptables, esto hace referencia al proceso de cooperación.

Los juegos que involucren la cooperación con niños hospitalizados, puede incrementar la adherencia terapéutica entendida como la no resistencia por parte de los niños, a sus tratamientos, y de esta manera facilitar la aplicación del o los métodos empleados para el mejoramiento de la salud. Así mismo, se reducen las repercusiones psicológicas negativas.

El **objetivo** del presente trabajo fue aplicar un programa de dinámicas de juego para fomentar conductas cooperativas con el personal médico, en los niños con leucemia, que repercutiera en su adherencia terapéutica.

Método

Sujetos

En el programa participaron 25 niños (15 hombres y 10 mujeres) cuyas edades estaban comprendidas entre los 6 y los 10 años de edad ($X = 7,2$ años), diagnosticados recientemente con leucemia linfocítica aguda (en un periodo de 2 meses), hospitalizados en el área de hematopediatría de un hospital público de la ciudad de México. Todos participaron de manera voluntaria previa explicación del programa de actividades.

Ambiente

El programa se aplicó en la sala de día del área de hematopediatría, acondicionada para tal fin.

Instrumentos

Para determinar las conductas a entrenar y/o desarrollar, se pidió a los médicos, enfermeras y laboratoristas, que realizaran un listado de las conductas ideales o deseables que ellos requirieran para llevar a cabo sus tratamientos y/o procedimientos de una mejor manera. A partir de dicho listado, se elaboraron las actividades lúdicas. (Ver tabla 1). Se usaron además, juguetes, material médico reciclado, hojas, colores, revistas, y juegos de mesa diseñados para el programa.

Tabla 1 - Conductas deseadas por el personal al cuidado de la salud

Lista de conductas deseables	Conductas Presentes
------------------------------	---------------------

Que no se muevan	
Que no griten	
Que sigan las instrucciones específicas que se les proporcionan	
Que no lloren	
Que no pataleen	
Que se relajen	
Que ingieran sus medicamentos	
Que reporten cuando es doloroso el procedimiento, sin resistirse.	
Que coman bien	
Que calmen a sus papás	
Que asistan puntuales a sus citas	X
Que cuando necesiten algo no griten para ser atendidos.	

Procedimiento

Etapa 1. Evaluación inicial, mediante observación y registro de las conductas requeridas por los médicos. Se realizó una sesión en la que los observadores registraron las conductas que los niños presentaban ante los diferentes profesionales, en diferentes ámbitos y durante procedimientos médicos diversos.

Etapa 2. Elaboración del programa de actividades de acuerdo con la evaluación.

Debido a que los niños sólo presentaban una de las conductas del listado hecho por el personal al cuidado de la salud (llegar puntuales a la cita), se decidió elaborar actividades lúdicas que propiciaran dichas conductas. El programa constó de 15 sesiones de las cuales fueron 10 de entrenamiento y 5 sesiones de verificación, de 60 minutos cada una. Cada sesión cuenta con los siguientes elementos: título, objetivo, duración, desarrollo y evaluación. De las sesiones primera a la quinta, fueron actividades tipo juego de mesa (lotería, maratón, sopa de letras, crucigramas, memorama), donde se dividía al grupo de niños en equipos y se premiaba la cooperación que mostraran entre ellos para resolver las sendas actividades, los contenidos de las mismas eran siempre referidos a su enfermedad, al tratamiento, a su experiencia dentro del hospital y a su experiencia con los médicos, enfermeras y laboratoristas, así como también a los hábitos familiares de salud (lavarse las manos, tener un horario para comer, lavarse los dientes, bañarse, entre otros).

El primer juego, la "Lotería", fue elaborado específicamente para este programa, las tarjetas contenían figuras como jeringas, equipo de canalización intravenosa, paquete de medicamentos, médicos, enfermeras, sala de urgencias, entre otras. Para que los equipos pudieran poner las fichas en la figura correspondiente, tenían que explicar para qué servía, qué hacía o cómo se utilizaba, además de mencionar alguna conducta cooperativa que ellos realizaran, recomendaran o conocieran para ayudar al personal médico con la administración de algún medicamento o la

aplicación de algún tratamiento, también se les sugería que actuaran de la mejor manera de llevarlo a cabo.

El "*maratón*" consistió en un tablero de 40 figuras las cuales representaban una actitud positiva y una actitud negativa de afrontar una situación, por ejemplo, en la casilla numero 3 estaba un niño llorando y resistiéndose activamente ante una enfermera que traía una jeringa en la mano, la figura 4, contenía al mismo niño sentado tranquilo extendiendo el brazo; el requisito para que el equipo avanzara las casillas que marcaban los dados, era que interpretaran la figura y que mencionaran cómo cooperaban ellos con el personal al cuidado de la salud ante una situación similar y que "corrigieran" al niño del tablero.

La *sopa de letras* consistió en hacer en un pliego de papel bond de 1,20 x 1,20, enunciados perdidos entre letras puestas al azar; dichas oraciones indicaban cooperación, por ejemplo, extendiendo el brazo, estoy tranquilo, no pego, no grito, y se les pedía que explicaran ante qué procedimientos, en qué espacios y ante quién, era importante comportarse de esta manera.

El *crucigrama* contenía 20 palabras como quimioterapia, extracción de médula, canalización, berrinche, miedo, entre otros, cuando el equipo llenaba los espacios se le pedía que actuara la forma correcta de cooperar o en su caso que explicara para qué servía.

En el *memorama* se presentaron 20 pares complementarios, es decir, en una se ponía el tratamiento a seguir, por ejemplo, "*extracción de médula*", y en el par correspondiente se puso "*me recuesto boca abajo y no me muevo*", a los equipos además se les pedía que dieran alguna otra alternativa.

De la sesión sexta a la décima se revisó con los pacientes la información acerca de su enfermedad y tratamiento, así como las conductas apropiadas para alcanzar un mejor bienestar, en situaciones "reales" (toma de muestras, aplicación de una inyección, entre otras) que se presentaban en el hospital, mediante la técnica juego de roles; en estas actividades se les permitió manipular material médico reciclado e instrumental médico facilitados por estos últimos. Al final de estas sesiones se practicó la técnica de relajación muscular progresiva (Cautela, 1993), indicándoles que esta era también una forma muy práctica de cooperar.

Las últimas sesiones fueron actividades realizadas en el lugar específico donde el niño sería atendido, minutos antes del tratamiento. Estas actividades fueron 2 juegos de mesa (memorama, sopa de letras) y 3 juegos de roles. Una vez que el paciente daba el consentimiento para que iniciara el procedimiento, se le recordaba continuamente la forma en las que él mismo había dicho que podía cooperar, aunado a indicaciones para que se relajara.

Etapa 3. Aplicación del programa de actividades. Las primeras 10 sesiones se aplicaron en la sala de día del hospital, las 5 siguientes en la habitación de los niños así como en las salas de tratamiento.

Etapa 4. Evaluación final de los comportamientos adquiridos, mediante el registro de la ocurrencia de las conductas (ver tabla 2).

Resultados

Los resultados fueron analizados mediante la estadística descriptiva. Se obtuvieron los porcentajes de las conductas cooperativas (en las 5 sesiones de verificación), media de la edad de los sujetos y la confiabilidad entre observadores.

brazo y no moverse									
a) para ser canalizados (suero)	X	X							
b) para ser canalizados (medicamento)		X							
c) para ser inyectado IV		X							
d) muestra de sangre	X								X
3. Ingestión del medicamento sin resistencia		X		X	X				
4. Entrar solo, sin resistencia, sin llorar al cuarto de Rx.					X	X			
5. Avisar cuando "el procedimiento médico es doloroso", sin gritar y/o moverse									
a) Inyección	X	X		X	X			X	
b) Canalización (suero)		X			X				
c) Canalización (medicamento)		X			X				
d) Extracción de medula				X					
e) Muestra de sangre	X			X					X
6. Seguir instrucciones									
a) Inyección	X	X		X	X			X	X
b) Canalización (suero)		X							
c) Canalización (medicamento)		X							
d) Extracción de				X					

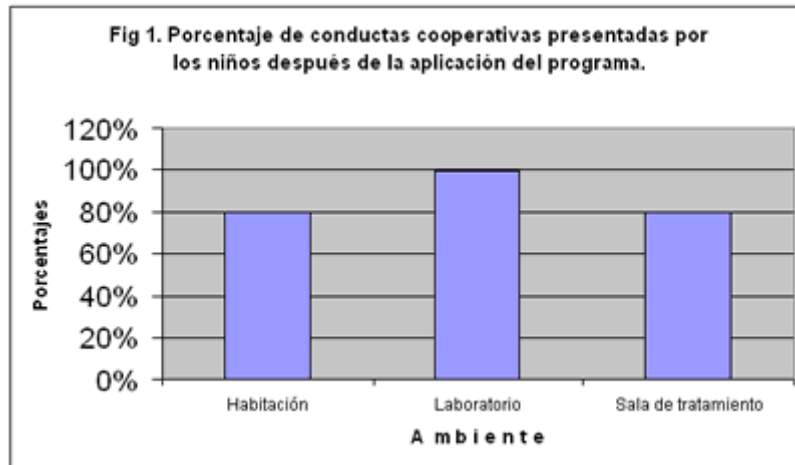
medula									
e) Muestra de sangre	X								X
f) Toma de Rx						X			
7. Pedir atenciones sin gritar/ con amabilidad									
a) Arreglar cama		X							
b) Solicitud de "cómodo"		X							
c) Pedir agua, comida.		X							
d) Recordar que es hora del medicamento	X	X		X	X			X	
8. Relajarse									
a) Inyección		X			X				
b) Canalización (suero)		X							
c) Canalización (medicamento)		X							
d) Extracción de medula				X					
e) Muestra de sangre	X								X
f) Toma de Rx.						X			
9. Ser puntuales				X	X				X
TOTAL	9	18	0	10	10	3	0	4	6

Como se marcó en el programa, las sesiones 11 a 15 fueron registradas en situaciones reales, para comprobar si los niños eran capaces de reproducir las conductas entrenadas en las mismas. Los registros fueron llevados a cabo por estudiantes de psicología, encontrándose una confiabilidad entre observadores de $r = 0,73$.

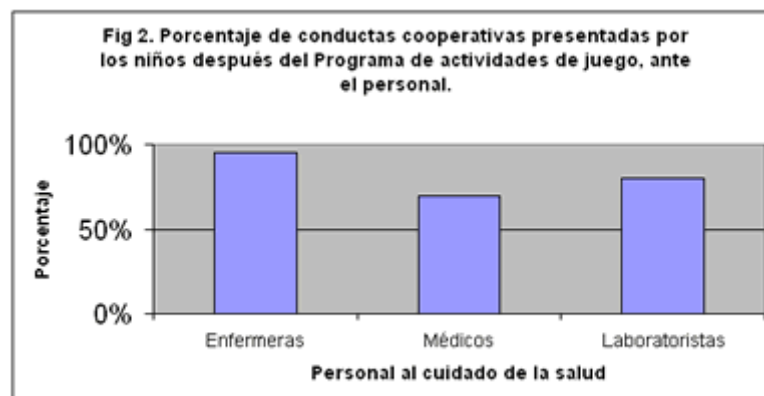
Después de la aplicación del programa, se registraron tres situaciones específicas que constituyeron el interés eje de esta investigación, la primera fue en dónde se

presentaron las conductas cooperativas, la segunda ante quién se daban y la tercera ante qué procedimientos médicos se presentaban.

Las conductas cooperativas, se presentaron en la habitación el 80% de las ocasiones en las que se aplicaron tratamientos médicos, en el laboratorio el 100% de las veces y en la sala de tratamiento en un 80%. Estos datos fueron cotejados con los reportes verbales de médicos, enfermera y laboratoristas, los cuales indicaron que existía un mejor manejo del paciente (Ver figura 1).

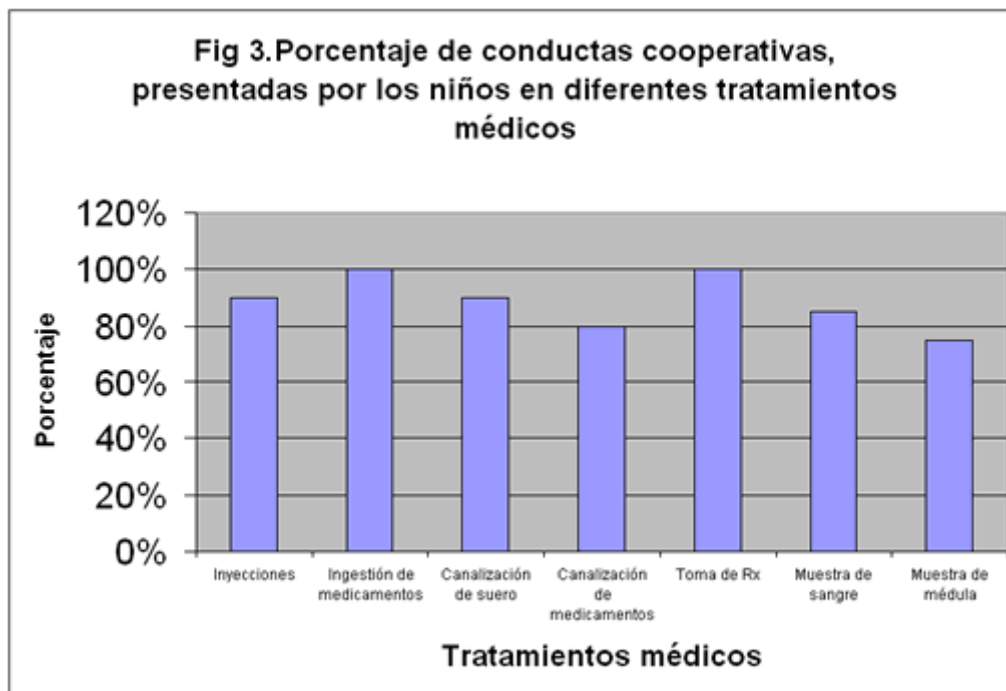


En la segunda situación, las conductas cooperativas presentadas por los niños con el personal al cuidado de la salud, son como sigue: con las enfermeras en 95%, con los laboratoristas en un 80% y con los médicos en un 70%, como se observa, los niños presentaron menos conductas cooperativas con los médicos, se piensa que esto es debido a la naturaleza de los tratamientos, siendo por ejemplo, la extracción de médula (muestra que es tomada por este especialista), el tratamiento que los niños reportan como más doloroso, molesto y que les provoca mayor ansiedad. Otra razón de importancia es el hecho de que las enfermeras tienen más tiempo para convivir con el niño y para convencerlo de aceptar los tratamientos, aspecto que no se presenta en los médicos (Ver figura 2).



Respecto a la presencia de estas conductas ante diferentes tratamientos médicos, se obtuvo lo siguiente: ante las inyecciones, el 90% de las ocasiones los niños no presentaban resistencia, ante la ingesta de medicamentos, el 100% de las veces los ingirieron sin ningún problema, frente a la canalización de sueros, el 90% presentó conductas cooperativas, en la canalización de medicamentos, se presentaron en un

80%; la diferencia entre ambas radica en el hecho de que la segunda, cuando empieza a fluir el medicamento, es más doloroso que el suero, razón por la cual los pacientes son un poco menos cooperativos. Ante la toma de placas, el 100% de las veces los niños cooperaron, este procedimiento aunque no es doloroso, algunos niños le tenían miedo porque tenían que pasar solos al cuarto de tratamiento. Cuando se trató de las tomas de sangre, se observó que los niños tuvieron un 85% de conductas cooperativas, mientras que para la toma de muestras de médula, éstas tuvieron un nivel de 75% (Ver figura 3).



Las conductas cooperativas específicas que se presentaron en la habitación ante el médico fueron: colocarse boca abajo y no moverse cuando les iban a aplicar una inyección, extender el brazo y no moverse cuando el doctor los iba a canalizar con suero o bien cuando les iban a tomar una muestra de sangre, los niños fueron capaces de avisar al médico cuando una inyección o una toma de sangre era dolorosa sin gritar y/o moverse, así mismo, ante estos dos procedimientos los niños fueron capaces de seguir instrucciones, otra conducta presente fue pedir con amabilidad, sin gritar, que se les proporcionara su medicamento así como relajarse ante la toma de sangre.

Las conductas presentes en la sala de tratamiento ante este profesional fueron: colocarse boca abajo y no moverse para la extracción de médula, avisar cuando este procedimiento era doloroso sin gritar y/o moverse, así como seguir instrucciones y relajarse. Además avisaron al médico cuando una inyección era dolorosa sin gritar o moverse y siguieron sus instrucciones.

Ante las enfermeras las conductas cooperativas que presentaron los niños en la habitación fueron: colocarse boca abajo para ser inyectados, extender el brazo y no moverse ante todos los procedimientos que así lo requerían, ingerir sus medicamentos sin resistencia, avisaban cuando el procedimiento estaba siendo doloroso sin gritar y sin moverse, seguían sus instrucciones y se relajaban, además de pedirles sin gritar y con amabilidad que les arreglaran la cama, que les acercaran el cómodo, que les alcanzaran su comida o que les llevaran agua, así como recordarles que era hora de su medicamento. Las conductas que se

presentaron en la sala de tratamiento y en el laboratorio fueron las mismas, a excepción de aquéllas que tienen que ver con arreglar camas etc.

Las conductas cooperativas que se presentaron ante los laboratoristas en la sala de tratamiento y en el laboratorio fueron: extender el brazo y no moverse, avisar cuando el procedimiento era doloroso sin gritar, seguir instrucciones, relajarse y llegar puntuales cuando se les iba a tomar una muestra de sangre, otra conducta que presentaron ante estos profesionales fue el entrar a la sala de tratamiento (toma de Rx) solos, sin resistirse, siguiendo instrucciones cabalmente.

Es de suma importancia señalar que, aunque los profesionales al cuidado de la salud en el primer listado de conductas deseadas mencionaron "que el niño no llore", durante el desarrollo del presente programa, en ninguna ocasión se les sugirió, impidió, reprendió o reprimió a los niños para que no presentaran esta conducta, se hacía hincapié en el hecho de que podían llorar, pero no debían moverse porque eso podía dañarlo.

Con lo anterior se tiene que se registraban como conductas cooperativas las arriba mencionadas aun si el niño lloraba.

Discusión y Conclusiones

Con la aplicación del presente programa se pudo constatar que el juego es un punto importante en la conceptualización infantil de la enfermedad. Dado que los objetivos fueron conseguir la cooperación con el personal médico para el éxito del tratamiento y la cooperación entre los participantes para un apoyo mutuo, el programa permitió el cumplimiento de dichos objetivos.

Una de las ventajas que tiene el aplicar programas de esta índole, es que se toma en cuenta el bienestar psicológico de los niños, ya que se reconoce el contexto dentro del cual el niño y su enfermedad adquieren un significado específico y particular. Si el psicólogo, el personal médico, la familia y el niño, analizan y entienden plenamente este proceso, los beneficios se manifestarán de inmediato, en todos los miembros implicados en el problema.

Como ya se mencionó, el tratamiento de la mayoría de los tipos de cáncer es extremadamente agresivo, para estos niños se torna incomprensible el hecho de cómo estos tratamientos tan dolorosos, molestos y que les causan tantos efectos colaterales desagradables, pueden llegar a curarlos. El juego se torna así en una respuesta y una herramienta que se debe usar y facilitar en los hospitales y los centros donde estos niños son atendidos; ya que como menciona Osorio, (2002), el juego tiene un papel importante en el manejo integral de los niños enfermos.

Los programas que contengan actividades lúdicas se pueden adaptar fácilmente a una situación tan adversa como lo es el proceso mórbido oncológico, debido a que una de las características del juego es ser flexible y fácil de aplicar, además son raras las ocasiones en las que un niño se niega a jugar.

Es necesario hacer mención de que este tipo de programas fomenta en el niño la cooperación con el personal que está al cuidado de su salud, pero de ninguna manera propicia niños pasivos que se "dejan hacer todo" sin protestar, se les otorgan herramientas que les permitan sobrellevar con mayor calidad de vida su enfermedad y los procesos que conlleva, pero se tiene que tomar en cuenta que aun el paciente mejor entrenado, tiene momentos en los que por la misma situación por la que atraviesa, no le permite mostrar estas conductas.

Se hace referencia a lo anterior ya que los niños que participaron en el programa, aun presentando conductas cooperativas como estirar el brazo para ser canalizados o acostarse boca abajo para ser inyectados, muchas veces lloraban, y cuando les dolía mucho, tenían la libertad de manifestar sus inconformidades y molestias, lo interesante, y el éxito del programa, consistió en el hecho de que ellos mismos se percataron, que si presentaban las conductas cooperativas entrenadas, los procedimientos médicos se realizaban con mayor eficiencia y mas rápidamente, lo que para ellos representaba menos molestias.

A partir del conocimiento que los niños adquirieron del o los tratamientos médicos y de cómo éstos influían en la recuperación de su salud, los sujetos dejaron de presentar conductas "inadecuadas" y cooperaron voluntariamente con el personal médico.

Aunado a lo anterior, el hecho de que para ser tratados los niños tengan que ser hospitalizados, representa un riesgo en sí mismo, ya que se priva al niño de la estimulación normal y variada que su ambiente le proporciona, por lo que nuevamente este tipo de programas puede ser un punto que favorezca que esta privación sea minimizada.

Si se analizan los comentarios hechos por Ludwing (1999), cuando hace referencia a que la atención a los niños hospitalizados ha sido remitida a la curación de la enfermedad física y que se han olvidado los aspectos psicológicos, se cae en cuenta de que esto es así, y además está plenamente justificado ya que los profesionales de la salud, en este caso los médicos, enfermeras y laboratoristas, están abocados a la intervención propia de su disciplina, así que la respuesta o el camino a seguir ante esta problemática es la creación de equipos multidisciplinarios sólidos que apliquen, dirijan y aprendan junto con sus colegas (psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, laboratoristas, entre otros) cuál y cómo es el verdadero trabajo integral que conlleve a un tratamiento y/o atención holística.

La utilización de juegos que involucran la cooperación en pacientes pediátricos hospitalizados, permite incrementar la adherencia terapéutica. Lo anterior facilita la aplicación del o los procedimientos médicos empleados dentro del protocolo de tratamiento del paciente, lo que repercute en el bienestar del niño y de sus familiares, además el personal médico se ve también favorecido en su práctica profesional, al contar con la colaboración tanto del niño como de los familiares, lo que los llevó a un compromiso compartido para hacer frente al proceso mórbido por el que atraviesan como unidad.

Finalmente, la implementación de este tipo de programas demuestra la importancia de la inserción del psicólogo como parte integral del personal al cuidado de la salud.

Referencias

Cautela, J. (1993). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca.

Chalmers, B. (1993). Annotation care of children in hospital child. *Care health and development*. 19. 119-126.

Davis, N., Powers, S. y Roberts, M. (1991). The influence of environmental factors and coping style on children's coping and distress. *Clinical Psychology Review*. 11, 93-106.

Elliot, Ch. y Jay, S. (1984). Behavioral observation scales for measuring children's distress: the effects of increased methodological rigor. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 52, 6, 1106-1107.

González, J. C., Routh, D. K. y Saab, P. G. (1989). Effects of parent presence on children's reactions to injections, behavioral, physiological and subjective aspects. *Journal of Pediatric Psychology*. 14, 449-462.

Gross, A. .M., Stern, R. M., Levin, R. B. y Dale, J. (1983) The effect of mother-child separation on the behavior of children experiencing diagnostic medical procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 51, 783-785.

Hubert, N.C., Jay, S. M., Saltown, M. y Hayes, M. (1988) Approach-avoidance and distress in children undergoing preparation for painful medical procedures. *Journal of Clinical Child Psychology*. 17, 194-202.

Ishikawa, I. A. (1995 diciembre). *Leucemias y linfomas en niños*. Comunicación presentada en el Primer Foro Nacional de Difusión Científica y Educación para la Salud, ciudad de México.

Kulik, J.A. Moore, P.J. y Mahler, H. Y. (1993). Stress and affiliation: Hospital roommate effects on preoperative anxiety and social interaction. *Health Psychology*. 12, 118-124.

Kurz, R. B. (1987): Child Health Psychology. En G.C. Stone, S.M. Weiss, J.D. Matarazzo, E. Miller, J. Rodin, C.D. Belard, M.J. Follick y J.E. Singer (Eds): *Health Psychology*. Chicago: The University of Chicago Press.

Ludwing, K, (1999). Soporte emocional del niño hospitalizado. (En red) Disponible en: [http:// www.p psicooncologia.org](http://www.p psicooncologia.org)

Lumley, M. A., Abeles, L. A., Melamed, B. y Pistone, L. (1990) Coping autcomes in children undergoing stressful medical procedures: The role child-environment variables. *Behavioral Assessment*. 12, 223-238.

Morales, R. (1998). El impacto psicológico del cáncer en el paciente. *Revista de Psicología y Salud*. 12. 115-121.

Osorio, G. M. (1996 octubre). *Aplicación de un programa de habilidades de afrontamiento a pacientes pediátricos con leucemia*. Comunicación presentada en la IV Reunión de Investigación del Cáncer en México, ciudad de México.

Osorio, G. M. (2002 abril). *Influencia del juego en la adherencia terapéutica en niños con leucemia*. Comunicación presentada en el II symposium sobre Psicología Clínica Infantil. Ganada España.

Peterson, L. (1989) Coping by children undergoing stressful medical procedures: Some conceptual, methodological, and therapeutic issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57, 380-387.

Peterson, L., Harbeck, C., Chaney, J., Farnet, J. y Thomas, M..A. (1990). Children's coping with medical procedures: A conceptual overview and integration. *Behavioral Assessment*. 12, 197-212.

Petrillo, M. y Sangert, S. (1975) *Cuidado emocional del niño hospitalizado*. México: Prensa Medica.

Red, W. H. y Jacobsen, P. B. (1987). Cognitive attentional distraction in the control of conditioned nausea in pediatric cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 55, 391-395.

Sawin, A. M. y Brawn, R. T. (1991). Cognitive and psychosocial sequelae for children with acute lymphocytic leukemia and their families. *Journal of Pediatric Psychology*. 11, 267-269.

Shaw, E. G. y Routh, D. K. (1982) Effect of mother presence on children's to aversive procedures. *Journal of Pediatric Psychology*. 7, 33-42.

Siegel, S. y Katz, E. (1981) Behavioral distress in children undergoing medical procedures: Developmental considerations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 49, 456-465.

Smith , K. E., Akerson, J. P y Blotcky, A. D. (1989) Pediatric cancer patient's preferred coping styles during invasive medical procedures. *Journal of Pediatric Psychology*, 14, 405-419.

Sprito, A. y DeLawyer, D. (1991). Peer relations and social adjustment of chronically ill children and adolescents. *Clinical Psychology Review*. 11, 539-564.

Telch, C. F. y Telch, M. J. (1985). Psychological Approaches for enhancing coping among cancer patients *Clinical Psychology Review*. 5, 325-345.

Véliz R, y Caballero, C. (2000). Factores del ambiente psicológico en las unidades de terapia intensiva pediátrica. *Revista Mexicana de Pediatría* 67, 33-37.

LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL MARCO DE LAS ENFERMEDADES MÉDICAS

Yalilis Castellero Amador

Investigador agregado

Profesor adjunto a la Universidad de la Habana

Servicio de Psicología. CIMEQ

Marilyn Pérez Lazo de la Vega

Investigador agregado

Profesor adjunto a la Universidad de la Habana

Servicio de Psicología. CIMEQ

Habana, Cuba

La comunicación: un elemento siempre presente

Nuestra relación con el paciente transcurre en un importante proceso de comunicación, donde damos y recibimos información que puede resultar beneficiosa pero también muy perjudicial. La comunicación no es una cuestión suntuaria o aleatoria a la asistencia y lo que decimos u omitimos incide de manera concreta en la salud general y la recuperación de cada enfermo. Una comunicación muy racional, sin ningún componente emocional, la minimización del carácter serio y complejo de una cirugía, el fomento de falsas esperanzas, así como la transmisión de falsas expectativas, pueden resultar iatrogénicos. ¿Qué decir o qué no decir?, ¿cómo decirlo?, ¿cuándo decirlo y a quién?, ¿cómo reaccionará el paciente?, ¿podrá manejar esta información?, son algunos de los cuestionamientos que en más de una ocasión nos ponen ante un verdadero dilema ético.

Una revisión realizada por Premi (1993), plantea una importante alarma ante la situación de que en la literatura científica sobre comunicación predominan los aspectos relacionados con las necesidades de los pacientes y el efecto de recibir malas noticias, en defecto de información acerca de cómo hacerlo. Ante este estado de cosas y la ausencia de programas formales de entrenamiento en habilidades sociales dentro de los estudios en Medicina, no queda más que improvisar y desarrollar estrategias basadas en la propia experiencia personal adquiridas en el transcurso de la vida.

La información no es un problema nuevo

Lejos va quedando aquella medicina paternalista donde el médico decidía, en la mayoría de los casos, lo mejor para el paciente ("todo para el enfermo pero sin el enfermo"). En esta relación autocrática y vertical, el médico desempeñaba el rol de tutor y el enfermo de desvalido. Tras la II Guerra Mundial, el inicio de la transformación tecnológica en medicina de los años 50, la explosión de los movimientos de reivindicación civil de los 60 y el surgimiento de la bioética; los profesionales de la medicina comienzan a aceptar la necesidad de abandonar este

modelo. Ahora se impone cada día con más fuerza una relación de carácter democrático y horizontal, que respeta los códigos morales de cada persona. Como afirman Lorda y Júdez (2001) "...esto le permitirá a los médicos reconocer que los pacientes no son hijos menores a los que hay que proteger sino adultos autónomos a los que se ha de *cuidar y enseñar para que se cuiden a sí mismos*".

Culturas médicas de marcada tradición paternalista, como la japonesa, evolucionan ineludiblemente hacia la autonomía. Por ejemplo, la famosa corte suprema de Japón, reconoció y elaboró por primera vez, el deber de explicación que correspondía al médico en su relación con el paciente. El derecho a la información es en nuestros días, una manifestación concreta del derecho a la protección de la salud. Sin embargo, ya desde 1767 en las Islas Británicas tuvo lugar la primera sentencia con relación al consentimiento informado.

También en Alemania, 1931, alcanzó una amplia divulgación el texto "Directivas concernientes a las terapéuticas nuevas y a la experimentación científica en el hombre", donde se imponía a los médicos la necesidad del consentimiento previo para cualquier proceder o experimentación médica con seres humanos. En la década del 70, en este mismo país, se realizó un minucioso estudio donde encontraron que las dos terceras partes de los procedimientos legales vinculados con la responsabilidad médica, tenían que ver con insuficiencia o ausencia de información (Galán, 1999; Comité de expertos en consentimiento informado, 2002).

En Estados Unidos y Francia, el cuerpo jurisprudencial presta similar atención a la cuestión de la información. En Estados Unidos, una de las primeras resoluciones en este sentido, data de 1906 (en Illinois). Le siguió en 1914, una de las resoluciones más emblemáticas dictada por el Tribunal Supremo de Nueva York a un médico que extirpó un tumor ante un proceder que se estipulaba como meramente diagnóstico. A raíz de esta situación se creó todo un aparato jurisprudencial, precursor en gran parte del estado actual del tema. El derecho español, por su parte, se ha ido incorporando al conjunto de problemáticas que involucra la comunicación y de modo particular la información al paciente, aunque sin alcanzar tales niveles de litigio.

Nuestra posición está dirigida a defender el derecho de información al paciente pero con las oportunas salvedades que esto presupone. Es imprescindible llevar a cabo este proceso de la forma más auténtica y humana posible, acompañándola con el calor debido, pues del mismo pueden derivarse interpretaciones y decisiones que afecten la salud física y psicológica (separados solo didácticamente). Querer informar no puede conducirnos a un esquema genérico de decir todo a todos, sino deben tenerse en cuenta las circunstancias que rodean a cada caso concreto: características individuales, nivel cultural y capacidad de comprensión, situación personal, familiar, ocupacional, así como las propias características de la institución y del médico actuante. El derecho a recibir información no puede convertirse en una obligatoriedad para recibirla pues el derecho desaparece cuando deja de ser una opción y, en ocasiones, la transmisión inoportuna o exagerada de información, genera excesiva ansiedad y temores.

El Paciente: modelos tradicionales acerca de la información

La literatura describe tres modelos básicos relacionados con dar información: no ofrecer ninguna información, decir absolutamente todo y dar una información individualizada. Estos modelos representan diferentes estilos de relación médico-paciente y condiciones variadas para la toma de decisiones. El modelo A, ha predominado en el caso del cáncer, presumiblemente debido al temor y la ansiedad

que esta enfermedad como ninguna genera. No es cuestionable el papel que el médico tiene como experto en determinar las mejores modalidades de tratamiento, pero tampoco podemos quitarle el derecho al paciente a tener información y a valorar opciones relacionadas con su propia vida, basadas en una información segura, ofrecida por el especialista. La literatura no apoya este modelo, resultados de estudios como los de Gerle (1986), Molleman (1986) (citados por Danovan, 1993), reflejan que los pacientes informados sobre su enfermedad (cáncer) habían tenido un mejor ajuste psicológico y una significativa mejoría de la incertidumbre y la ansiedad. Podría este modelo, resultar útil para el grupo de pacientes que utilizan la negación como estrategia de afrontamiento, pero les niega la posibilidad de asumir un rol activo y de resolver las pérdidas y dejaciones de manera conjunta.

Como modelo diametralmente opuesto, tenemos el B donde al paciente se le presenta la información tan pronto es conocida. Aunque pudiera este modelo apoyar el principio ético del derecho del paciente a la información, obvia aquél que tiene en cuenta que el paciente puede decidir no recibir toda la información o decidir recibirla gradualmente.

El proceso de individualización de la información, partiendo de un principio básico de la Psicología -cada ser humano es único e irrepetible-, se expresa abiertamente en el modelo C. La cantidad de información ofrecida, así como el tiempo en que se brinda es ajustada a las necesidades del paciente como resultado de una relación de negociación-colaboración entre el médico y el paciente. El proceso de toma de decisiones implica a ambas partes, es decir, la experiencia del especialista y el conocimiento del paciente de sus propios valores y necesidades. Sin embargo, este modelo puede requerir de una cantidad de tiempo y de habilidades específicas con las que el especialista puede no contar. Según las referencias de la literatura científica, se impone como el modelo ideal.

Tabla 1 - Comparación entre modelos para ofrecer información

Fuente: Danovan K. (1993) Folleto de la OMS.

Supuestos de partida	Ventajas	Desventajas
Modelo A: No ofrecer información		
<p>Es apropiado que el médico decida qué es lo mejor para el paciente.</p> <p>Los pacientes no quieren escuchar nada negativo sobre si mismos.</p> <p>El paciente necesita ser protegido de las malas noticias</p>	<p>Consume menos tiempo para el médico y puede resultarle más fácil.</p> <p>Resulta positivo para aquellas personas que no quieren saber nada sobre su condición (negadores).</p>	<p>Es una oportunidad para reforzar los mecanismos de negación.</p> <p>Se socava la confianza en el equipo médico.</p> <p>Se pierden las oportunidades de hacer intervenciones útiles que brinda la comunicación adecuada</p>

		<p>y franca.</p> <p>Puede adquirirse información errónea por otras vías.</p> <p>Puede conducir al aislamiento, a la percepción de rechazo y evitación.</p> <p>El paciente puede perder el sentido de control.</p>
--	--	---

Modelo B: Ofrecer toda la información

<p>El paciente tiene derecho a toda la información acerca de si y el médico tiene la obligación de darla.</p> <p>Todos los pacientes quieren escuchar todo sobre ellos.</p> <p>Los pacientes deben decidir cuál es el mejor tratamiento para ellos.</p>	<p>Promueve la confianza médico-paciente.</p> <p>Promueve el apoyo a la familia y da la posibilidad de poner asuntos importantes en orden (en caso de enfermedades terminales).</p> <p>Ayuda a aquellos que tienen como estilo de afrontamiento la búsqueda de la máxima información posible.</p>	<p>La discusión de opciones de manera detallada puede atemorizar y confundir a algunas personas.</p> <p>Insistir en informar puede estimular la aparición de mecanismos de defensa.</p> <p>La total información puede tener consecuencias emocionales negativas para algunos.</p>
---	---	---

Modelo C: Información individualizada

<p>Las personas son diferentes.</p> <p>Toma tiempo absorber y ajustarse a información nueva, particularmente si</p>	<p>La cantidad de información y manera de ofrecerla se ajustan a las necesidades del individuo.</p> <p>Se desarrolla una</p>	<p>Es un proceso que consume tiempo.</p> <p>Puede agotar los recursos emocionales del equipo de salud.</p>
---	--	--

<p>están relacionadas con la salud y si son negativas.</p> <p>Una relación de colaboración constituye la base real para la toma de decisiones en función de los mejores intereses del paciente.</p>	<p>relación de colaboración y apoyo entre el paciente y el equipo de salud.</p>	
---	---	--

El médico: el temor a ofrecer la información

Encuestas realizadas a médicos mostraron resultados contradictorios, unos apoyan el hecho de brindar información mientras que otros se presentaron en contra. Estas diferencias parecían estar relacionadas con sus propias creencias y preferencias personales, más que por evidencias científicas objetivas. La cuestión de la información no siempre es tomada con el nivel de meticulosidad científica con que desempeñan la práctica clínica cotidiana y, si bien no existen fuertes datos que fundamenten estos datos, en muchos casos puede observarse de forma evidente cómo se evade discutir casos de enfermedades serias con los pacientes (Premi, 1993).

Aunque resulta difícil determinar el nivel exacto de adherencia al tratamiento médico, parece ser un serio problema en muchos casos. La adherencia puede abarcar, desde mantener un programa de tratamiento, un seguimiento en las citas médicas, el uso correcto de la medicación, la evitación de conductas contraindicadas, hasta mantener estilos saludables de vida. La falta de adherencia en los pacientes es explicada, al menos en parte, por un número de factores que hacen efectiva la comunicación entre el personal de salud y el paciente. Se citan datos curiosos como los siguientes: durante una consulta oficial, el médico tarda cerca de 2 minutos ofreciendo información al paciente acerca de su tratamiento (Waitzken and Stoeckle, 1986), un tercio de los pacientes se encuentran insatisfechos de su interacción con el equipo médico (Ley, 1986), los médicos sobreestiman la cantidad de tiempo dedicada en dar información al paciente y subestiman el deseo del paciente de recibir información de su condición. Se hipotetiza pues, que si la interacción médico-paciente puede ser mejorada, la cooperación del paciente con los regímenes de tratamiento puede ser mejorada también. Tradicionalmente, las tácticas y estrategias para elevar los niveles de adherencia se volcaron hacia el paciente, se impone que se ofrezcan además, a los médicos y personal de salud en general, las herramientas y recursos para aumentar la efectividad de cualquier intervención en el paciente.

Las habilidades de comunicación o información de malas noticias no aparecen en el currículo de formación en medicina. En ausencia de un entrenamiento formal, utilizan las propias habilidades formadas en el curso del ciclo vital y/o aquellas modeladas por sus formadores. Pero estos formadores las aprendieron de la misma manera. Comaroff (1996) plantea que los problemas clínicos, en los que sí se recibe un entrenamiento, son manejados a través de estrategias racionales con base en una movilización consciente de los conocimientos científicos aprendidos, mientras

que la comunicación profesional es frecuentemente desarrollada del mismo modo que las respuestas sociales ritualizadas, basadas en reglas instauradas, previo al entrenamiento profesional y sin referencia a información científica.

Los médicos quieren hacer lo mejor para sus pacientes, la cuestión es que lo correcto no es fácil de determinar y existe siempre la temida posibilidad de ocasionar daño. En este sentido existen, a nuestro juicio, aspectos que no deben ser nunca dejados de tener en cuenta:

- El médico constituye una fuente de información **clara y honesta** para el paciente, posibilidad que permitirá hacer intervenciones efectivas en el curso del tratamiento.
- Es una persona **preparada para darle la información al paciente** y, aumentando el *insight* sobre la importancia que este proceso tiene y aprendiendo las habilidades necesarias, es capaz de hacerlo en el tiempo y la manera adecuados.
- Es una fuente **continua** de apoyo y conoce que el dolor, la ira y la desesperación son respuestas normales que pueden expresarse en su presencia.
- Es una persona que **escuchará**, que **estimulará** la expresión de dudas, sin considerar ninguna pregunta absurda o tonta.
- Como experto **explorará alternativas** en un ambiente de seguridad y confianza mutua.
- El médico debe **ver a través del paciente**, aún cuando la cura no sea posible.

Por otra parte, al mismo tiempo de mostrarse accesible como estos elementos citados anteriormente suponen, resulta conveniente que deje abierta una brecha para considerarse un ser humano vulnerable y que puede, ante el desafiante reto que significa la comunicación con sus pacientes:

- Ver su competencia profesional desafiada.
- Recibir respuestas que no esperaba.
- o tener todas las respuestas.
- Expresar sus propios temores.

¿Cómo y cuánto comunicar?

Tal como cita Premi (1993) a Bernard Shaw: "la única regla de oro que existe es que no existen reglas de oro".

Cada paciente, cada médico, cada situación es diferente y el uso flexible de cualquier estrategia será la base apropiada para enfocar el problema. Desde el primer contacto, establecemos un vínculo con el paciente: lograr un encuadre positivo, crear responsabilidad en el autocuidado y las conductas responsables que favorezcan la salud, movernos con pasos estratégicos y crear una historia de empatía, son el cimiento de una buena relación comunicativa.

La cantidad de información a ofrecer se define en el marco del vínculo comunicativo, se indaga con el propio paciente. Es frecuente un marcado interés por el diagnóstico, se pudiera comenzar valorando varias posibilidades diagnósticas a la par que observamos las respuestas extraverbales del paciente. Posteriormente, se continuaría indagando sobre lo que realmente quiere saber.

Es importante mantener un diálogo privado y en un ambiente tranquilo. El paciente tiene el derecho de mantener el control sobre sí mismo y, en la mayoría de los casos, debe ser la persona con quien conversamos, pues en ocasiones lo mantenemos al margen y establecemos comunicación solamente con los familiares.

Si en nuestra relación sistemática con él, estará presente o no un familiar, es el paciente quien lo decide, aún cuando en muchos casos consideremos que la presencia de un familiar puede ser muy positiva, pues se ofrecen mutuo apoyo y el familiar puede recordar elementos de la comunicación que el paciente no recuerde, producto de la disminución de las capacidades cognitivas en el marco de una situación de estrés.

- Cualquier información hay que ofrecerla de modo suave, honesto y con sensibilidad.
- Hay que evitar un lenguaje muy técnico que oscurezca el sentido a lo que se transmite y convierta el proceso en un monólogo, creando barreras comunicativas.
- Es importante demostrar claramente al paciente que tiene tiempo para la discusión, para que exprese sus dudas y que simplemente usted está accesible para él.
- No trate de parar ningún flujo de emociones que se expresen, deje que se manifiesten libremente.
- No permita que se vaya sin arreglar un plan de seguimiento y ofrecerle seguridad.

Si la noticia que le va a ofrecer es negativa

- No improvise. Traiga un plan en mente. La comunicación de malas noticias es un verdadero reto y las habilidades utilizadas en nuestras relaciones sociales pueden fallar en estos casos. Las emociones se contagian e interfieren en la claridad de nuestro propio pensamiento.
- Deje que el paciente lleve el control sobre la cantidad de información requerida y tiempo en recibirla. Aún cuando las personas quieran saber todo o casi todo sobre su salud, no suelen querer escuchar todo de una vez. Una estrategia útil puede ser comenzar con términos generales y ser más específico en la medida que el paciente vaya indagando.
- Mezcle la noticia negativa con alguna positiva y abra un espacio a la esperanza. Esto no significa crear falsas expectativas sino valorar opciones y evitar dar un pronóstico firme e invariable.
- Nunca diga algo falso. Es importante transmitir la información necesaria para que el paciente pueda asumir la responsabilidad de sus decisiones pero sin excederse en detalles y sin plantearse metas irrealizables.

A modo de conclusión

Todo parece indicar que cuando los pacientes no son informados directamente acerca de su enfermedad o problemática de salud, buscan la información por otras vías, lo que puede tener como consecuencia que no obtengan la información correcta.

Se ha demostrado (Premi, 1993) que los pacientes con cáncer, por ejemplo, tienen dificultades en sus relaciones con los otros, debidas en parte a los sentimientos y comportamientos ambivalentes a los que están sujetos en dichas relaciones. También existen evidencias de que los pacientes mejor informados, se enfrentan mejor con su enfermedad, colaboran más con los procedimientos y tratamientos médicos y alcanzan una recuperación más rápida, lo que se incrementa si la información se combina con el desarrollo de habilidades para el afrontamiento de situaciones novedosas y desconocidas (Raleigh y cols., 1990; Moix, Casas, López, Quintana, Ribera & Gil, 1993; Moix, López, Otero, Quintana, Ribera, Saad & Gil, 1995; Pérez-Moreno & cols., 1998).

Con base en las evidencias accesibles, la comunicación franca y abierta parece tener un alto beneficio, dando al paciente una oportunidad para saber acerca de sí mismo y para sentirse apoyado en la toma de decisiones vitales.

Referencias

Comaroff J., (1976). Communicating information about non fatal illness: the strategies of a group of general practitioners, *Social Rev*, 24 (3), 269-290.
Comité de expertos en consentimiento informado, departamento de salud, Gobierno de Navarra, España (2001). *Salud pública y administración sanitaria. El consentimiento informado en www.cfnavarra.es*

Danovan K., (1993). *Communicating bad news to patients en Communicating bad news, Behavioral sciences learning modules*, World Health Organization, English only, 93.2 B.

Galán J.C. (1999). La responsabilidad médica y el consentimiento informado. *Revista médica de Uruguay*, 15 (3), 5-12.

Ley P. (1986). Cognitive variables and noncompliance. *Journal of Compliance in health care*, 1 (3), 171-188.

Lorda P.S. y Júdez J. (2001). *Bioética para médicos, consentimiento informado* publicado por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica www.siicsalud.com

Moix J., Casas JM., López E., Quintana C., Ribera C., Gil A. (1993). Facilitación de la recuperación a través del suministro de información y del apoyo psicológico. En *Control de la Calidad Asistencial*, 8 (1),13-17.

Moix J., López E., Otero J., Quintana C., Ribera C., Saad I., Gil A. (1995). Eficacia de los folletos informativos para suministrar información acerca de la operación y la convalecencia en *Revista de Calidad Asistencial* 3 (5),280-286.

Pérez-Moreno JA., Pérez Cárceles MD, Osuna E., Luna A. (1998). Información preoperatoria y consentimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente en *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 4 (5),130-135.

Premi J.N., (1993). Communicating bad news to patients en *Communicating bad news, Behavioral sciences learning modules*, World Health Organization, English only, 93.2 B.

Raleigh EH., Lepczyk M., Rowley C. (1990). Significant others benefit from preoperative information en *Journal of advanced nursing* 15(8),941-945.

Waitzken H. and Stoeckle J.D. (1976). Information control of the micropolitics of health care. *Social Medicine and Medicine*, 10 (6), 263-274.

BURN OUT: EL TRABAJO PSÍQUICO CON EQUIPOS DE SALUD

Horacio C. Foladori

Acerca del *burn out* y la "autoayuda"

Los equipos de salud que trabajan en consultorios, centros asistenciales, ONGs dedicadas a problemáticas de derechos humanos, centros de atención a víctimas de violencia sexual, intrafamiliar, etc., soportan como equipos y en el nivel personal, una gran carga emocional y tensional producto del trabajo que realizan. Tal es así que se ha acuñado el término de *burn out* para dar cuenta de un estado particular de bloqueo a partir del desgaste sufrido en la labor cotidiana. Por *burn out* se entiende una amplia colección de síntomas que abarca trastornos del sueño, afecciones psicósomáticas, intranquilidad, incapacidad de concentración, dolores diversos, apatía, aburrimiento, etc. Basta decir que dicho término es meramente descriptivo, es decir, no da cuenta acerca de los motivos que llevan a los equipos a ese estado, de las causas que determinan dichos fenómenos, ni acerca de los procesos de vulnerabilidad que están en juego cuando se realizan determinados trabajos.

Es común observar que ante la visualización de un operar iatrogénico por parte del equipo de salud, se acostumbra indicar un taller de autoayuda o autocuidado, una propuesta realmente insólita. Si la autoayuda es posible, es decir, si cada quien por su cuenta o en grupo pudiera "solucionar" los problemas psíquicos por sí mismo en un acto voluntario, nadie sería pasible de ser objeto de "enfermedad psíquica", sufrir sintomatología, angustias variadas y malestares diversos que conforman lo que se acostumbra a denominar como neurosis. El taller de autoayuda se reduce a suponer que algunos ejercicios corporales sin más o algunas reuniones donde se "debatan problemas" o los diversos integrantes del grupo puedan plantear las disconformidades que tienen con otros ("hay que decir las cosas"), alcanzaría para tranquilizar a los miembros del equipo. En los hechos, cuando se "habla de más", cuando se dicen cosas sin el necesario espacio (que resguarda la seguridad psicológica) para la contextualización, elaboración y procesamiento de las repercusiones de lo que se dice, se generan "anticuerpos" adicionales, lo que a corto plazo implica resentimiento y distanciamiento entre los miembros del grupo. Se trata sin más, de suponer que la catarsis por sí misma es curativa, posición superada ya a principios de 1900. Además, la propuesta de "autocuidado" significa hacer responsable a los propios miembros del equipo de aquello que les acontece, culpándolos tácitamente de su propia insania. Es una manera "elegante" por la cual la institución se desentiende de lo que ocurre en su seno, de lo que "produce" (como lo no visible) además de lo que produce, así como de ciertos efectos que el trabajo instituido conlleva.

¿El trabajo enferma?

De lo que se trata entonces es de dilucidar dónde está el problema, o, mejor aún, de qué tipo de problema se trata.

El punto de vista más simple supone que el estado designado con el término de *burn out* es producto directo de la carga de trabajo, de la tensión que el trabajo genera, del cansancio natural efecto de un desgaste físico y de concentración

mental, en suma, del trabajo al fin. Por ello, no dejan de aparecer aquellos que aconsejan vacaciones, "pensar en otra cosa", moverse, "darse tiempo para divertirse", relajarse - hay talleres también para eso-, etc.

Se puede sostener la tesis de que no es el trabajo el que produce el estado de *burn out*. Me animo a proponer todo lo contrario, el trabajo ayuda a salir del estado de *burn out*.

Se puede demostrar que el trabajo - como acto de transformación del entorno - tiene efectos muy importantes sobre el sentimiento de realización personal, sobre el aprendizaje, sobre el fortalecimiento del Yo; en suma, colabora de manera significativa en el reforzamiento del narcisismo y por tanto es un aspecto que apoya la autoafirmación personal. Ver un objeto como producto terminado, en cuyo proceso se ha tenido participación parcial o total, es siempre un factor positivo para el crecimiento yoico. Vale la pena hacer la salvedad que no se está reflexionando acerca del trabajo que realiza el esclavo...hasta morir, ya que allí no hay trabajo humano propiamente dicho. Castoriadis (1983) se pregunta ¿cómo fue que se produjo en un momento histórico-social un imaginario colectivo que significaba pensar al ser humano como no humano?

Además, todo acto de transformación en lo real, repercute en un cierto cambio del propio aparato psíquico. De ahí que no haya nada más tremendo que no poder trabajar (caso de los desocupados, jubilados, lisiados etc.). El hombre se transforma en la medida en que transforma el mundo circundante y el trabajo es la manera de transformar el mundo. Esto se explica por el mecanismo de la internalización del objeto, producido en una dialéctica compleja que ha enriquecido al hombre y a la sociedad en este proceso llamado civilización.

Este análisis no implica que también, efecto de las problemáticas complicadas y angustiantes resultado del trabajo, no puedan producirse en las personas reactivación de síntomas producto del desencadenamiento de patologías individuales, lo que deberá ser tratado de manera personal en los espacios psicoterapéuticos apropiados para ello. Pero lo que interesa en esta ocasión es interrogar al fenómeno colectivo de *burn out*, como producto de una relación con el trabajo que está institucionalizada y que afecta por igual - aunque con distintos grados de intensidad y particularidad - a todo el equipo de trabajo.

En suma, si no es el trabajo mismo el que produce el agotamiento, entonces a qué se debe el estado de *burn out*

Producción y reproducción institucional

Bleger (1966:91), en un texto tan memorable como visionario y, sin embargo, ignorado, realizó la observación de que "la institución tiende a adquirir la misma estructura y el mismo sentido que el problema que se propone resolver. El asilo tiene en su organización la misma alienación que sus pacientes". Esto es, que el equipo de salud que manifiestamente trabaja por la salud, en su mecánica y de manera no consciente, tiende a producir y a re-producir la "enfermedad" que dice tratar, se mimetiza con ella y la abraza y la adopta como su ideal ignorado. Destino fatal de los equipos de especialistas que terminan produciendo aquello que combaten. La alienación se instala en los propios equipos, esta parece ser parte de su "condena".

¿Cuál es la razón de este fenómeno?

El que la alienación se vaya instalando paso a paso en el equipo, no necesariamente implica que ello es consecuencia o producto del trabajo mismo. Se habla de las relaciones interpersonales, del clima laboral, de cierta mecánica institucional que regula la realización del trabajo. Si se les preguntara a los participantes de un equipo a qué se debe su agotamiento, si se pudiera escuchar qué tienen para decir, se vería que la queja no es sobre el trabajo en sí, sino sobre las condiciones bajo las cuales éste se realiza.

¿Por qué se produce este efecto? Bleger puntualiza el problema, lo marca, no lo explica, nos deja con los interrogantes sobre sus causas. Bleger no contaba aún con las teorías producidas a partir de la década del 70, por el análisis institucional francés (Lourau 1975, Lapassade 1977, Mendel 1974, Guattari 1976, Foucault 1976, etc.). El pensamiento del movimiento institucionalista, se orienta a reflexionar acerca de las instituciones y la problemática del poder que en ellas se encarna. Con estos instrumentos es posible elucidar algunas razones efecto de las cuales el *burn out* termina instalándose en los equipos que trabajan en instituciones.

Se trata de pensar cómo funciona la institución, de qué manera la institución que acoge un equipo de salud es a su vez una institución del sistema que tiene como "misión" producir aquello que producen las instituciones del sistema, ya que ha sido construida a la imagen y semejanza del propio Estado. Por ello, más allá del trabajo que la institución realiza, está el encargo (1) de una doble función de orden y control social que se debe ejercer. Por tanto, la manera de organizar el trabajo en su interior no solamente responderá por los objetivos del trabajo en sí, sino que también por el encargo - estatal - cursado. Dicho encargo de orden y control atravesará toda la producción de la institución, condicionando sus procesos.

La alienación tiene que ver con el proceso mediante el cual el producto del trabajo - en la medida en que se objetiva como tal - se torna un objeto ajeno al trabajador, si bien ese objeto lleva en su naturaleza la fuerza de trabajo del trabajador y su capacidad creativa. El trabajo, entonces, es ajeno al trabajador. El objeto patentiza la cuota de fuerza de trabajo que se materializó en haber realizado - de algún modo - un aporte, una contribución creativa en el acto de transformación (individual o colectivamente). Pero cada vez más, las instituciones con sus sistemas de organización del trabajo al servicio del control, cercenan las contribuciones de los trabajadores, la creatividad que los mismos desean poner en juego en el acto de transformación como efecto de su poder de incidir, de tener cierto control sobre el objeto de su producción y sobre los destinos de éste (Mendel 1993).

En la medida en que cada vez más las instituciones se apropian del poder de los trabajadores (funcionarios, técnicos, profesionales), coartan de manera importante las alternativas de realización personal que los mismos pueden cursar a través de su trabajo, rutinizan las relaciones interpersonales, norman los procedimientos, frenan toda iniciativa, causando un sensible efecto de frustración en los integrantes de la institución. Indirectamente, la jerarquía institucional atenta contra el mantenimiento de grupos, generando como efecto una acentuación de los sentimientos de soledad de los que la pertenencia al grupo protege. No hay grupo entonces, para pensarse, para adquirir identidad producto de la pertenencia: la identidad grupal es afectiva, la identidad que provee la afiliación institucional es formal.

Sobre la naturaleza del grupo de trabajo

Para poder avanzar en la elucidación del origen del problema, se torna necesario recurrir a la psicología de los grupos y a sus procesos. ¿Debido a qué razones el

grupo de trabajo entra en estado de *burn out*? Y sobre todo cuando otros grupos - no institucionalizados - no lo hacen. Por tanto, el fenómeno del *burn out* no es condición de la naturaleza de los grupos, no es un fenómeno universal que aparece sistemáticamente en todos los grupos, sino que es propio de los grupos institucionalizados.

Será necesario, entonces, realizar cierto análisis sobre los procesos grupales de manera general, para hacer visible la diferencia que se introduce cuando el grupo se institucionaliza y, por esta vía, establecer las razones del fenómeno de *burn out*.

De manera general, se puede decir que los grupos que nacen transitan por varias etapas que dan cuenta de su devenir y de su proceso de constitución como grupo. El grupo siempre se reúne para hacer algo, porque tiene un trabajo que realizar, una tarea que los convoca, un compromiso con cierta producción acordada, sea ésta levantar una pared, planificar una acción, ganar un partido, tomar el te o aprender una materia escolar. Siempre hay algo para ser producido en su horizonte. Algunos autores como Pichón-Rivière (1971) dicen que la tarea constituye al grupo, ya que moviliza a través de su desafío los mecanismos más profundos de éste. En este tránsito por su proceso de constitución, el grupo debe organizarse para poder abordar la tarea y resolverla, lograr cierta eficacia en cuanto a ésta y cumplir con su objetivo.

Supongamos un grupo que se reúne por vez primera: deber poder desarrollar un movimiento previo para que la tarea pueda ser abordada, esto es, el grupo debe avanzar en el intercambio, - siempre con miras a resolver la tarea - en el conocimiento mutuo entre los integrantes, en cierta distribución de roles que hace a las funciones que la tarea requiere para su resolución y en ciertos acuerdos mínimos acerca de cómo la tarea va a ser enfocada.

El grupo no puede desde el primer momento ser eficaz, debe construir los mecanismos para que dicha eficacia sea un logro a mediano plazo. Si no llega a ciertos acuerdos sobre la tarea, un norte en sus acciones, difícilmente podrá avanzar. Los participantes se van conociendo en la acción misma, en el "simulacro" que realizan inicialmente acerca de cómo abordar la tarea. Identifican sus saberes, sus condiciones, sus características y afinan una estrategia, tal como si estuvieran en un campo de batalla.

Lo importante de este momento son los acuerdos que se toman, es decir, las normativas que regirán sobre su propio funcionamiento. Estos acuerdos son por consenso ya que allí - por tratarse de un grupo de pares - todos están igualmente comprometidos y todos tienen la cuota de poder que es inherente a cada quien en tanto seres humanos sociales. Repito: estas normativas condicionan el funcionamiento del grupo y son atingentes al momento del proceso, lo que posibilita ir resolviendo progresivamente la tarea. Son tomadas por acuerdo de los participantes y pueden ser modificadas en tanto entiendan que son inadecuadas u obsoletas para resolver otros aspectos de la tarea en momentos ulteriores. Por tanto, son normativas flexibles que son acatadas por los diversos participantes, porque fueron ellos mismos quienes las dictaron (2).

Si la tarea define al grupo, si la tarea determina en función de sus diversos desafíos los lugares grupales, los roles que cada quien desempeñará para resolverla, el grupo entonces se torna nuevo cada vez que la tarea cambia. El cambio de tarea en un grupo "viejo" que ha venido funcionando desde hace tiempo, plantea al grupo una necesaria reestructuración ya que nadie tiene la certeza de que los roles desempeñados antes serán útiles para resolver la nueva tarea. En resumidas cuentas, el cambio de tarea demanda al grupo un trabajo de "reingeniería" interna

para que el grupo pueda aprovechar todos sus recursos de la mejor forma posible. Por tanto, tendrá que cambiar también sus normativas, que si bien fueron útiles para la tarea anterior, no necesariamente serán pertinentes para el nuevo trabajo.

Esto hace que todo grupo sea permanentemente nuevo (independientemente de que los miembros se conozcan o no) y se vea en la necesidad de adaptarse activamente a la realidad cambiante, solucionando con eficacia las nuevas tareas que va asumiendo. Toda la creatividad del grupo es requerida para ello. El grupo se siente útil, capaz y eficaz porque puede ir resolviendo los diversos problemas. Este grupo no entra en *burn out*.

El grupo institucionalizado y su conflicto

El grupo institucionalizado, el equipo de trabajo, el equipo de salud, tiene dificultades para cumplir con los procesos que se describieron en el apartado anterior para los grupos "naturales" o que se forman espontáneamente por intereses propios de los participantes. El equipo de salud es un grupo preformado y como tal ha venido trabajando y generando consecuentemente sus propias normativas como equipo responsable de la tarea para la cual fue contratado cada uno de sus integrantes. Es un grupo que ha sido, sin duda, entusiasta en un inicio y ha resuelto con capacidad innumerables problemas. Sin embargo, se ha visto impactado desde el exterior por hechos que lo han afectado, "frenado".

El equipo de trabajo como grupo instituido, no cuenta con la libertad para dictar sus propias normativas requeridas para poder resolver su trabajo. El equipo de trabajo, además de revisar sus propios acuerdos y realizar las planificaciones estratégicas en función de su mejor saber, debe acatar las ordenanzas, las regulaciones, que provienen de la autoridad institucional. Está presente allí el fantasma del despido si no lo hace. Pero esas normativas institucionales son ajenas al grupo, a todos los equipos que laboran en la institución, porque son dictadas, se dice, en función de ciertos objetivos institucionales, de ciertas metas.

Estamos en presencia de una confrontación de un conflicto entre normativas:

- Aquellas que emanan naturalmente del equipo de trabajo y que se modifican en función de las circunstancias que el desempeño grupal requiere, y
- Las regulaciones dictadas por la autoridad y que obligan al equipo de trabajo a hacer el trabajo de una manera específica (ni mejor ni peor) pero, en todo caso, de una manera que no le es propia.

He aquí un conflicto entre normativas que complica el accionar de los equipos. En el fondo, lo que está presente es una conflictiva de poder, de poder dictar las normas sobre la manera de hacer un trabajo, de poder decidir acerca de la forma de programar un cierto acto productivo.

Este es un tema del que no se habla en las instituciones; permanece como el no dicho institucional. Se sabe que todo lo reprimido en algún momento retorna, pero no puede hacerlo de la manera "oficial" en el discurso institucional, sino tan sólo de manera desplazada y camuflada.

Normativas institucionales y ejercicio del poder

Las instituciones tienen diversas formas de operar. Algunas son más flexibles en cuanto a sus regulaciones, otras son más rígidas acerca del funcionamiento institucional. Algunas toman más en cuenta la organización formal, otras

consideran la organización informal del trabajo. Pero también hay modas, teorías sobre las organizaciones y sobre las formas de "mandar". Los procesos neoliberales se encaminan rápidamente a una robotización del trabajo, incluso para el trabajo de aquellos que originalmente fueron contratados para pensar, como los equipos de trabajo, los equipos de salud. El trabajo está siendo cada vez más rutinizado, mecanizado y cuantificado, por lo que se va perdiendo considerablemente toda la creatividad que los diversos integrantes de los equipos canalizaban para resolver las diversas situaciones cotidianas que el mismo requería.

Si los equipos de trabajo, de salud, pueden manejarse con cierta autonomía acerca de cómo resolver las situaciones de trabajo cotidianas, no necesariamente entran en *burn out*. Lo harán con seguridad aquellos equipos que se ven día a día, cada vez más afectados por las regulaciones institucionales, con cada vez menos poder para controlar los diversos elementos que componen su propia producción (tanto referido al objeto de la producción como en relación a los alcances de éste). Y esto es así porque cada vez más los equipos, en tanto grupos de trabajo, producirán mayores niveles de sufrimiento colectivo porque se ven sometidos a diario a las normativas impuestas por la autoridad. En este caso, los niveles de frustración crecerían consecuentemente y comenzarían a visualizarse diversos tipos de síntomas que serían las señales del acto de represión progresivo instalado por el poder institucional.

Intervención en los equipos de trabajo. El grupo de esclarecimiento

Para realizar un trabajo psíquico con un equipo de salud que está en estado de *burn out* se puede organizar un dispositivo de esclarecimiento. Se trata de un dispositivo grupal que tiene como objetivo generar un espacio de análisis del *burn out*, es decir, se centra en el trabajo del equipo, en sus condiciones y en la forma de llevarlo a cabo. Se trata de un espacio de simbolización, un espacio para hablar y para elucidar las razones, así como los mecanismos que sostienen el no dicho institucional. El dispositivo grupal es un espacio a-normativo, en el sentido de que el equipo hablará allí acerca de lo que quiera, sin programa y sin limitaciones. La consigna se definirá como "decirlo todo sobre el trabajo institucional que se realiza".

El grupo de esclarecimiento se diferencia sustancialmente (desde la perspectiva de la coordinación grupal) de otros tipos de grupo que se puedan realizar: de aprendizaje y terapéuticos, ya que estos grupos se constituyen como grupos de inclusión voluntaria y espontánea (prima el deseo de cada quien por estar allí); mientras que en los grupos de esclarecimiento se trata de un grupo que contrata el servicio como equipo, grupo preformado (y como por lo regular contrata la institución, el equipo está allí porque lo manda, lo que no implica que muchos participantes puedan estar allí, además, porque lo desean).

El grupo de esclarecimiento trabajará para recuperar la creatividad perdida, su espacio institucional, su posibilidad de pensar. Pero el equipo de trabajo es un grupo poco consciente acerca de sus limitaciones y acerca de los efectos que tales limitaciones introducidas por lo institucional, tuvieron en su salud mental. Prueba de ello es el estado de *burn out*, el sufrimiento cotidiano que lo hace movilizarse en busca de ayuda de expertos.

Muchas veces el conflicto entre normativas (del propio equipo y de la institución), es vivido al interior del equipo en términos de problemas interpersonales, de rencillas por enfoques sobre el trabajo y sobre diferencias ideológicas entre los integrantes del grupo. Habitualmente, se culpabilizan de su estado y de su propia incapacidad para resolverlo. En otras ocasiones hay historias de renuncias, rotación

de personal o enfermedades psicosomáticas severas que requieren ausencias frecuentes. En muchos casos, el peso del poder institucional se impone generando incomodidad, malestar, depresión y agresividad al interior del grupo de pares. Muy difícilmente el grupo de pares (equipo de trabajo) podrá tener la claridad necesaria para enfrentarse al poder institucional y vivirá siempre bajo la amenaza tácita (el chantaje del despido).

Ese conflicto no se resuelve como una transacción (como una "negociación", como le gusta decir a cierta escuela organizacional), ya que la dependencia laboral hace que las normativas institucionales impuestas se constituyan en un acto de violencia - materialización del acto de control social en y a través del trabajo. Pero este conflicto no es visible para los miembros del equipo, sufren las consecuencias: malestares, desavenencias, discrepancias en el nivel interno del grupo, delación, traición, defección, etc. Aparece como distanciamiento emocional entre los pares, lo que no es otra cosa más que la implementación de políticas de ejercicio del poder desde la jerarquía institucional.

Lo que el grupo de esclarecimiento pone de manifiesto es el sometimiento del equipo de trabajo a las normativas institucionales. El proceder institucional tiene importantes repercusiones en el equipo de trabajo ya que la implantación vertical de normativas de funcionamiento supone tácitamente generar el sentir entre los miembros del equipo de que se echa por tierra las propuestas (proyectos creativos (3), ideas novedosas, mecanismos originales de funcionamiento, etc.) que el propio grupo puede haber construido en su legítimo derecho de querer avanzar en su tarea, y donde además, se ejerce cierto poder y responsabilidad sobre su trabajo y sobre los alcances de éste.

Lo que a Bleger le sorprendía era que el grupo institucional tendía a mimetizarse con el problema que consideraba, había perdido la posibilidad de pensar acerca de sí mismo y de lo que le estaba ocurriendo. El equipo de salud reproducía la institución y quedaba alienado en ese movimiento; no podía distanciarse para poder tomarse como objeto de análisis. Salvadas las distancias, ya que Bleger hablaba de otro fenómeno, al equipo en *burn out* le ocurre algo similar: está tan contaminado con la "problemática" institucional que no puede darse cuenta de lo que le ocurre. Allí es donde el especialista consultado debe trabajar.

La noción de *burn out* tiende a producir un efecto de ocultación ya que su origen es atribuido, en primer lugar, a la insanidad de las personas, y en segundo lugar, a los problemas interpersonales o a la carga de trabajo. En realidad, como ya se demostró, el *burn out* tiene que ver con las condiciones de trabajo, con las normativas institucionales acerca de la manera de realizar el trabajo y no con el trabajo mismo. La ocultación de las raíces del *burn out* por medio de la psicologización del mismo, pretende además "naturalizar" el problema desmarcándolo de sus determinaciones socio-políticas.

Trabajando con equipos de salud

Si se tiene claro cuál es el problema, es posible entonces definir estrategias para su abordaje en los casos en que se es consultado para realizar un trabajo de esclarecimiento con el equipo afectado.

La tarea de esclarecimiento se define con base en las siguientes características:

- Se trata de dilucidar las razones del malestar (*burn out*) en la relación del grupo de pares con su trabajo.

- Se trata de mostrar de qué modo - de manera no consciente - el grupo reproduce en su mecánica la estructura institucional aunque no lo desee.
- Se trata de dilucidar lo que corresponde efectivamente al campo del trabajo (eficiencia) de aquello que pertenece a las relaciones intersubjetivas (afectivo-familiares).
- Se trata de desmontar ciertas ilusiones producto de la conjunción del proyecto de la institución (su misión) con aquellas ilusiones grupales (de grandeza, de omnipotencia, etc.) construidas por el grupo de pares.
- Se trata de analizar la relación y la no relación entre el proyecto institucional manifiesto y los deseos de realización profesional y personal a través del trabajo, de los distintos especialistas que conforman el equipo.
- Se trata de ofrecer un marco de seguridad para que los integrantes de la institución puedan escribir juntos la novela institucional, historización de los momentos más importantes del devenir institucional marcado por los acontecimientos más significativos para los allí presentes. En todo caso, el rescate de la historia institucional y su proceso de institucionalización no puede ser soslayado ya que sobredeterminan el fenómeno de *burn out*.
- Se trata de cotejar las normativas producidas espontáneamente por el equipo para poder funcionar como tal, con las otras que provienen de las ordenanzas institucionales.

La propuesta comparte la idea de instalar un dispositivo de análisis en el que, a través de diversas herramientas grupales, se pueda realizar este trabajo básicamente psíquico, centrado en el pensar sobre el sufrimiento cotidiano del equipo de salud. Un espacio de análisis supone un compromiso del grupo que pasa por hablar (búsqueda de la simbolización) colectivamente del trabajo que realizan y de las vicisitudes que se presentan en su devenir. Supone darse un tiempo para pensar, para restituir el lugar del pensamiento perdido por el *burn out* y para sentir, tanto en la situación laboral como en el aquí y ahora del grupo.

Esclarecer es tornar claro, en la medida de lo posible, las diferentes determinaciones del efecto de *burn out*. Esclarecer es también y como ejemplo, discriminar aquello que es de la institución de aquello que es del equipo, o lo que corresponde a la supervisión de lo que tiene que ver con la psicoterapia personal. Esclarecer es construir equipo. Esclarecer es hacer posible, nuevamente, el pensamiento en el equipo. Esclarecer es despsicologizar.

NOTAS

(1) La noción de encargo denuncia un cierto "contrato" implícito, no consciente. Por tanto, hay que leerlo en las exigencias y en los "objetivos" que se deben cumplir.

(2) Según S. Freud, las normativas pueden tener dos orígenes: El primer origen dice acerca de una norma que es despóticamente impuesta por una autoridad a un grupo de súbditos. Contra esta norma se lucha. El segundo origen de la normativa tiene que ver con el acuerdo logrado por un grupo de pares, y en tanto la norma es "aprobada" por consenso, es internalizada y respetada como tal (ver S.Freud (1913) *Totem y Tabú*, Amorrortu, B.A., 1976)

(3) Por creatividad entendemos un movimiento inconsciente que se produce en los grupos, de reflexión y de "asociación en cadena", que supone el arribo a nuevos cruces, nuevas soluciones y nuevos enfoques para los viejos problemas. Tiene que ver con probabilidades combinatorias de ciertos elementos de análisis. Sus "resultados" suponen un movimiento nuevo del grupo, una forma diferente a la tradicional de resolver el problema.

Referencias

- Bleger, J. (1966) *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Castoriadis, C. (1983) *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets
- Foucault, M. (1976) *Vigilar y castigar*. México, D.F.:S. XXI.
- Guattari, F. (1976) *Psicoanálisis y transversalidad*, S. XXI, México, D.F.
- Lapassade, G. (1977) *Grupos, organizaciones e instituciones*. Barcelona: Granica.
- Lourau, R. (1975) *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mendel, G. (1974) *Sociopsicoanálisis 1 y 2*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mendel, G. (1993) *La sociedad no es una familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Pichón-Rivière, E. (1971) *Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Galerna.

LA RETROALIMENTACION BIOLÓGICA: UNA REFLEXIÓN SOBRE SU USO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

[Lic.Yalilis Castellero Amador](#)

[MsC. Marilín Pérez Lazo de la Vega](#)

Servicio de Psicología
Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas

La Habana - Cuba

Introducción

"La biorretroalimentación representa el más técnico de los métodos conductuales accesibles para el manejo de los síntomas somáticos" (Schwartz & Associates, 1995 citado por Bakal D., 1999)

Aunque es a partir de 1969 que se institucionaliza la biorretroalimentación con el surgimiento de la *Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback* en California, Estados Unidos, pudiéramos decir que las formas simples de biorretroalimentación surgen con el hombre mismo, cuando mira sus manos y observa cómo pueden moverse sus dedos, cuando percibe su figura reflejada en un charco de agua o cuando más tarde puede contemplarse en un espejo.

La biorretroalimentación clínica sigue los mismos principios, sólo que se apoya en equipos especializados para monitorear los procesos fisiológicos, lo que ha resultado muy provechoso para el tratamiento de un importante número de patologías.

También el interés por integrar la mente y el cuerpo es muy antiguo y se relaciona con dos conceptos que compiten: el dualismo y el holismo. El más ampliamente reconocido representante del dualismo es el filósofo Rene Descartes, quien en 1637 propuso la separación de la mente pensante del cuerpo; consistente con esta perspectiva es el concepto de psicogénesis, pues si la mente y el cuerpo están separados, los procesos psicológicos (una causa externa) pueden causar (en lugar de ser parte de) las enfermedades médicas. El concepto de holismo, del griego *holos o todo*, fue propuesto por Platón, Aristóteles e Hipócrates en la antigua Grecia, quienes postulaban que la mente y el cuerpo eran inseparables, por lo que el estudio de una enfermedad médica debía tener en cuenta a la persona en su totalidad más que la parte enferma (Bakal D., 1999; Drossman D.A., Creed F.H, Olden K.W., Svelund J., Toner B.B., Withehead W.E., 2000). La integración mente-cuerpo es un principio básico de la biorretroalimentación, donde los cambios

producidos en la mente repercuten en el cuerpo y viceversa, e incluso, dentro de los mismos sistemas fisiológicos, se defiende la totalidad del ser humano.

Cuando nos enfrentamos a alguna situación evaluada como amenazante, nuestro cuerpo se prepara automáticamente para responder, aumenta la frecuencia cardiaca, la tensión muscular, la respiración se vuelve más superficial, comenzamos a sudar, etc. Sin embargo, este patrón que provee al ser humano de la respuesta necesaria para la autoprotección en un medioambiente complejo y cambiante, puede ser también la causa de muchos trastornos relacionados con el estrés.

Luego de cada período de tensión, debemos regresar a nuestro nivel original de relajación; sin embargo, mientras avanzamos en nuestro ciclo vital, vamos estableciendo un patrón, por algunos llamado "peldaño-escalera" (Wall S., 1997); nos adaptamos a niveles de actividad fisiológica cada vez más incrementados, es decir, perdemos familiaridad con los profundos niveles de relajación y utilizamos los más altos niveles de tensión fisiológica como norma, lo que sin dudas tiene un efecto de desgaste sobre el organismo y produce condiciones como la hipertensión arterial, la cefalea, los problemas digestivos, entre otros.

Fisiológicamente, esta habituación ocurre en el nivel del Sistema Nervioso Autónomo y la persona generalmente no está consciente de ella. Si logramos el *insight* y la modificación de estas respuestas, lograremos disminuir el discomfort y mejorar en sentido general la calidad de vida. En este sentido la biorretroalimentación ha resultado particularmente útil.

¿Qué es la biorretroalimentación?

Este término surge a finales de 1969 para describir procedimientos de Laboratorio (ya desarrollados desde la década de los 40) que tenían como finalidad entrenar a sujetos para modificar la actividad cerebral, la tensión arterial, la tensión de los músculos y otros procesos del organismo hasta ese entonces no controlados de manera voluntaria.

Semánticamente la palabra **BIORRETROALIMENTACION** significa **bios**: expresión de vida o modo de vida y **retroalimentación**: el retorno de información, es decir, que es el proceso de devolver información al individuo sobre algunas funciones particulares de su cuerpo.

Muchos autores tratan de definirla con mayor precisión; desde nuestro punto de vista, Schwartz M. (1995, citado por la AAPB) nos ofrece uno de los conceptos más completos: "la retroalimentación biológica se refiere a un grupo de procedimientos terapéuticos que utilizan instrumentos electrónicos o electromecánicos para una medición precisa, que ofrezca a las personas información acerca de su actividad neuromuscular y autonómica, ya sea normal o no, en forma de señales de reforzamiento de diferentes tipos con el objetivo de aumentar los conocimientos, el grado de conciencia y de control voluntario sobre sus procesos fisiológicos, controlando primero las señales externas y luego las entradas fisiológicas internas."

El biofeedback o biorretroalimentación, trasciende el marco del alivio de la sintomatología y, más que un tratamiento, **es considerado un proceso educacional** basado en tres presupuestos básicos:

1. *La preprogramación* que consiste en orientar e informar al individuo con relación a lo que se va a hacer, cómo lograrlo, las metas diarias que se establecerán, y la lectura de los instrumentos, pues en la biorretroalimentación el individuo asume un rol activo y es este rol una importante garantía para el éxito. La habilidad y la

motivación para asumir esta filosofía de trabajo determinarán en parte el número de sesiones. Planteamos que sólo en parte porque es necesario tener en cuenta, además, el tiempo de existencia de la condición fisiológica, o sea, su nivel de reforzamiento.

2. El Entrenamiento, que constituye la propia naturaleza de la biorretroalimentación. Pretende discontinuar un tipo de actividad o estimular una deseable. Se aprende a reconocer las respuestas fisiológicas y a alterarlas a través de la práctica, con marcado énfasis en la responsabilidad que los individuos tienen sobre su bienestar.

3. *El reforzamiento*, pues además de la sensación subjetiva de bienestar, la persona tiene información de los resultados que va alcanzando, lo que constituye un reforzador. Por otra parte, se gana control sobre el propio cuerpo y se desarrollan patrones de vida más saludables, que permiten un mejor funcionamiento en la vida cotidiana y, a su vez, contribuyen al reforzamiento.

Un poco de historia

La evolución y el desarrollo de la biorretroalimentación se han enmarcado en dos fases históricas claramente pautadas: La década del 60, que se corresponde con la primera etapa de desarrollo de la retroalimentación biológica y se caracteriza por la investigación básica, metodológicamente centrada en las técnicas de condicionamiento operante (estudio de algunos procesos viscerales y glandulares mediante refuerzos) y en el estudio de los estados de conciencia (discriminación de ondas cerebrales y su asociación con estados subjetivos); y la segunda etapa de desarrollo que se inicia con la Fundación de la Sociedad de Investigadores en Biorretroalimentación (*Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback*) en el 1969. Se trata de dar respuesta a las incógnitas de la primera fase y cobran gran importancia el enfoque terapéutico y las aplicaciones clínicas; evoluciona sensiblemente en el nivel institucional y se convierte en una entidad madura con principios propios.

Sin embargo, resulta imposible negar la influencia que un grupo de conceptualizaciones, trabajos investigativos y publicaciones, tuvieron para el estudio y control de las funciones autonómicas. Los trabajos de Pavlov sobre los reflejos condicionados; los estudios de Edmundo Jacobson, quien desarrolla la relajación progresiva partiendo de la relación de la tensión muscular con la presión sanguínea y de la relajación muscular con la disminución del ritmo cardíaco; la técnica de relajación autógena de Schultz y los trabajos de Benson de la Meditación Trascendental asociada con cambios electroencefalográficos u otras modificaciones biológicas. Hoy día, muchas de las modalidades de biorretroalimentación se utilizan de manera combinada con algunas de estas técnicas.

Aplicaciones de la biorretroalimentación

Como señalábamos en la primera parte de nuestro trabajo, nuestro organismo se prepara para enfrentar las demandas del medio ambiente y estas respuestas son coherentes con parámetros fisiológicos medibles, por ejemplo, hay un aumento de la tensión muscular que produce vasoconstricción y un flujo sanguíneo disminuido, especialmente en las zonas distales del cuerpo como son las manos y los pies, de ahí la frialdad en dichas zonas cuando estamos nerviosos; información sobre estas modificaciones nos ofrecen la pletismografía, la electromiografía y la temperatura. El corazón late más fuertemente, lo que significa un aumento de la frecuencia cardíaca. La respiración se vuelve entrecortada y superficial, lo que significa un aumento del número de respiraciones por minuto. Por su parte, también las

glándulas sudoríparas como respuesta a estímulos emocionales, secretan una solución salada que favorece la conducción eléctrica por la piel, lo que podemos detectar a través de la respuesta galvánica.

En algunos casos también es utilizado el neurofeedback, que se apoya en el uso del EEG pues las ondas cerebrales se asocian con estados específicos; por ejemplo, las ondas alpha son útiles en situaciones donde la vigilancia está relajada y las ondas theta favorecen la creatividad y la generación de imágenes durante la ensoñación mientras las ondas beta y gamma caracterizan nuestro estado de vigilia y muchas veces acompañan la tensión innecesaria. Cuando las personas logran familiarizarse con cada onda cerebral y los estados que le acompañan, podrán reconocerlas y modificarlas en función de metas, entre ellas lograr la relajación.

La elección de una u otra modalidad depende de las quejas y síntomas referidos por el paciente (que sugieren uno o más sistemas fisiológicos), de los resultados de la primera evaluación o línea base y de la habilidad del individuo para controlar sistemas psicofisiológicos específicos.

Se plantea que resulta altamente ventajoso (Wall, S., 1997) para el individuo recibir retroalimentación en varias modalidades al mismo tiempo aún cuando se haya seleccionado una en particular como meta fisiológica. Las ventajas del entrenamiento multimodal se atribuyen a la complejidad y al carácter holístico del ser humano, donde varios sistemas están interactuando de modo constante en un esfuerzo por alcanzar la homeostasis; se señala además que este enfoque le permite desarrollar una mejor comprensión de las interrelaciones que apoyan su condición psicofisiológica usual, ofreciéndole mayores opciones en términos de habilidades de autorregulación.

Reportes de la *Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback* en el 1998 señalan:

- Su efectividad en el tratamiento de la migraña y la cefalea tensional.
- La biorretroalimentación como tratamiento primario para la incontinencia urinaria
- Más de 700 grupos mundiales utilizan neurofeedback para el tratamiento de los trastornos atencionales con una mejoría del 70 al 80 %.
- En más del 90 % de los niños menores de 12 años de edad con trastornos del sueño, una rápida mejoría en los dos primeros meses de tratamiento.

Otras aplicaciones clínicas:

- Trastornos de ansiedad y pánico.
- Dificultades en la concentración.
- Se encuentra dentro de las técnicas para el manejo del estrés.
- Síndromes de dolor crónico.
- Hipertensión arterial.
- Síndrome de la articulación temporo-mandibular

- Bruxismo.
- Incontinencia urinaria y fecal.
- Fibromialgia
- Epilepsia.
- Arritmias cardíacas.
- Trastornos neuromusculares.
- Afecciones reumáticas

Existen reportes del uso de la biorretroalimentación en Psicoterapia, Thomsom (1983) señala la investigación de Marjorie y Hershel Toomin en 1975 como pionera en este campo. En la misma se expone la respuesta galvánica de la piel como orientador del contenido relevante de la terapia; una elevación brusca del nivel de resistencia de la piel indicaba material emocionalmente significativo, mientras su disminución resultaba indicador de contenidos reprimidos cercanos a la conciencia.

A éste le siguieron nuevos estudios donde:

La biorretroalimentación constituía el tratamiento principal y la psicoterapia surgía como necesidad ante áreas problemas: depresión enmascarada, recuerdos de traumas físicos, modificación del estilo de vida, reestructuración cognitiva, baja autoestima.

La Psicoterapia era el tratamiento básico y se apoyaba en la relajación con biorretroalimentación para incrementar la efectividad de la misma. Muy útil en las terapias de modificación del comportamiento y en las que utilizan imágenes visuales, estados de ansiedad, desórdenes psicósomáticos y relacionados con el estrés.

La biorretroalimentación se usaba para controlar y guiar el proceso psicoterapéutico. Las mediciones psicofisiológicas le permiten al terapeuta realizar interpretaciones de la información que proporciona el paciente e identificar áreas de conflicto en una entrevista.

La biorretroalimentación tenía como fin fundamental el crecimiento personal, la autorregulación o el logro de metas de desarrollo, lo que se vincula con el aprendizaje de habilidades para el manejo de situaciones de la vida cotidiana, por ejemplo, aprender a controlar la temperatura o los niveles de tensión muscular para el control de la cefalea o a disminuir la ansiedad en las situaciones de examen.

Consideraciones finales: Implicaciones para la Psicología

El desarrollo que la Psicología Clínica ha alcanzado en las últimas décadas se asocia con la sensible ampliación de su campo de acción, del individuo enfermo hasta el *individuo sano*, desde la salud mental hasta todo el *proceso salud-enfermedad*, desde el restablecimiento de la salud hasta la *optimización del potencial humano*. (Roca, 2000)

Ante esta situación, es nuestra responsabilidad como profesionales hacer uso de aquellas técnicas que permitan, más allá de la cura, el logro de una mayor calidad de vida sin necesidad de invadir el campo de acción de otras disciplinas afines.

La biorretroalimentación, desde nuestro punto de vista, comparte algunas de las ventajas de la intervención psicológica en general, pues su propósito esencial es la toma de conciencia acerca de las alteraciones fisiológicas que subyacen una respuesta o estado específico, lo que permite establecer metas claras para la modificación de estos patrones inadecuados. Brinda información cuantitativa sobre lo que ocurre dentro de nosotros, que se complementa con las experiencias psicológicas; estimula la autonomía y la confianza en el logro de nuevas metas; a la par que permite la aplicación de lo aprendido en la vida real, es decir, una generalización que optimice la interacción del individuo con su medio.

Su principal valor es educacional, es un proceso de aprendizaje donde condiciones psicofisiológicas mantenidas pueden ser modificadas por una educación y un entrenamiento a mediano o largo plazo. Además se aprende a volver a llevar los sistemas del cuerpo al equilibrio, luego de un elevado nivel de activación.

Parte de la responsabilidad del individuo con su propio bienestar con lo que, si bien no se excluye nuestra participación ética y responsable, enfatiza el rol activo de la persona para el éxito en el cambio.

Reconoce el carácter holístico de la persona y su unicidad e irrepetibilidad; cada persona tiene un *set* único de patrones psicofisiológicos que reflejan las varias acomodaciones a los diferentes estímulos realizadas a lo largo de su vida. Puede combinarse con otras técnicas como la relajación, la meditación, las de imaginación y la terapia cognitiva.

Por otra parte, es importante comentar que, a pesar de las ventajas que reporta su uso, resulta necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- En primer lugar, la seguridad de los instrumentos para que se ofrezca información correcta, de lo contrario, podemos proponernos metas inadecuadas y provocar frustración en la persona en entrenamiento.
- Resulta difícil su aplicación en individuos con bajo nivel educacional.
- No debe aplicarse en pacientes con patologías psiquiátricas, o déficits cognitivos.

Se han listado obstáculos que interfieren en el éxito del entrenamiento (Holroyd K.A., Holm J.E. & Penziem D.B., 1988 citado por Holroyd K.A. & Penziem D.B., 1993):

1. Actitudes y creencias del paciente.

- Los pacientes no creen poder cambiar las señales de la biorretroalimentación.
- Perciben la tarea como un desafío a alcanzar
- Están ansiosos en relación con su ejecución.

Técnicas que pueden maximizar la efectividad de la biorretroalimentación en estos casos:

- Alentarlo a adoptar una actitud de experimentador.
- Estimular a que mire con menor frecuencia el equipo de retroalimentación.
- Ayudar a reevaluar la situación y adoptar un enfoque más pasivo.
- Transmitir confianza sobre su capacidad para aprender la habilidad y permitirle la práctica sin la presencia del terapeuta, de modo que se minimice la ansiedad de ejecución.

2. Dificultades para adquirir la habilidad.

- No se producen cambios en los valores mostrados por el equipo.
- El cambio ocurre en la dirección contraria a la esperada.
- Poca variabilidad en el parámetro medido.

Técnicas que pueden utilizarse:

- Discutir la situación con el paciente y buscar nuevas técnicas alternativas.
- Alterar el umbral de manera que sea más fácil alcanzar la meta fisiológica.
- Sugerir al paciente que puede estar trabajando muy duro en alcanzar la meta o se recomienda un enfoque más pasivo.
- Considerar períodos de tratamiento más breves.
- Investigar los efectos fisiológicos potenciales de las medicaciones.

3. Problemas en mantener o generalizar las habilidades aprendidas a la vida cotidiana.

- Extrema variabilidad en el control de una sesión a la otra.
- Dificultades para reconocer de manera subjetiva las señales de biorretroalimentación como indicadores de éxito.

Técnicas que pueden utilizarse:

- Enfatizar la práctica en el hogar.

- Ayudar a identificar las señales subjetivas de éxito y demostrar la importancia de desarrollar las habilidades de autocontrol para el manejo del estrés.

Referencias

Bakal D., (1999) *Minding de body: clinical use of somatic awareness*, Guilford Press, Estados Unidos.

Drossman D.A., Creed F.H, Olden K.W., Svelund J., Toner B.B., Withehead W.E., (2000) Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. En: *The functional gastrointestinal disorders: Diagnosis, pathophysiology and tratment, a multinational consensus*, segunda edición, Degnon Associates.

Holroyd K.A. & Penziem D.B.(1993). *Self-management of recurrent headache*. Ohio University, Estados Unidos en Behavioural Science Learning Modules, Division of Mental Health, World Health Organization, 93.2F, Geneva, Switzerland.

Reporte de la Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback (1998) Colorado, Estados Unidos. Actualización de 1998 en www.aapb.org

Roca M.A., (2000) *Psicología Clínica: una visión general*, La Habana: editorial Félix Varela.

Thomson S., (1983). Los usos de la biorretroalimentación en Psicoterapia, Biofeedback Institute of Los Angeles, en *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 15 (1-2):47-61.

Wall S., (1997), *An overview of Biofeedback*. A publication from de Bio Research Institute, tomado de internet www.bioresearchinstitute.com en 1998.

Wall S., (1997), *Biointegration: advanced mind-body training and somatic conciousness*. A publication from de Bio Research Institute, tomado de internet www.bioresearchinstitute.com en 1998.

TRATAMIENTO DE LA CEFALEA TENSIONAL CON BIOFEEDBACK

MsC. Marilín Pérez Lazo de la Vega
Lic. Yalilis Castillero Amador

Introducción

La cefalea constituye uno de los principales motivos de consulta médica. Numerosos estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos en la década de los 90, reportan que la mayoría de las personas que sufren cefalea recurrente (95% ó más) no presentan anormalidad estructural identificable ni estado de enfermedad alguno.

Según la revisión del sistema de clasificación presentada por el Comité de Clasificación de cefaleas de la Sociedad Internacional de Cefaleas (1988, 1991), las tres categorías de la clasificación tradicional del *Ad Hoc* Comité on *Classification of Headache of the National Institute of Neurological Diseases and Blindness in 1962*, se reducen a dos categorías de orden superior: 1. Migrañas y 2. Cefalea tensional. Adicionándose otras categorías de clasificación, como por ejemplo, la cefalea asociada al abuso de sustancias y su síndrome de abstinencia (cefalea por abuso de analgésicos, cefalea por abstinencia de narcóticos) (Holroyd and Penzien, 1993).

La cefalea tensional se ha convertido, en la actualidad, en uno de los problemas médicos más frecuentemente reportados por los clínicos. Ésta ha sido descrita como pesadez o presión bilateral, usualmente localizada en la frente, cuello y regiones de los hombros; de ligera a moderada intensidad y con una duración que generalmente puede extenderse de 30 minutos a 7 días.

La utilización de intervenciones no farmacológicas en el tratamiento de esta patología ha demostrado ser efectiva, (Andrasik and Blanchard, 1987; Arena and cols., 1991; Blanchard, 1992); aunque su aplicación sólo es recomendada en pacientes donde no existen problemas médicos, patologías psiquiátricas, o comprometimiento de las funciones intelectuales.

Motivados por todo lo expresado, y a sabiendas de que la biorretroalimentación electromiográfica ha sido utilizada exitosamente en el tratamiento de esta patología (Mauskop, A., 2001; Arndorfer, R., and Allen, K., 2001), aunque no contamos con reportes en el nivel nacional, nos propusimos como objetivo del siguiente trabajo utilizar dicha técnica en el tratamiento de los pacientes que fueran diagnosticados con esta patología y comprobar si realmente resultaba efectiva.

Objetivos:

Objetivo General

- Disminuir la frecuencia e intensidad de la cefalea tensional.

Objetivos Específicos

- Disminuir los valores del registro electromiográfico en la región frontal.
- Disminuir la frecuencia de aparición de la cefalea tensional
- Disminuir la intensidad de la vivencia del dolor

Material y Método:

La muestra utilizada estuvo compuesta por 24 pacientes que fueron diagnosticados con cefalea tensional, por especialistas en Medicina Interna, desde octubre del 2001 a octubre del 2002 en el Hospital CIMEQ, y que cumplían con el siguiente criterio de inclusión:

- Participar de manera voluntaria y activa en este tratamiento
- No presentar causas orgánicas que justifiquen la presencia de la cefalea
- No presentar patologías psiquiátricas
- Sin alteraciones o deterioro en las funciones cognitivas.

Procedimientos:

Se realizaron entre 10 y 15 sesiones de tratamiento. En la sesión inicial, después de establecer un vínculo terapéutico, se realiza una evaluación de la vivencia subjetiva del dolor utilizando una escala analógica visual, se establece la línea base a través de la medición psicofisiológica y se orienta al paciente en el autorregistro de la frecuencia de la cefalea.

La escala analógica visual se aplicará al finalizar cada sesión. El paciente llenará diariamente el autorregistro durante el tratamiento.

Para establecer la línea base, registramos la actividad electromiográfica en los músculos frontales, para ello se colocarán los electrodos activos aproximadamente en el centro de la frente, en línea con la pupila de los ojos. El sensor de referencia se ubica entre los dos activos. La biorretroalimentación electromiográfica le permitirá al paciente observar de manera amplificada, a través de la pantalla del monitor, el grado de tensión muscular actual, lo cual se encuentra en estrecha relación con este tipo de cefalea. Utilizamos el equipo BioGraph V1.01 de Thought Technology.

A partir de la segunda sesión comenzamos el entrenamiento en relajación combinado con la medición psicofisiológica. Utilizamos la Técnica de Relajación Progresiva de Edmundo Jacobson, que dura aproximadamente 20 minutos. Al finalizar cada sesión, se realiza una discusión de los resultados.

En la tercera sesión se establecen las metas fisiológicas (valores electromiográficos a alcanzar durante el entrenamiento) que se asocian al aprendizaje de las técnicas de relajación y el autoconocimiento de las respuestas individuales.

Los valores óptimos referidos en la literatura para un músculo completamente relajado oscilan entre 0 y 2.5, y se considera un músculo tenso a partir de los 5

microvolts. Para nuestro estudio, establecimos como meta fisiológica, un rango entre 2 y 4 microvolts.

En las restantes sesiones se continúa con dicho entrenamiento y se persigue que el paciente generalice la respuesta de relajación a las situaciones cotidianas de la vida. Es importante que el paciente sea capaz de poner en práctica las habilidades aprendidas durante el tratamiento cuando se enfrente a situaciones que relaciona con el comienzo de la cefalea. La meta a alcanzar es lograr el autocontrol (tratar de lograr la respuesta psicofisiológica deseada, en este caso, disminuir la tensión de los músculos frontales) sin retroalimentación.

Cuando los pacientes logran controlar esta respuesta, se infiere que han logrado un aprendizaje de la técnica y que se ha podido generalizar. Otro método para comprobar si la generalización se ha logrado, es presentando un estresor pre y post tratamiento. Si hay una disminución del arousal en el post tratamiento, también se infiere que la generalización ha ocurrido.

En la última sesión se realiza un análisis del cumplimiento de las expectativas. Se discuten los resultados. Se aplica nuevamente la escala analógica visual para el dolor y se establece un plan de seguimiento.

Análisis y discusión de los resultados

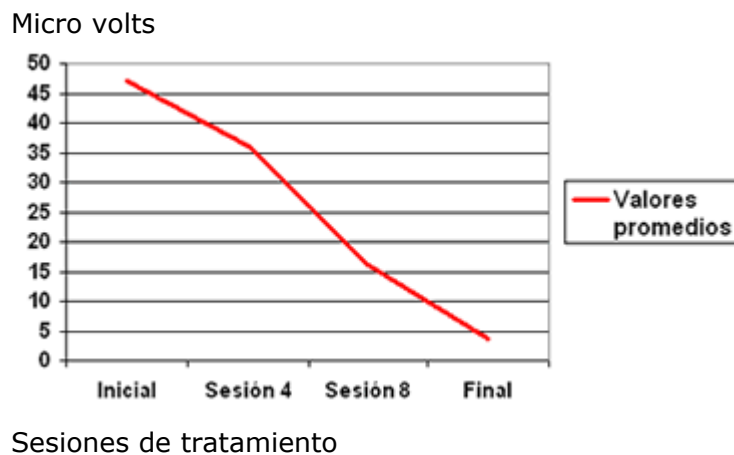
Se trataron 24 pacientes, cuyas edades estuvieron comprendidas entre 29 y 49 años. La media de la edad fue de 35.24 años. Predominó el sexo femenino (82%) y el nivel de escolaridad alto.

Los tratamientos conductuales han demostrado ser tan efectivos como los farmacológicos para el tratamiento de la cefalea tensional y, aunque en algunos casos la biorretroalimentación y la relajación se trabajan de manera independiente, en la mayoría de los estudios su uso combinado ha demostrado ser de gran utilidad (Blanchard, 1992).

La actividad muscular es medida a través de la electromiografía que detecta la actividad eléctrica de los músculos y, por tanto, nos permite conocer los niveles de estrés. Dicha actividad es medida en microvolts y la literatura acerca del tema señala niveles en el rango de 5-30 ó 40 microvolts como indicadores de tensión muscular no conscientes por el sujeto (relacionados con estrés) mientras que un músculo completamente relajado debe mostrar valores electromiográficos entre 0 y 2.5 microvolts (Stephen, 1997).

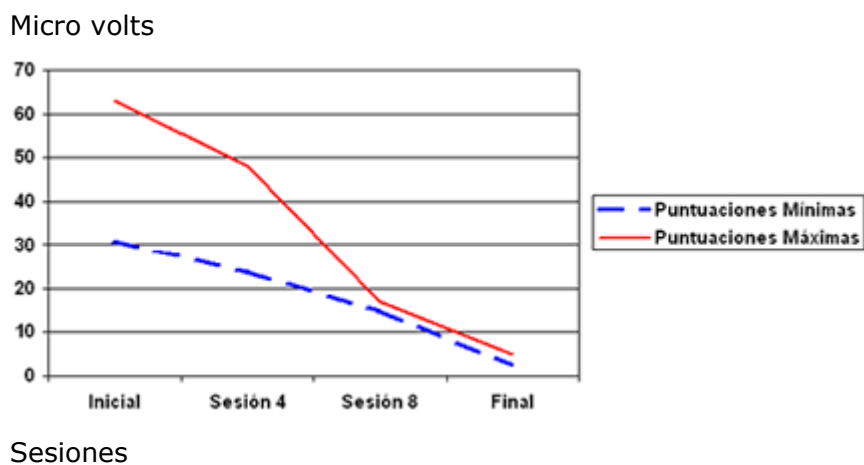
Partimos de que si la cefalea tensional es provocada por altos niveles de tensión mantenidos en algunos músculos, como por ejemplo los de la frente, el uso combinado de la biorretroalimentación con la relajación permitirá a los sujetos ser conscientes de su propio nivel de actividad muscular, aprender a disminuir los niveles de tensión y, por lo tanto, disminuirán la frecuencia e intensidad del dolor.

Para mostrar nuestros resultados, promediamos los valores electromiográficos de los 24 pacientes en la sesión inicial, dos sesiones intermedias y la sesión final, tal como aparece en la Gráfica No.1. Podemos observar que en las primeras sesiones se mantienen altos los valores en la electromiografía, lo que resulta coherente con lo que plantean algunas investigaciones sobre la periodicidad psicofisiológica que sugiere la práctica y reforzamiento de las conductas y respuestas problemáticas incluso en el nivel celular (Stephen, 1997). A partir de estas primeras sesiones comienza una sensible disminución de los valores estudiados, que en la sesión final se corresponden con la meta fisiológica propuesta (3.6 microvolts).



Gráfica 1 - Valores electromiográficos promedio durante el tratamiento.

Para explicitar los resultados referidos en el párrafo anterior, promediamos además los valores máximos y mínimos de las puntuaciones electromiográficas para la muestra estudiada, lo que puede apreciarse en la Gráfica No.2.



Gráfica 2 - Valores electromiográficos promedios de las puntuaciones máximas y mínimas alcanzadas durante el tratamiento.

El autorregistro diario de los pacientes fue utilizado para valorar la frecuencia de aparición de la cefalea tensional, es decir, los pacientes debían registrar el número de veces diario que percibían el dolor, lo que se discutía en la sesión semanal. En el gráfico No.3 ilustramos la frecuencia promedio de aparición del dolor en el grupo de pacientes tratados para las semanas inicial, intermedia, en la décima (que para

algunos era la última semana de tratamiento) y la semana final, para aquellos casos donde se realizaron más de 10 sesiones.

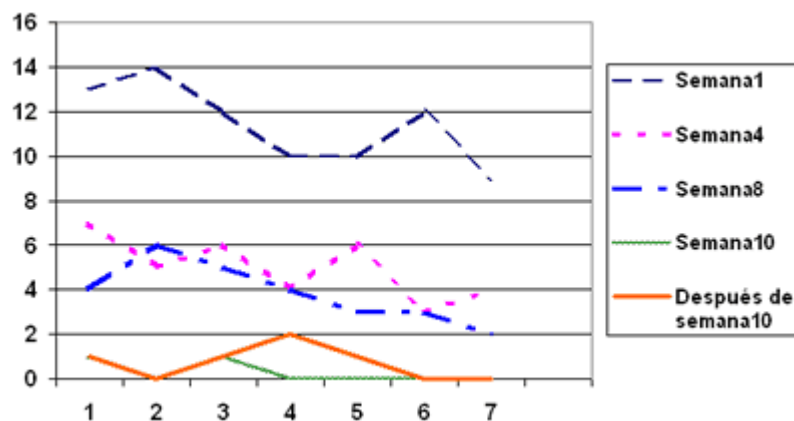
La frecuencia del dolor disminuyó en el 100% de los pacientes a medida que el tratamiento avanzaba. Es de destacar que con solo 4 semanas de tratamiento, la frecuencia del dolor había disminuido en un 50%. En la evaluación final, la percepción predominante es la ausencia de dolor, y en aquellos casos en que se reporta, sólo ocurre en 1 o 2 momentos al día. Esto demuestra que ocurre una brusca disminución del síntoma en comparación con los registros de la semana inicial, donde se constataron registros promedios de frecuencia de dolor que oscilaban entre 9 y 13 veces al día.

Con respecto a la vivencia de intensidad del dolor, como referimos en el acápite de material y método, utilizamos una escala analógico visual. La escala de 10cm aproximadamente abarcaba del 1 al 100; el extremo con el número 1 significaba que no existía dolor y el extremo con 100 la máxima intensidad. La ubicación en la escala del grupo estudiado, al finalizar cada sesión, fue promediada y se ilustra en el Gráfico No.4. Resulta clara la sensible disminución de la vivencia en relación con la intensidad del dolor, fundamentalmente a partir de la mitad de las sesiones de tratamiento, donde apenas se percibe dolor.

Si integramos los diferentes resultados podemos destacar que existe una marcada coherencia entre la disminución de la frecuencia de dolor, su intensidad y los valores electromiográficos obtenidos por el grupo en estudio, lo que resulta más evidente aún a partir de la cuarta sesión donde se supone que el sujeto ha adquirido habilidades para hacer una lectura de los valores electromiográficos en los músculos de la región frontal y para modificarlos en caso de que sean indicadores de tensión en dicha área.

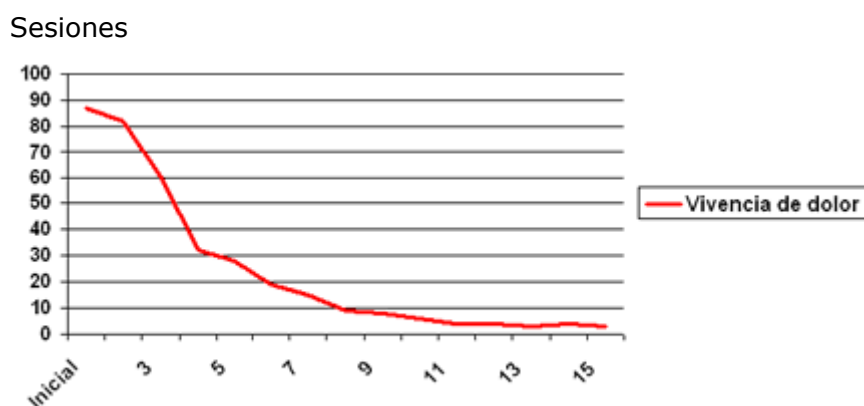
En la bibliografía revisada se observan contradicciones acerca del número de sesiones necesarias para lograr una mejoría estable de los parámetros fisiológicos; algunos autores utilizan 12 sesiones (Gautier J. And cols., 1994), otros 16 (Blanchard E.B. and cols., 1990) e incluso existen quienes consideran estos números como limitados, teniendo en cuenta que se van a modificar patrones que hasta entonces se han mantenido sistemáticamente, y llegan a realizar hasta 60 sesiones (Wall S.E., 1997). En nuestro caso, decidimos utilizar entre 10 y 15 sesiones y trazarnos un plan de seguimiento con evaluaciones periódicas en el que no nos detendremos por encontrarse aún en fase de realización.

No. de veces con dolor



Días de la semana

Gráfica 3 - Frecuencia de la cefalea tensional a través del autorregistro. Promedio por semana.
Valores de la Escala



Promedio por sesiones.

Gráfica 4 - Percepción de la intensidad dolor a través de la Escala Analógico Visual.

Conclusiones

- El uso combinado de la biorretroalimentación electromiográfica y la relajación, constituye un método exitoso en el tratamiento de la cefalea tensional.
- Ambas técnicas combinadas permiten: concientizar el nivel de actividad muscular; aprender a disminuir los niveles de tensión y, por lo tanto, disminuir la frecuencia e intensidad del dolor
- La frecuencia e intensidad de la cefalea tensional disminuyó en el 100% de los pacientes tratados.
- La disminución de los valores del registro electromiográfico en la región frontal son coincidentes con la disminución de la frecuencia de aparición y vivencia de dolor de la cefalea tensional.

Recomendaciones

- Realizar estudios comparativos entre grupos de pacientes, con diferentes alternativas de tratamiento, con el objetivo de discriminar la efectividad de estas técnicas.
- Continuar la realización de las evaluaciones periódicas y el plan de seguimiento programado, con el objetivo de observar la evolución de los pacientes.

Referencias

Arena, J.G; Hannah, S.L., Bruno, G.M., Meador, K.J. (1991). The electromiography biofeedback training for tension headache in the elderly: a prospective study. *Biofeedback and Self Regulation*. Volumen 16, Number: 4, pp. 379-90.

Arndorfer, R.E., Allen, K.D. (2001). Extending the efficacy of a thermal biofeedback treatment package to the management of tension-type headaches in children. *Headache*, Vol. 41, Number:2, pp. 183-92, February.

Andrasik, F. and Blanchard, E. B. (1987). Biofeedback Treatment of muscle contraction headache. In Hatch, J. P., Fisher, J.G., Rugh, J.D., (eds.) *Biofeedback: Studies in Clinical Efficacy*. NY: Pleum Press.

Blanchard, E.B. (1992) Psychological treatment of benign headache disorders. En *Journal of consulting and Clinical Psychology*, Vol.60, No.4, 537-551, 1992

Blanchard E.B.; Appelbaum, K.; Radnitz, C.; Morrill, B.; Michultka, D.; Kirsch C.; Guarnieri, P.; Hillhouse, J., Evans, D., Jaccard, J. (1990). A controlled evaluation of thermal biofeedback and thermal biofeedback combined with cognitive therapy in the treatment of vascular headache. *Journal of Consulting and clinical psychology*. Vol. 58. No. 2, 216-224.

Gautier J., Cote G., French D. (1994). The role of home practice in the thermal biofeedback treatment of migraine headache. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*. Vol.62, No.1, 180-184.

Holroyd K. A. and Penzien D. B. (1993). Self-Management of recurrent headache. *Behavioral science learning modules*, World Health Organization.

Mauskop, A. (2001) Alternative therapies in headache. Is there a role?. *Medical Clinics of North America*, july 2001.

Wall, Stephen E. (1997) *BioIntegration: Advanced Mind-Body Training and Somatic Consciousnes*, Bioresearch Institute.

III. ENFERMEDADES CRÓNICAS

SENTIDO DE COHERENCIA, AFRONTAMIENTO Y SOBRECARGA EN CUIDADORES FAMILIARES DE ANCIANOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA

[Mariela Dejo Vásquez](#)

Dra. En Psicología, miembro correspondiente de FLACEIS
Dpto. de Psicología del Colegio La recoleta
Investigadora

[Roberto Llanos Zuloaga](#)

Dr. en Medicina, Master en Bioética, Vocal de FLACEIS
Clínica Universitaria Ricardo Palma
Co-Investigador

Lima - Perú

La investigación tuvo como objetivo evaluar la relación entre sentido de coherencia, estrategias de afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con demencia senil y otras enfermedades crónicas; el instrumento utilizado, previa autorización del autor, fue el cuestionario *Family coping study* creado por Franz Baro MD. PhD.

La muestra estuvo compuesta por un total de 74 cuidadores familiares peruanos de ancianos con Demencia (nº=44) y No Demencia (nº=30).

Se realizó la confiabilidad de las escalas mediante la prueba de consistencia Alpha de Cronbach y el item-test, obteniendo alta confiabilidad. Se determinó la media y desviación estándar de las variables estudiadas, así como el análisis de correlación de Pearson.

El problema central de esta investigación fue establecer si existe relación entre el sentido de coherencia del cuidador familiar y la sobrecarga y el afrontamiento de situaciones estresantes como es el cuidar a un anciano con enfermedad crónica. Se encontró que las variables "sentido de coherencia" y "sobrecarga" guardan una relación altamente significativa en forma inversa ($p < .01$)

En términos de salud pública, la prevención de reacciones adversas de naturaleza física y mental, resultantes del estrés causado por los acontecimientos de la vida, representa un paso importante en la humanización y calidad de vida.

En los últimos años, se han podido evidenciar cambios en el panorama demográfico. La gente vive más; mientras más viven, mayor es el riesgo de adquisición de enfermedades crónicas, que destruye la habilidad para cuidarse a sí mismos. También está claro que, así como la necesidad de cuidado aumenta,

también aumentan sus costos: humano, financiero y de otros tipos. La mayoría de los familiares desea cuidar a su pariente, sin embargo, hay una serie de factores sociales que dificultan la tarea de cuidar a los ancianos con enfermedad crónica.

Los cuidadores familiares con frecuencia se olvidan de identificar y cumplir con sus propias necesidades, viéndose afectada su vida social, su salud mental y sus hábitos de la vida cotidiana. Sin embargo, para mantener sus propias capacidades físicas y mentales para concentrarse en la tarea de cuidar, deben de cuidarse a sí mismos y utilizar adecuadas estrategias de afrontamiento, ya que de ello dependen tanto el bienestar del cuidador como de la persona cuidada.

El concepto "sentido de coherencia" (SOC) que está basado en una orientación salutogénica, ha sido utilizado para el ámbito de la promoción de la salud (Who, 1997). Para A. Antonovsky, el Sentido de Coherencia es una capacidad y una orientación global que define la capacidad con la cual un individuo, con un persistente y dinámico sentimiento de confianza, encara los estímulos emanados de los medios internos o externos de una existencia como estructurados, predictivos y explicables (capacidad de comprensión); que el individuo tiene a su alcance recursos para satisfacer las exigencias colocadas por esos estímulos para satisfacer las exigencias colocadas por los mismos - (capacidad de gestión); y que esas exigencias son desafíos, capaces de catalizar el empeño del individuo - (capacidad de significado).

Por otro lado, constituye una propuesta innovadora en el campo de la identificación y especificación de las características del individuo que facilita una estrategia que se adapta a la resolución de problemas y gestión de estrés de la vida, desempeñando una acción promotora de la salud mental y de la calidad de vida.

En la orientación salutogénica se plantea que la naturaleza humana está caracterizada por la omnipresencia de estresores. El estrés del cuidador se entiende como consecuencia de un proceso que comprende un número de condiciones interrelacionadas, incluyendo características socioeconómicas, recursos de los cuidadores y estresores primarios y secundarios a los que están expuestos.

Los estresores son la base del proceso de estrés en el cual, el cuidado ha de estar involucrado. Los primarios se entienden como conductores del proceso que se sigue, derivan directamente de las necesidades del paciente, y la naturaleza y magnitud del cuidado demandado por estas necesidades. Se conciben las demandas de dar cuidados como facilitadoras de los estresores primarios que pueden derivar en otros problemas a los que se les conoce como secundarios.

Dos indicadores adicionales de estresores primarios enlazan las condiciones del paciente y las privaciones experimentadas subjetivamente por los cuidadores. Uno de estos es la sobrecarga que sienten los cuidadores y el otro la privación relacional; la enfermedad de Alzheimer y otras demencias tienen un efecto transformador en el paciente, conduciendo a la reestructuración de la relación entre cuidador y paciente y anulando la reciprocidad

Los estresores primarios a lo largo del tiempo, son duraderos y se intensifican; estas condiciones conducen a otros estresores, los que se denominan secundarios, de los cuales se diferencian dos tipos; tensiones de rol: familia (se encuentra en roles y actividades fuera de la situación de dar cuidados) y tensiones intrapsíquicas: autoconcepto.

El afrontamiento, y el soporte social son generalmente entendidos como mediadores principales. Pearlin y Schooler (1978), refieren que el afrontamiento

representa las respuestas a los estresores a fin de disminuir sus negativas consecuencias. El afrontamiento y los estresores mantienen una relación recíproca, debido a que los estresores ponen en marcha el afrontamiento ante una situación determinada, a la vez que los esfuerzos efectivos de manejo de situaciones estresantes puede hacer que disminuya la frecuencia con que estas situaciones no deseadas aparezcan.

El hacer frente representa conductas y prácticas de los individuos en respuesta a problemas de la vida, con tres posibles funciones:

- a. manejar la situación donde aumenta el estrés;
- b. manejar el significado de la situación en la que la amenaza disminuye y;
- c. manejar los síntomas del estrés que resultan de la situación.

El presente trabajo se enmarca en la investigación transcultural sobre sentido de coherencia y afrontamiento en cuidadores familiares de enfermos crónicos. Se propuso analizar los datos obtenidos por la muestra peruana, concretamente se abordan los siguientes problemas:

- Establecer la confiabilidad del instrumento utilizado.
- Establecer si existe relación entre el sentido de coherencia del cuidador familiar y la sobrecarga y el afrontamiento de situaciones estresantes como es el cuidar a un anciano con enfermedad crónica.
- Establecer si se presentan o no diferencias en lo referente al sentido de coherencia, sobrecarga y afrontamiento, entre los cuidadores de ancianos con demencia senil y no demencia senil.
- Identificar las áreas en que se manifiestan mayores o menores estresores.

Método

1. Participantes

La muestra estuvo compuesta por 74 cuidadores principales de familiares ancianos con Demencia (n=44) y No Demencia (N=30), varones y mujeres, peruanos.

2. Material

Se utilizó el cuestionario "Estudio de las estrategias de afrontamiento de la familia", Franz BaroMD, PhD (Bélgica, 1996). De administración individual a través de una entrevista. La duración es de 2 a 3 horas. Contiene las siguientes variables: Sentido de coherencia (SOC). Sobrecarga. Invalidez del paciente: (ADL). Estrategias de afrontamiento: Manejo del significado, manejo de la situación y manejo de los síntomas de estrés. Medidas de Estrés y Afrontamiento. Pérdidas: Pérdida de intercambio íntimo. Ganancia. Estado cognitivo del paciente. Conducta problemática del paciente. Tensión intrapsíquica/autoconcepto del cuidador: Competencia del cuidador, cautividad del rol, pérdida de ego. Medidas de soporte social y conflicto familiar: Problemas de gravedad y seguridad del paciente, actitudes y acciones hacia el paciente, actitudes y acciones hacia el cuidador. Apoyo expresivo de los amigos y la familia. Se trabajó la confiabilidad del Cuestionario en Lima a través de la presente investigación, utilizando la consistencia interna Alpha de Cronbach y el análisis ítem-test

3. Procedimiento

El presente estudio se llevó a cabo de la siguiente manera: La traducción del cuestionario "Family coping study" al castellano, se realizó utilizando el método "Back translation". Asimismo, se hicieron los cambios pertinentes a los ítems sensibles culturalmente (servicios), y finalmente se procedió a realizar la consistencia interna a través del Alpha de Cronbach y el análisis ítem - test, los resultados evidenciaron altos niveles de confiabilidad del Cuestionario. Las entrevistas fueron realizadas en un período de once meses, concluyéndose en diciembre del 2002. Se llevaron a cabo por la psicóloga responsable de la investigación e internas de psicología previamente capacitadas, en total se realizaron 74 entrevistas, con una duración de 2 a 3 horas por entrevista.

Resultados

1. Confiabilidad

Se determinó la confiabilidad de las escalas del cuestionario obteniendo una alta consistencia interna. Se han encontrado los siguientes valores de Alpha de Cronbach: Sentido de coherencia (Alpha = .89), sobrecarga (Alpha = .65), Invalidez del paciente (Alpha = .92), estrategias de afrontamiento: manejo del significado (Alpha = .76), tensión intrapsíquica/autoconcepto: competencia del cuidador (Alpha = .65), cautividad del rol (Alpha = .75), pérdida de ego (Alpha = .73); pérdidas: pérdida de intercambio íntimo (Alpha = .82), pérdida de metas y actividades (Alpha = .59) se determinó eliminarla del estudio; ganancia personal (Alpha = .70); soportes familiares y conflicto de medidas sociales: problema de gravedad y seguridad del paciente (Alpha = .66), actitudes y acciones hacia el paciente (Alpha = .89), actitudes y acciones hacia el cuidador (Alpha = .75); soporte: apoyo expresivo de los amigos y la familia (Alpha = .77); estado cognoscitivo (Alpha = .86); conducta problemática del paciente (Alpha = .85).

2. Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica.

En cuanto a las características de los cuidadores, predominan cuidadores de género femenino (73%), en su mayor parte el parentesco es de hijos (48.6%), seguido de esposos(as) (29.7%), con una edad media de 53 años. El mayor porcentaje de cuidadores es ama de casa (41.9%), y presta asistencia total al paciente (73%).

En la Tabla nº1 se reportan las medias y desviación estándar de los grupos de variables conductuales y psicosociales como son sentido de coherencia, invalidez del paciente, sobrecarga, manejo de la situación, manejo del significado, manejo del distrés, de los grupos de Demencia y No Demencia.

Tabla 1 - Comparacion entre grupos de variables conductuales y psicosociales

ESCALAS	DEMENCIA		NO DEMENCIA	
	Media	DS	Media	DS
SENTIDO DE COHERENCIA (SOC)	139.18	26.34	145.73	23.70

ADL	35.50	8.97	33.47	9.94
SOBRECARGA	9.55	2.19	10.70	2.65
MANEJO DEL SIGNIFICADO	30.48	5.31	32.03	4.15
MANEJO DE LA SITUACIÓN				
Dirigir comportamiento	2.48	1.05	2.60	0.72
Hacer solo lo necesario	2.12	0.96	1.80	0.71
Mantener ocupado al paciente	2.14	1.15	2.20	1.00
Aprender sobre la enfermedad	2.82	1.15	3.10	0.96
MANEJO DEL DISTRESS				
Salir solo a la calle	2.68	0.83	2.37	0.61
Comer	2.57	1.04	2.53	1.17
Fumar	1.86	1.09	1.50	0.86
Hacer ejercicios	1.86	1.00	1.80	0.81
Ver televisión	2.73	0.97	2.47	0.78
Leer	2.61	1.02	2.53	0.97
Tomar calmantes	1.42	0.79	1.50	0.68
Tomar alcohol	1.25	0.58	1.10	0.31

Puede observarse que, comparando Sentido de coherencia, Invalidez del paciente, sobrecarga y manejo del significado, encontramos resultados homogéneos, tanto en el grupo de Demencia como en el de No Demencia, estadísticamente la diferencia de los promedios no difiere significativamente. Analizando los ítems, tanto de manejo de la situación como del manejo del distress, también se ha encontrado que no hay diferencias significativas en los promedios, lo que indicaría que dichas características son similares en ambos grupos.

En la Tabla n°2 se presenta la correlación de Pearson de sentido de coherencia con invalidez del paciente, sobrecarga y estrategias de afrontamiento, del grupo total y los subgrupos: Demencia y No Demencia.

Tabla 2 - Correlacion de pearson del sentido de coherencia con invalidez del paciente, sobrecarga y estrategias de afrontamiento del total y los subgrupos.

	GRUPOS	
--	---------------	--

SENTIDO DE COHERENCIA CON:	DEMENCIA		NO DEMENCIA		TOTAL	
ESCALAS						
INVALIDEZ DEL PACIENTE	-0.02		-	0.07	-	0.05
SOBRECARGA	-0.59	**	-	0.15	-	0.35 **
MANEJO DEL SIGNIFICADO	0.33	*	-	0.49 **	-	0.39 ***
MANEJO DE LA SITUACIÓN						
Dirigir comportamiento	-0.16		-	0.44 *	-	0.23 *
Hacer solo lo necesario	-0.20		-	0.18	-	0.21
Mantener ocupado al paciente	0.19		-	0.39 *	-	0.26 *
Aprender sobre la enfermedad	0.26		-	0.23	-	0.26 *
MANEJO DEL DISTRESS:						
Salir solo a la calle	0.008		-	0.04	-	0.03
Comer	-0.30	*	-	0.36 *	-	0.32 **
Fumar	-0.18		-	0.19	-	0.20
Hacer ejercicios	0.52	***	-	0.42 *	-	0.47 ***
Ver televisión	0.10		-	0.06	-	0.07
Leer	0.34	*	-	0.29	-	0.32 **
Tomar calmantes	-0.54	***	-	0.28	-	0.43 ***
Tomar alcohol	0.09		-	0.11	-	0.02
*p<0,05						

**p<0,01						
***p<0,001						

Se ha encontrado que existe una relación altamente significativa entre sentido de coherencia y sobrecarga en forma inversa, tanto en el grupo de Demencia (-0.59**) como en el grupo total (-0.35**). Por lo tanto, hay un efecto protector del sentido de coherencia en cuidadores de pacientes con demencia, que nos lleva a especular en la existencia de un "efecto umbral" del sentido de coherencia en la protección contra sobrecarga del papel de cuidar a pacientes con pérdida cognitiva. En otras palabras, el sentido de coherencia es más protector en situaciones de mayor enfermedad.

Con respecto a sentido de coherencia y la estrategia de afrontamiento: manejo de significado, encontramos una relación altamente significativa (0.39***) en el grupo general de enfermos crónicos.

En lo que respecta a la relación entre sentido de coherencia y la estrategia de afrontamiento: manejo de la situación, en el grupo total y el grupo de No Demencia, existe una relación inversa significativa con el ítem "dirigir comportamiento" (-0.23* y -0.44* respectivamente; y una relación positiva en el grupo de No Demencia con el ítem "mantener ocupado al paciente" (0.26*); y una relación positiva en el grupo total con el ítem "aprender sobre la enfermedad" (0.26*).

En cuanto a la relación entre sentido de coherencia y la estrategia de afrontamiento: manejo del distress, se encontró una relación inversamente significativa en el grupo total con los ítems "Comer" (-0.32**) y "tomar calmantes" (-0.43**); así como una relación positiva con los ítems "hacer ejercicios" (0.47***) y "leer" (0.32**).

En la Tabla nº3 se presenta la correlación de Pearson de la sobrecarga con sentido de coherencia, invalidez del paciente y estrategias de afrontamiento del grupo total y los subgrupos: Demencia y No Demencia.

Tabla 3 - Correlación de pearson de la sobrecarga con el sentido de coherencia, invalidez del paciente y estrategias de afrontamiento del total y los subgrupos

SOBRECARGA CON	GRUPOS		
	DEMENCIA	NO DEMENCIA	TOTAL
ESCALAS			
SENTIDO DE COHERENCIA SOC	-0.59 **	-0.15	0.35 **
INVALIDEZ DEL PACIENTE	0.18	-0.05	0.04
MANEJO DEL SIGNIFICADO	0.18	-0.26	0.16

MANEJO DE LA SITUACIÓN:						
Dirigir comportamiento	0.10		0.20		0.14	
Hacer solo lo necesario	0.22		-0.09		0.05	
Mantener ocupado al paciente	0.01		0.10		0.05	
Aprender sobre la enfermedad	0.03		0.08		0.06	
MANEJO DEL DISTRESS						
Salir solo a la calle	- 0.10		0.05		- 0.08	
Comer	- 0.07		0.04		- 0.02	
Fumar	0.38 *		-0.23		0.09	
Hacer ejercicios	- 0.34 *		-0.23		- 0.29 *	
Ver televisión	0.02		0.12		0.02	
Leer	- 0.27		0.06		- 0.13	
Tomar calmantes	0.47 **		0.05		0.29 *	
Tomar alcohol	- 0.13		0.08		- 0.09	
*p<0,05						
**p<0,01						
***p<0,001						

En lo que respecta al manejo del distress, se encontró una relación positiva entre sobrecarga y tomar calmantes en forma altamente significativa en el grupo de Demencia (0.47**) y significativa en el grupo total (0.29*); así como una relación positiva entre sobrecarga y fumar en forma significativa en el grupo de Demencia (0.38*). Por otro lado, se pudo observar una relación inversa entre sobrecarga y hacer ejercicios en el grupo de Demencia (-0.34*) y el grupo total (-0.29*) en forma significativa.

En la Tabla nº4 se reportan las medias y desviación estándar de las escalas: tensión intrapsíquica/autoconcepto, pérdida y conflicto familiar de los grupos de Demencia y No Demencia

Tabla 4 - Medias y desviación estándar de las escalas: tensión intrapsíquica/autoconcepto, pérdida y conflicto familiar

	DEMENCIA		NO DEMENCIA	
	Media	DS	Media	DS
TENSIÓN INTRAPSÍQUICA/AUTOCONCEPTO				
a) Competencia del Cuidador	8.89	2.48	8.07	2.33
b) Cautividad *	6.36	2.47	5.30	1.86
c) Pérdida de ego	5.14	1.88	4.77	1.92
PÉRDIDA:				
a) Pérdida de Intercambio íntimo	13.14	4.39	12.07	4.78
CONFLICTO FAMILIAR				
a) Problema de gravedad y seguridad del paciente	8.05	2.90	8.27	2.38
b) Actitudes y acciones hacia el paciente	8.61	3.79	8.90	3.68
c) Actitudes y acciones hacia el cuidador	7.61	3.13	7.17	2.90
*p<0,05				

En lo que respecta a la escala de tensión intrapsíquica/autoconcepto, hay diferencia significativa con el indicador cautividad, siendo mayor en Demencia (M=6.36) que en No Demencia (M=5.30).

En lo que respecta a las escalas de conflicto familiar, no se observan diferencias significativas tanto en Demencia (M=8.05, M=8.61 y M=7.61) como No Demencia (M=8.27, M=8.9 y M=7.17), asimismo, no existe relación entre conflicto familiar y sentido de coherencia (0.01, 0.002 y -0.13).

En la Tabla nº5 se presenta la correlación de Pearson de sentido de coherencia con tensión intrapsíquica/autoconcepto, pérdida y conflicto familiar del grupo total y los subgrupos: Demencia y No Demencia.

Tabla 5 - Correlacion de pearson de sentido de coherencia con tensión intrapsíquica/autoconcepto, pérdida y conflicto familiar.

SENTIDO DE COHERENCIA CON:	GRUPOS					
	DEMENCIA		NO DEMENCIA		TOTAL	
TENSIÓN INTRAPSÍQUICA/AUTOCONCEPTO:						
a) Competencia del Cuidador	-	**	-0.43	*	-0.43	***

	0.41					
b) Cautividad	- 0.44	**	-0.32		-0.42	***
c) Pérdida de ego	- 0.33	*	-0.49	**	-0.40	***
PÉRDIDA:						
a) Pérdida de Intercambio Íntimo	- 0.42	**	-0.38	*	-0.41	***
CONFLICTO FAMILIAR:						
a) Problema de gravedad y seguridad del paciente	0.01		0.008		0.01	
b) Actitudes y acciones hacia el paciente	0.03		-0.07		0.002	
c) Actitudes y acciones hacia el cuidador	- 0.12		-0.11		-0.13	
*p<0,05						
**p<0,01						
***p<0,001						

En lo que respecta a la relación entre sentido de coherencia y tensión intrapsíquica/autoconcepto, existe una relación inversa significativa en el grupo total, en las tres variables de tensión intrapsíquica/autoconcepto: competencia del cuidador (-0.43***), cautividad -0.42***) y pérdida de ego (-0.40***).

En cuanto a la escala de pérdida, existe una relación inversa significativa entre sentido de coherencia y pérdida de intercambio íntimo (-0.41***).

Discusión

Los resultados que se reportan en la investigación son consistentes, sus Escalas tienen una alta confiabilidad, tanto en el nivel del análisis de consistencia interna de Alpha de Cronbach, como en el de ítem-test, similar a estudios realizados en otros países (Baro, F. *et al*, 1994).

Comparando algunas variables conductuales y psicosociales en los grupos de Demencia y No Demencia, podemos indicar que el Sentido de coherencia, invalidez del paciente, sobrecarga y manejo del significado, son similares tanto en el grupo de Demencia como No Demencia, siendo mayor los promedios en el grupo de No Demencia, a excepción de la variable invalidez del paciente, donde el mayor promedio se ubica en el grupo de Demencia. En otros estudios (Baro, F., *et al*, 1994), se reportan diferencias significativas en invalidez del paciente, siendo mayor el promedio en el grupo de Demencia, en el resto de variables Sentido de coherencia, sobrecarga y manejo del significado es homogéneo, tanto en pacientes con Demencia y No Demencia.

Se debe destacar también que no se ha observado diferencias significativas en los indicadores de estrategias de afrontamiento: manejo de la situación, lo cual nos

indica que es similar esta característica en ambos grupos de estudio. Estos resultados coinciden con otros reportes (Baro, F., *et al*, 1994). Se debe destacar también que en los indicadores de estrategias de afrontamiento: manejo del distress, no se han observado diferencias significativas en ambos grupos de estudio, lo cual también nos indica similares características de dicha variable en ambos grupos. Estos resultados también coinciden con lo mencionado en otros reportes (Baro, F. *et al*, 1994).

En el presente estudio no se encontró relación entre Sentido de coherencia e invalidez del paciente, siendo similar este resultado con el estudio de Baro, F. *et al* (1994).

De otro lado, se encontró relación inversa entre Sentido de coherencia y sobrecarga; este resultado coincide a lo encontrado por Baro, F. *et al* (1994).

En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento, existe relación altamente significativa entre sentido de coherencia con la estrategia de afrontamiento: manejo de significado, de igual forma se ha observado esta misma relación con el estudio de Baro, F. *et al* (1994).

En cuanto a la estrategia de afrontamiento: dirigir comportamiento, se observa una relación significativa pero inversa con Sentido de coherencia, esto es similar a lo encontrado por el estudio de Baro, F. *et al* (1994).

Haciendo un análisis entre Sentido de coherencia y la estrategia de afrontamiento: manejo de la situación, en la característica "hacer solo lo necesario", se encontró que la relación no es significativa en este grupo, esto difiere a lo encontrado por el estudio de Baro, F. *et al* (1994), donde sí se encuentran diferencias significativas

En la siguiente característica "mantener ocupado al paciente", se relaciona con Sentido de coherencia en forma positiva y de igual manera en el grupo de No Demencia, comparando a lo encontrado por el estudio de Baro, F., *et al* (1994), no se observa una relación a nivel general.

En lo que respecta a la característica "aprender sobre la enfermedad", en general se relaciona con Sentido de coherencia. Comparando con otros estudios (Baro, F. *et al*, 1994), no se observa relación con estas dos variables.

Haciendo un análisis en el nivel de escalas, se aprecia una relación muy significativa entre manejo de significado y Sentido de coherencia a nivel general, esta relación es mayor en el grupo de No Demencia; por otro lado, se observa una relación altamente significativa entre sentido de coherencia y sobrecarga en el grupo total y el subgrupo de Demencia. Haciendo una comparación con otros reportes (Baro, F., *et al*, 1994), se refiere como variables que se relacionan con Sentido de coherencia la sobrecarga y de igual manera manejo de significado.

En cuanto a manejo de la situación, en nuestro estudio se ha observado que las características dirección del comportamiento, mantener ocupado al paciente y aprender sobre la enfermedad, se relacionan con Sentido de coherencia a nivel general; en el grupo de Demencia no se observa relación alguna; en otros contextos o realidades se refiere a las características dirección del comportamiento y hacer lo necesario, que se relacionan con Sentido de coherencia, y llama la atención que en el grupo de Demencia ambas características se relacionan con Sentido de coherencia (Baro, F., *et al*, 1994).

En cuanto a la estrategia de afrontamiento: manejo del distress, apreciamos que las características de comer, hacer ejercicios, leer y tomar alimentos, se relacionan con Sentido de coherencia. En otros reportes (Baro, F., *et al*, 1994) se refieren a las características salir solo a la calle, fumar, tomar medicinas y tomar alcohol como las variables que se relacionan con Sentido de coherencia.

Relacionando la escala de sobrecarga con una serie de escalas, podemos indicar que la escala sentido de coherencia, se relaciona en forma altamente significativa con sobrecarga en el grupo de Demencia y el grupo total, en las otras escalas no hay relación significativa, en otros estudios (Baro, F., *et al*, 1994) se reporta la relación entre sobrecarga con Sentido de coherencia y manejo de significado en el grupo de Demencia.

En cuanto a manejo de la situación, no se observa relación entre sobrecarga y los ítems de manejo de la situación; comparado con otros estudios (Baro, F. *et al*, 1994), se menciona la relación entre dirigir comportamiento, hacer lo necesario, con sobrecarga, y en el grupo de Demencia la relación entre hacer lo necesario y aprender sobre la enfermedad con sobrecarga.

En cuanto a manejo de distress, apreciamos una relación significativa entre la característica fumar y tomar calmantes con sobrecarga en el grupo de Demencia y en el grupo total con tomar calmantes, igualmente existe una relación significativa entre hacer ejercicios y sobrecarga pero en forma inversa en el grupo de Demencia y en el grupo total. En otros estudios (Baro, F. *et al*, 1994) se reporta la relación tomar calmantes con sobrecarga en el grupo de Demencia; sin embargo, se debe destacar que en general se menciona que la característica salir solo a la calle, comer, leer y tomar calmantes está asociado a sobrecarga.

Haciendo un análisis de diferencia de las escalas de tensión intrapsíquica/autoconcepto, pérdida y conflicto familiar, podemos indicar que:

En la escala de tensión intrapsíquica/autoconcepto hay diferencia significativa con el indicador cautividad, siendo mayor en Demencia. En otros estudios (Parnowski, T., *et al*. 1996) se refieren diferencias significativas en competencia del cuidador y pérdida de ego, siendo mayor los promedios en el grupo de Demencia.

En cuanto a la escala pérdida en nuestro estudio no se observan diferencias significativas, al igual que en otros estudios (Panowski, T. *et al*. 1996).

En la escala conflicto familiar no se observan diferencias significativas tanto en Demencia como No Demencia, estos mismos resultados se observan en otros estudios (Parnowski, T., *et al*. 1996).

Haciendo el análisis de correlación entre Sentido de coherencia con las variables tensión intrapsíquica/autoconcepto, pérdida y conflicto familiar, podemos indicar que, a nivel general, hay relación significativa entre Sentido de coherencia con los indicadores de la variable tensión intrapsíquica/autoconcepto y de la variable pérdida, en el grupo de Demencia se repite esta misma relación significativa, lo cual coincide con otros estudios (Parnowski, T., *et al* 1996), donde se refiere también una relación significativa; sin embargo, se debe destacar que no se ha observado una relación entre conflicto familiar y Sentido de coherencia en nuestro estudio, lo cual difiere a lo observado en otros estudios (Parnowski, T., *et al* 1996), donde se menciona una relación significativa en el grupo de Demencia.

Referencias

ABENGÓZAR; N., SERRA, E., (1997). *Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadores familiares de ancianos con demencia. España.*

ALARCÓN, R. (1995). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento.* Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú

ANESHENSEL, C, PEARLIN, L; MULLAN, J. ZARIT, S., AND WHTILATCH, C., (1995). *Profiles in Caregiving: The Unexpected Career.* San Diego: Academic Press.

ANTONOVSKY, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health.* San Francisco: Jossey Bass Publishers

ANTONOVSKY, A. (1994). *The sense of Coherence: An historical and future perspective,* in : Sense of Coherence and resiliency, McCubbin, H, et al. (eds), Wisconsin: The University of Wisconsin Systems.

BARO, F., HAEPERS, K., WAGENFELD, M., & GALLEGHER, T. (1996). *Sense of Coherence in caregivers to demented elderly in Belgium,* in: Neuropsychiatry in Old Age: an Update, Stefanis, C. & Hippus, H. (eds). Toronto.

BARO, F., GALLAGHER, HAEPERS, K., y T WAGENFELD, M. (1994). *Sense of coherence, coping and caregiver role overload,* Social Science and Medicine. Belgium.

HALEY, W., LEVINE, E., BROWN, S., y BARTOLUCCI, A. (1987) *Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers.* Psychological aging, 2, 323-330.

IZAL, M. y MONTORIO, I (1994). *Evaluación del medio y del cuidador del demente,* en T. Del Ser y J. Peña (eds.). Barcelona: Prous.

IZAL, M. Y MONTORIO, I. (1998). *La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga.* Universidad autónoma de Madrid.

LAZARUS, R. FOLKMAN. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martinez Roca.

PARNOWSKI, T., BARO, F., WAGENFELD, M., GALLAGHER, T., GABRUELEWICZ, T., SKULIMOWSKA, I., MATUSEWSKA, E., KIEFDROWSKA, A., (1996). *Sense of coherence and burden in caregivers to demented and nondemented elderly in poland* in : Proceedings of the International Conference on Sense of Coherence, Coping and Health, University of Warsaw.

PEARLIN, L. AND SCHOOLER (1978). *The structure of coping.* The journal of health and social behavior.

PEARLIN, L. MULLAN, J. (1990) "*Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures*". Washington.

PEARLIN, L. y SKAFF, M. (1995). *Stressors in adaptation in late life en:* M. Gatz (ed.) Emerging issues in mental health and aging. Washington.

POTTIE, CH. (1990). *Antonovsky sense of coherence and the operationalization of this concept in a flemish version questionnaire*, Belgium.

PSYCHIATRIC SELF- ASSESSMENT AND REVIEW. (2000). *Autoevaluación y actualización en psiquiatría: Delirium y Demencia*. American Psychiatric Association

ROMERO, B., THEMI, T., (1997), "*Maintenance of the sense of coherence in Alzheimer´s Disease*" in : Proceedings of the International Conference on Sense of Coherence, Coping and Health, Konstancin n/ Warsaw, University of Warsaw.

ROQUE, M., PÉREZ, J., (2002). *Bioética geriátrica*. Centro de Estudios de Bioética Universidad Internacional de Cataluña.

SHAPIRO, Y. (1986). *Assessment of family coping with illness*. Psychosomatics.

VITALIANO P., YOUNG H., RUSSO J. (1991). *Burden: a review of measures used among caregivers of individuals with dementia*. Gerontologist

ZARIT, S.H, ORRY, N.K., ZARIT, J.M., (1985) *The hidden victims of Alzheimers disease. Families under stress*. Nueva York: University Press.

ZARIT, S.H. (1996), *Intervention with family caregivers*. Washington

BIENESTAR PSICOLÓGICO Y CÁNCER DE MAMA

MsSc. Carmen Regina Victoria García-Viniegras
Especialista en Psicología de la Salud
Investigadora Titular

[MsSc. Maritza González Blanco](#)
Especialista en Psicología de la Salud
Profesora Asistente
Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras

La Habana - Cuba

Introducción

La prevalencia de cáncer de mama ha aumentado en la sociedad contemporánea, debido, entre otras cosas, al aumento de la expectativa de vida de la mujer. Actualmente en el mundo el cáncer de mama ocupa el primer lugar de todas las localizaciones para ambos sexos. También en nuestro país este tipo de localización muestra la más alta tasa de incidencia según principales localizaciones, así como la más alta tasa de incidencia de cáncer en población femenina de 40 y más años de edad (MINSAP, 2001). En Estados Unidos, Bloom y colaboradores han señalado que la tercera parte de los cánceres de mama son diagnosticados antes de los 50 años de edad (Bloom, 2001).

Esta enfermedad, como todas las enfermedades crónicas, ha merecido una particular atención en cuanto a los mecanismos psicológicos de ajuste que se desencadenan en el proceso de afrontamiento de la misma.

Los aportes de la Psicología de la Salud han facilitado la investigación de factores psicológicos considerados predisponentes a las enfermedades crónicas, así como de aquellos vinculados a la evolución y tratamiento de estas enfermedades. El objetivo último de esta investigación es tomar en consideración dichos factores a la hora de elaborar estrategias de prevención o de tratamiento que contribuyan a aumentar la calidad de vida de las pacientes diagnosticadas.

Las Ciencias de la Salud deben contribuir a lograr personas sanas y a potenciar los niveles de calidad de vida en aquellas que padecen algún tipo de enfermedad. De hecho, la calidad de vida en los enfermos crónicos y en grupos especiales de riesgo ha sido objeto de estudio en las últimas décadas. En particular el bienestar psicológico, como dimensión subjetiva de la calidad de vida, o lo que es lo mismo, la felicidad, debe ser atendido y promovido por las acciones de salud.

La persona feliz, según Diener, es aquella con un temperamento positivo, con tendencia a ver el lado favorable de las cosas y que no "rumia" demasiado acerca de los eventos malos, tiene confidentes y amigos, y posee adecuados recursos para encaminarse al logro de sus metas significativas (Diener 2002) y, por ende, posee

recursos para enfrentar satisfactoriamente las llamadas situaciones de estrés. Según este autor, se hace necesario examinar el contexto en el que se desarrollan las experiencias de las personas, los valores, las metas, cuando se evalúa la influencia de los eventos externos sobre la felicidad. También los llamados factores internos juegan un considerable papel, en especial las estructuras de la personalidad, en virtud de las cuales los eventos y las circunstancias son percibidos de una determinada manera.

Bienestar Psicológico y cáncer de mama

Dentro de los eventos vitales que pueden acontecer a las personas, no hay duda de que las enfermedades crónicas, especialmente aquellas socialmente estigmatizadas como es el caso del cáncer, imponen una serie de demandas que movilizan en un sentido u otro los recursos de afrontamiento (Stanton, 2002). Las repercusiones de la enfermedad sobre la vida de una paciente con cáncer de mama se expresan en todas las esferas de la vida: la vida familiar, la relación de pareja y la vida laboral y social (Soriano, 1997). Este daño en la vida sexual y las relaciones de pareja de la paciente, se encuentra fundamentado en las creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos (Benjamín y col, 2002; Mathews y col, 2002; Compas y Luecken, 2002).

Los sufrimientos o trastornos que aquejan a la mujer con cáncer de mama incluyen frecuentemente ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal (Barbón y Beato, 2002). La depresión, reacción emocional muy frecuente en los enfermos crónicos al debut de su enfermedad, ha sido estudiada por Ford, quien encuentra que los síntomas depresivos se relacionan estrechamente con el estadio de la enfermedad y con el apoyo social (Ford, 2002). Zhao y colaboradores encontraron en las mujeres con cáncer de mama mayores niveles de depresión y ansiedad, así como un afrontamiento más negativo a la misma (Zhao y col 2001). Sin embargo, Torrico y colaboradores señalan que, después de una primera fase de adaptación a la enfermedad, las mujeres con cáncer de mama consiguen controlar sus reacciones emocionales, no encontrando diferencias significativas con mujeres sanas, en lo que respecta a indicadores de depresión (Torrico, Santín, López y Andrés, 2003). También Nosarti encuentra que los síntomas psicopatológicos son mayores cuando el diagnóstico está pendiente de confirmación que pasado un año del mismo (Nosarti, 2002).

La literatura, así como la experiencia clínica reporta que, en muchos casos, estas pacientes no aceptan completamente su enfermedad, mostrando gran variedad de sentimientos de inconformidad tales como: rechazo, ira, temor o desesperanza, que pueden ir desapareciendo en la medida que se va extendiendo la sobrevida (Sirgo 2001).

De igual manera, la preocupación de la transmisión hereditaria a los hijos, el miedo a la muerte, los dilemas relacionados con el trabajo, los cambios en la interacción social, las amenazas del bienestar espiritual, la pérdida de la esperanza, la incertidumbre sobre el futuro y la trascendencia del diagnóstico del cáncer, contribuyen a que estas mujeres modifiquen en gran medida su bienestar (Appleton y col, 2001; Hagoel y col, 2001; Decruyenaere y col, 2001; Broadstock y col, 2001).

El tratamiento del cáncer de mama requiere, en la casi totalidad de los casos, de una intervención quirúrgica, más o menos mutilante. Desde el punto de vista estético, el caso más extremo es la llamada cirugía radical. Algunos estudios reportan, en pacientes intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama, un cierto estilo represivo de afrontamiento en la personalidad de estas pacientes,

caracterizado por baja ansiedad y alta debilidad social (Sirgo, 2001). Todo procedimiento quirúrgico en patologías mamarias producirá efectos psicológicos sobre la persona, a causa de cambios que ocurren en la autoconceptualización y en la imagen corporal. (Mathews, 2002; Fobair y col, 2002; Bultz y col, 2002). La mujer a la que se le realiza una mastectomía se ve afectada por una distorsión de su imagen corporal y por una cierta incapacidad de asumir sus compromisos sociales. Se señalan afectaciones del autoconcepto y la identidad en pacientes sometidas a diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas por cáncer de mama, siendo las más afectadas las pacientes mastectomizadas (Valle 2001).

La situación objetiva que requiere la movilización de los recursos de afrontamiento de la paciente con cáncer de mama está dada precisamente por los cambios en la imagen corporal, de acuerdo con tipo de cirugía y posibilidades de reconstrucción así como por los efectos físicos o psicológicos de los otros recursos terapéuticos empleados (Stanton y col, 2002; Tomich y Helgeson, 2002).

Una revisión de la literatura especializada nos demuestra que, prácticamente no existen estudios que, de manera integral, evalúen la calidad de vida y el bienestar de las pacientes con cáncer de mama. La complejidad del concepto y la falta de instrumentos de evaluación justifican este déficit. No obstante, han sido realizadas algunas aproximaciones en el diseño de instrumentos de evaluación de Calidad de Vida en este tipo de pacientes (Gordon, 2000; Lugo y col, 2002).

Condicionantes del Bienestar Psicológico

Al estudiar el bienestar psicológico especial atención ha merecido para los investigadores los elementos que pueden ser determinantes o moduladores del mismo, entre ellos, los factores de personalidad (Harrington y Loffredo 2001). La personalidad de la mujer que enfrenta el cáncer de mama condicionará el afrontamiento al mismo y por ende, su bienestar. En general se señala que la autoconfianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima, pueden condicionar los niveles de bienestar en cualquier etapa del ciclo vital (DeNeve y Cooper 1998), así como la autodeterminación y habilidad de competencia (Diener y col 2003). Podemos pues, considerar que la mujer que posea altos niveles de autoestima y extraversión (en tanto apertura a las experiencias y la proyección de futuro que esta conlleva), tendrá una mayor propensión al bienestar psicológico.

Algunos autores identifican determinadas categorías de personalidad como predisponentes a desarrollar un afrontamiento satisfactorio a las situaciones de estrés, entre ellas al estrés de la enfermedad, y a los cambios. Así, Antonovsky (1987) habla acerca del funcionamiento mental óptimo y el llamado "sentido de coherencia". Según este autor, el sentido de coherencia se expresa por la capacidad de una persona para afrontar las demandas del medio, percibir los desafíos que lo movilizan y orientarlo positivamente hacia la vida. Podemos considerar que una persona con estas características logra mayores niveles de bienestar. De hecho, se observa una estrecha relación entre bienestar y afrontamiento en esta dirección, es decir, que la persona con mayor nivel de bienestar está mejor preparada para desarrollar afrontamientos satisfactorios. Cotton y colaboradores estudiaron 142 mujeres con cáncer de mama y encontraron que el bienestar espiritual contribuye a una mayor calidad de vida en las pacientes (Cotton, 2000), aunque el diseño empleado no logra identificar con claridad, a nuestro juicio, el sentido de esta relación.

La capacidad de controlar los eventos de la vida y la proyección de futuro (elaboración de planes y proyectos) hace a las personas competentes para

controlar los eventos que le acontecen, capaces de desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento (Veenhoven, 1995). Zanotti evaluó el tipo de estrategia de afrontamiento utilizada por mujeres que recién habían recibido un diagnóstico de cáncer de mama y encontró que la estrategia más utilizada era la de "desafío", es decir, que las mujeres consideraban la enfermedad como un desafío para sus vidas, el cual debían enfrentar de manera activa (Zanotti, 1996).

Diversos estudios se han desarrollado para valorar la influencia de determinadas variables socio-demográficas, así como de variables clínicas y psico-sociales, que influyen en la calidad de vida y el bienestar de las pacientes con cáncer de mama. Al igual que en otras situaciones de estrés, el apoyo social, en particular el de la familia y la pareja, ha sido invocado como factor amortiguador de los efectos de la enfermedad sobre el bienestar (Tomich y Helgeson, 2002; Stanton y col., 2002). Al igual que en el resto de las enfermedades crónicas, el tiempo de evolución de la enfermedad puede modificar los efectos psicológicos sobre los pacientes. El bienestar psicológico de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama suele ser desfavorable en la etapa inmediata al diagnóstico con relación al nivel de bienestar posterior (Frost y col., 2000).

Algunos trabajos apuntan a la existencia de factores que condicionan una respuesta anímica desfavorable a la acción quirúrgica, tales como depresión y temores, y se señalan entre ellos las relaciones interpersonales poco satisfactorias, el tiempo de evolución de la enfermedad y características de personalidad (Lugo y col., 2002).

Casi todos los autores coinciden en señalar que los sufrimientos psicológicos dependerán de la edad, el entorno familiar, laboral y social y de características de personalidad, así como de la estrategia de afrontamiento al estrés de la enfermedad que la paciente desarrolle (Borbón y Beato, 2002). En general, se reconoce el papel importante que tienen los problemas emocionales relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad (Lindey y col., 1998).

En las diferentes culturas, el cuerpo humano y cada una de sus partes poseen una determinada connotación. En el caso de la mujer, las mamas han constituido generalmente una parte importante de la belleza corporal, un símbolo de la sexualidad, y de hecho una zona erógena importante, así como una representación de la maternidad, pues de hecho constituyen las glándulas cuya función es la alimentación de la cría en todos los mamíferos. Podemos suponer que el daño o la pérdida de una o ambas mamas, traiga como consecuencia una afectación de cualquiera de los elementos señalados, es decir, malestares o sentimientos de pérdida de esas funciones y significados, lo cual se agrega a la afectación psicológica propia de ser portadora de una enfermedad tan estigmatizada como es el cáncer. En esta enfermedad suele estar afectada la identidad propia de la mujer, su imagen corporal y su auto-estima (Thorne y Murray, 2000).

Se ha observado que la connotación social de esta enfermedad suele ser más severa que la propia percepción que de ella tienen las mujeres afectadas. En un estudio comparativo entre mujeres con cáncer de mama y mujeres no enfermas se encontró que las sanas tenían una idea peor de los padecimientos y del pronóstico de la enfermedad que las propias enfermas (Buick y Petrie, 2002).

De hecho, el afrontamiento de cualquier enfermedad y de la muerte tiene una diferente connotación en las diferentes culturas. En particular, en el hecho del cáncer de mama, Kelison (2002) ha estudiado que el afrontamiento de esta enfermedad tiene una interpretación religiosa y espiritualista en mujeres centroamericanas y mexicanas de bajo nivel cultural, cuyas familias también mostraban un afrontamiento con este matiz religioso. La influencia de las creencias

religiosas sobre el afrontamiento de la enfermedad en estas pacientes, ha sido estudiada también por Gall y Cornblad quienes encuentran que los recursos espirituales pueden contribuir a que estas pacientes con cáncer de mama hagan una interpretación de esa situación como una prueba de Dios para reafirmar el sentido de la vida y el crecimiento personal (Gall y Cronblad, 2002). Sin embargo, Culver y colaboradores no encontraron diferencias significativas en los estilos de afrontamiento empleados en mujeres norteamericanas de diferentes procedencias culturales (Culver y col., 2002).

Por otra parte, debe señalarse que el cáncer de mama suele coincidir con una etapa especial en la vida de la mujer que es el climaterio, que suele ubicarse entre los 40 y 60 años de edad, por lo cual puede resultar difícil deslindar las alteraciones que corresponden a la condición de padecer cáncer de aquellas vinculadas al síndrome climatérico como tal. El llamado síndrome climatérico es muy frecuente, pues ocurre en 2 de cada 3 mujeres. Se plantea que en este síndrome se presentan, con relativa frecuencia, alteraciones psicológicas como irritabilidad, depresión, ansiedad, nerviosismo, disminución de la libido; alteraciones genitourinarias como sequedad vaginal, prurito, disuria, incontinencia urinaria y prolapsos; y síntomas neurovegetativos como sofocación, sudaciones, cefalea, parestesias, insomnios, etc. Estas alteraciones están condicionadas por factores relacionados con el medio en que se desenvuelve la mujer y por factores condicionados por su carácter y personalidad (Victoria y Maestre, 2003).

Además, hay que tomar en consideración que el cáncer es considerado desde el punto de vista cultural como una enfermedad estigmatizante, lo cual trae consigo que las personas que rodean al paciente tengan una visión muy negativa acerca de él, que los propios enfermos la tengan acerca de sí mismos, así como que las personas en riesgo de padecer cáncer tengan un temor permanente a la enfermedad (Decruyenaere, 2001). De esta manera, el hecho de que una persona padezca cáncer, modifica el sistema de relaciones sociales (familia, amigos, conocidos) establecido hasta el momento. Pueden observarse expresiones de minusvalía, de los demás hacia la enferma o de la enferma hacia sí misma, o expresiones de estoicismo en forma de juicio de los demás hacia la enferma, en caso de un afrontamiento satisfactorio, o expresiones de miedo a la muerte, sentimientos de incertidumbre o sensación de amenaza a su existencia futura. El estigma del cáncer produce, en ocasiones, un efecto de verdadero freno al desarrollo individual y social en la vida del enfermo, no atribuible, en modo alguno, a las limitaciones reales que impone la enfermedad. Debido al estigma existente en todo lo relacionado con el cáncer, la paciente con cáncer de mama y su familia pueden ver en este diagnóstico un presagio de muerte o de minusvalía (Soriano, 1997).

Debido a la determinación multifactorial del bienestar psicológico, puede decirse que una enfermedad, en nuestro caso, el cáncer de mama, aunque sea crónica y por tanto potencialmente limitante, no lleva implícita la condición de infelicidad. Factores tales como estadio de la enfermedad, tiempo de sobrevida y los diferentes tratamientos aplicados, así como la personalidad, los recursos individuales y sociales que median para el afrontamiento y la estrategia de afrontamiento resultante, marcan, sin duda, una determinada calidad subjetiva de la vida de estas pacientes. Por todo lo cual las estrategias de atención sanitaria a las pacientes con cáncer de mama deben incluir los elementos clínico-psicológicos que promuevan una mejoría del bienestar psicológico.

Referencias

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass
- Appleton S, Fry A, Rees G, Rush R, Cull A. (2001). Psychosocial effects of living with an increased risk of breast cancer: an exploratory study using telephone focus groups. *Psycho-oncology*, vol. 9, 6: 511-521.
- Astin J A; Anton-Culver H; Schwartz C E; Shapiro D H; McQuade J; Breuer A M; Taylor T H; Lee H; Kurosaki T. (1999). Sense of control and adjustment to breast cancer: The importance of balancing control coping styles. *Behavioral Medicine*. Vol 25(3) Fal 1999, 101-109
- Benjamin B, Ziginskis D, Harman J, Meakin T. (2002). Pulsed electrostatic fields (ETG) to reduce hair loss in women undergoing chemotherapy for breast carcinoma: A pilot study. *Psycho-oncology*, vol. 11, issue 3, 244-248.
- Bloom, J R; Stewart, S L; Johnston M; Banks P (2001). General and specific measures of quality of life in younger women with breast cancer. En: Baum, Andrew (Ed); Andersen, Barbara L. (Ed).. *Psychosocial interventions for cancer*. (pp. 37-56). Washington, DC, US: American Psychological Association. xix, 446pp.
- Borbón J E; Beato A I. (2002) Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. *Rev Cubana Med Milit*;31(1):47-53.
- Bourjolly J N; Hirschman K B. (2001). Similarities in coping strategies but differences in sources of support among African American and White women coping with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology* Vol 19(2), 17-38
- Broadstock M, Michie S, Gray J, Mackay J, Marteau T M. (2001). The psychological consequences of offering mutation searching in the family for those at risk of hereditary breast and ovarian cancer - a pilot study. *Psycho-oncology*, vol. 9, issue 6:537-548
- Buick D L; Petrie K J. (2002). "I know just how you feel": The validity of healthy women's perceptions of breast-cancer patients receiving treatment. *Journal of Applied Social Psychology*. Vol 32(1) Jan 2002, 110-123
- Bultz B D, Speca M, Brasher P M, Geggie P H. (2002). A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-oncology*, vol. 9, 5:303-313.
- Compas B E; Luecken L. (2002). Psychological adjustment to breast cancer. *Current Directions in Psychological Science*. Vol 11(3) Jun 2002, 111-114
- Culver J L; Arena P L; Antoni M H; Carver C S. (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: Comparing African Americans, Hispanics and non-Hispanic Whites. *Psycho-oncology*. Vol 11(6) Nov-Dec 2002, 495-504.
- Decruyenaere M, Evers-Kiebooms G, Welkenhuysen M, Denayer L, Claes E. "Cognitive representations of breast cancer, emotional distress and preventive

health behaviour: a theoretical perspective". 2001, *Rev. Psycho-oncology*, vol. 9, issue 6:528-526.

del Mar Gonzalez-Tablas M; Palenzuela D L; Pulido R F; Saez Regidor L M; Lopez Perez E. (2001). The role of generalized expectancies of control on coping and psychological adjustment in women with breast cancer. El papel de las expectativas generalizadas de control en el afrontamiento y ajuste psicologico en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*. Vol 7(1), 1-14.

DeNeve K.M., Cooper H.(1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychol Bull*;124(2):197-229.

Diener E., Seligman M.E. (2002). Very happy people. *Psychol Sci*. 13(1):81-4.

Diener E, Oishi S, Lucas RE. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annu Rev Psychol*; 54 (1):403-25

Fobair P, Koopman Ch, DiMiceli S, O'Hanlan K (2002). Psychosocial intervention for lesbians with primary breast cancer. *Psycho-oncology*, vol. 11, issue 5:427-438.

Ford L A. (2002) Predictors of psychological functioning in African American women with breast cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*. Vol 63(1-B), Jul 2002, 523

Frost M H; Suman V J; Rummans T A; Dose A M; Taylor M; Novotny P; Johnson R; Evans, R.(2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: The influence of disease phase. *Psycho-oncology*. Vol 9(3) May-Jun 2000, 221-231.

Gall T L; Cornblat M W. (2002). Breast cancer survivors give voice: A qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-oncology* Vol 11(6) Nov-Dec 2002, 524-535

Gallagher J; Parle M; Cairns D: *Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer*.

Gordon M A. (2000). The Breast Cancer Quality of Life Scale: A pilot study. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*. Vol 61(4-B), Oct 2000, 2265.

Hagoel S, Dishon R, Almog Z, Silman S, Bisland-Beckett G. R. (2001) Proband family uptake of familial-genetic counselling. *Psycho-oncology*, vol. 9, 6:522-527.

Harrington R., Loffredo, D.A.(2001). The relationship between life satisfaction, self-consciousness, and the Myers-Briggs type inventory dimensions. *J Psychol*;135(4):439-50

Kellison L J. (2002). An exploration of culture and coping: The experience of Latina women with breast cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*. Vol 63(5-B).

Lindey C, Shamul V, William T, Winer E P. (1998). Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy for early stage breast cancer. *J Clin Oncol*, 116(14):1380-7.

Lugo J, Bacallao J & Rodríguez G. (2002). Validez de contenido de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Rev Cubana Oncol*, 2(16):100-6.

Matthews A, Baker F, Hann D M, Denniston M, Smith T G. (2002). Health status and life satisfaction among breast cancer survivor peer support volunteers. *Psycho-oncology* vol. 11, 3 199-211

Matthews BA, Baker F, Hann DM, Denniston M, Smith TG. (2002). Health status and life satisfaction among breast cancer survivor peer support volunteers. *Psycho-oncology*, vol. 11, issue 3 199-211.

McCaul K D; Sandgren A K; King B; O'Donnell S; Branstetter A; Foreman G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-oncology*. Vol 8(3) May-Jun 1999, 230-236

Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba: *Anuario Nacional de Estadística*, Año 2001.

Nosarti C; Roberts J V; Crayford T; McKenzie K; David A S. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol 53 (6) Dec 2002, 1123-1130

Schnoll R A; Knowles J C; Harlow L. (2002). Correlates of adjustment among cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*. Vol 20 (1), 37-60.

Schonholtz J K. (2000). Psychosocial adjustment to breast cancer: The role of marital support and approach coping. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*. Vol 61(4-B).

Sirgo A, Díaz-Aviejo M B, Cano-Vindel A, Pérez-Monga G. (2001). *Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama*. <http://www.psiquiatria.com/>. 2001, dic. (7).

Soriano J, Norat T, Arrébola J, Fleitas G. (1997). Algunas consideraciones en torno al cáncer. En: Acosta Sariego JR. *Bioética desde una perspectiva cubana*. La Habana: Editorial Centro Félix Varela; 1997:165-72

Sosa C D; Capafons J I; Carballeira M. (1999). Coping and psychological adjustment to illness with breast cancer patients. *Afrontamiento, ajuste psicológico y cáncer de mama*. *Ansiedad y Estrés*. Vol 5(1), 47-60 Source *British Journal of Health Psychology*. Vol 7(3) Sep 2002, 365-376

Stanton A L; Danoff-Burg S; Cameron C L; Bishop M; Collins C A; Kirk S B; Sworowski L A; Twillman R. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. Vol 68(5) Oct 2000, 875-882

Stanton, A L; Danoff-Burg, S; Huggins, M E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-oncology*. Vol 11(2) Mar-Apr 2002, 93-102.

Thorne S E; Murray C. (2000). Social constructions of breast cancer. *Health Care for Women International*. Vol. 21(3) Apr-May 2000, 141-159.

Tomich P L, Helgeson V S. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-oncology*, vol. 11, 2, 154-169.

Torrico Linares E; Santín Vilariño C; López López M J; Andrés Villas M. (2003). *La depresión como reacción adaptativa ante el diagnóstico de cáncer*. *Psiquiatría.com* Vol 7 Nº 1 Mar 2003.

Valle T E. *Rorschach self-concept measures as a function of the treatment of illness in breast cancer patients: Cáncer versus noncáncer and mastectomy versus lumpectomy*.

Veenhoven R. (1995) Developments in satisfaction research. *Social Indicators Search*, 20: 333 - 354.

Victoria C R y Maestre S. (2003) Bienestar Psicológico en mujeres climatéricas. *Rev Cub de Obstetricia y Ginecología*. En prensa.

Zhao W; Wu J; H Jun; Zhu M; Fan S; Zou Q; Si S; Lian H. (2001). Depression, anxiety, and coping style in patients with breast cancer. *Chinese Journal of Clinical Psychology* Vol 9 (4), 286-289.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CIRUGÍA CARDIACA

[Lic. Yalilis Castellero Amador](#)

Investigador Agregado

Profesor Instructor adjunto a la Universidad de la Habana.
Psicóloga de la Salud, Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas.

La Habana - Cuba

Fundamentos Epidemiológicos

Las enfermedades cardiovasculares representan un serio problema de salud en cuanto a morbilidad y mortalidad. Los avances científico-técnicos logrados en la salud humana y el desarrollo de medicamentos y vacunas, permitió al hombre controlar la influencia de agentes patógenos que conducían a la muerte o afectaban su calidad de vida y pasan a un primer plano, las llamadas *enfermedades crónicas no transmisibles*. Las enfermedades del corazón y el cáncer, enmarcadas en esta categoría, marchan a la cabeza en los cuadros de morbimortalidad.

En Estados Unidos, por ejemplo, cada 30 segundos una persona muere de enfermedad cardiovascular, lo que significa alrededor de 2 600 muertes por día. Esta patología ya ha dejado de ser una enfermedad prioritaria de la tercera edad; del millón de norteamericanos que mueren por esta causa, 160 000 están comprendidos en el grupo de 35 a 64 años. Por otra parte, se señala además que produce 6 millones de hospitalizaciones por año y es causa de discapacidad para casi 10 millones de personas (*Center for Disease Control Framework for Cardiovascular Disease Prevention and Control, 2002*).

En Cuba y en nuestra propia institución, constituyen la primera causa de enfermedad, de hospitalización y de muerte. Las enfermedades cardiovasculares, por su prevalencia, son un campo fértil para la Psicología de la Salud, al constituir ésta una rama aplicada de los conocimientos psicológicos a la esfera de la salud humana. Es bien conocido que las actitudes, conductas y respuestas psicológicas influyen en la aparición, curso y evolución de procesos relacionados con la pérdida de la salud. Citemos, por ejemplo, casos de pacientes que después de procedimientos quirúrgicos de revascularización coronaria con resultados fisiológicos satisfactorios, describen una vida social limitada, baja autoestima, pérdida de placer en sus relaciones más cercanas, así como dificultades para regresar al trabajo y reanudar la actividad sexual. Podemos mencionar otros datos curiosos, también referidos por la Federación y Sociedad Internacional de Cardiología (Sanne y Wenger, 1983):

- de un 10 a un 15 % de las personas que sufren infarto del miocardio, menores de 65 años de edad, son incapaces de regresar al trabajo a los cuatro meses debido únicamente a la invalidez psicológica.

- un número significativo de personas que sobreviven a un infarto del miocardio o que se realizaron angioplastias coronarias o cirugías revascularizadoras, alcanzan una recuperación subóptima como consecuencia de aspectos psicológicos y socio-culturales: la autopercepción de invalidismo, la sensación de pérdida de control, la autovaloración de un potencial disminuido como padre de familia, esposo,

trabajador; el riesgo siempre presente de una muerte súbita e inesperada que conducen a profundas reacciones de tristeza y depresión.

En determinadas enfermedades cardíacas y en estadios específicos de las mismas, se plantea el tratamiento quirúrgico como alternativa terapéutica óptima. Los procedimientos quirúrgicos se han desarrollado, las técnicas de perfusión y circulación extracorpórea han mejorado sustancialmente y ya se trabaja en la cirugía con el corazón latiendo. La propia anestesia, muy temida por los pacientes, ha devenido en una especialidad. No obstante, continúan siendo procedimientos invasivos y no en pocas ocasiones, novedosos para aquellos a quienes se les va a realizar.

Cualquier acto quirúrgico, por pequeño que sea, es una fuente potencial de estrés que trae aparejada, respuestas psicológicas y fisiológicas, las que pueden, sin dudas, comprometer la colaboración del paciente, el seguimiento de las prescripciones médicas, la efectividad del proceder y el proceso de recuperación.

Necesidad de la Intervención Psicológica

La comunicación de una intervención quirúrgica representa un alto nivel de estrés en el plano emocional, lo que se incrementa si se trata de una cirugía del corazón o del cerebro, asociada históricamente con la muerte. Son múltiples las reacciones psicológicas que ante un evento como este pueden desencadenarse, vinculadas con temor al dolor, a lo desconocido, a su reacción a la anestesia, al propio proceder, a perder la integridad del cuerpo o la autonomía e incluso a morir. Se reportan, mediante el uso de escalas de estresores medioambientales en pacientes quirúrgicos en la unidad de cuidados intensivos, los tubos nasales y orales, la pérdida de control y la ausencia de la pareja en ese medio, como elementos causantes de altos niveles de estrés (Soehren, 1995; Kim y cols., 1996).

Dentro del conjunto de respuestas psicológicas en el contexto quirúrgico, la ansiedad es considerada predominante y de hecho, ha sido la más estudiada. También en estudios previos realizados en el CIMEQ, se destaca como respuesta más frecuente (Castillero y Valdés, 2000, 2002). Por ejemplo, en la etapa preoperatoria estuvo presente en el 98 % de los pacientes estudiados, de los cuales un 48 % la manifestó en niveles elevados; luego, en la etapa posoperatoria, aunque encontramos un 70% con ansiedad, la mayoría se situó en la categoría leve. Resulta normal que aunque disminuyan los niveles de ansiedad, no se elimine totalmente pues la cirugía cardíaca tiene una recuperación difícil y lenta. Por estas razones, al hablar de los objetivos de la intervención, hacemos referencia a llevar las respuestas psicológicas a niveles manejables para el paciente, no a eliminarlas totalmente.

Se establecen fuertes asociaciones entre la ansiedad y el ajuste posoperatorio, los resultados quirúrgicos, las infecciones por supresión inmunológica, la presencia de náuseas, los cambios en la frecuencia cardíaca y la temperatura corporal y la hipertensión arterial (De L. Horne y cols., 1993; Moix J, 1994, 1996). Los pacientes más ansiosos son los que más se quejan y quienes más preocupaciones refieren, presentan mayores niveles de dolor, dificultades en seguir las orientaciones médicas como toser, respirar profundamente, movilizarse, y alimentarse de manera reforzada, con lo que demoran su recuperación y pueden tardar la decisión del alta.

Serías investigaciones en el campo de la Psiconeuroendocrinoinmunología muestran que el estrés y la ansiedad rompen la homeostasis neuroendocrina y retardan la reparación de tejidos, dificultando la cicatrización de las heridas. Los individuos más distresados son más susceptibles de presentar trastornos del sueño y el sueño

profundo se relaciona con la secreción de la hormona del crecimiento que también facilita la reparación tisular (Kiecolt-Glaser y cols., 1998).

Pese a ser la ansiedad la más estudiada, hemos utilizado también pruebas psicológicas que valoren los niveles de depresión y escalas de síntomas generales y de evaluación de los trastornos del sueño (Castillero y Valdés, 2000, 2002; Castillero y Pérez, 2002). Resumiendo los resultados, podemos citar que la depresión estuvo presente en el 54 % de los pacientes en la etapa previa a la cirugía y en el postoperatorio solo en el 28 %, predominando la depresión leve. De los cuatro trastornos del sueño estudiados por la escala de Jenkins, el que se destacó en la evaluación inicial fue despertarse varias veces durante la noche, presente en el 78 % de los pacientes estudiados. Con relación a la escala de percepción de síntomas, los más significativos fueron la irritabilidad, el nerviosismo y la tristeza. La primera de éstas, aunque disminuye significativamente de la primera a la segunda evaluación, está presente en forma moderada en un 24 % de los pacientes evaluados, después de la cirugía. Se nos ocurre como hipótesis explicativa, que además de ser la irritabilidad una característica muy mencionada en los pacientes cardiovasculares, que se vincula con el perfil personalógico tipo A, puede asociarse además con las condiciones del propio proceso quirúrgico: dificultades para un sueño adecuado y reparador, dependencia de otros para determinadas actividades de rutina, dolor, entre otras.

La Intervención Psicológica. Resultados

Casi todas las interacciones humanas implican un intento por ejercer influencia sobre los demás para que se comporten de determinada manera. El marco al que estamos haciendo referencia, no es una excepción. Los miembros del equipo de salud intervienen de manera sistemática para que el paciente sometido a una cirugía mayor, altere sus conductas a los fines de lograr un ajuste posoperatorio adecuado y de manera general, resultados satisfactorios. El éxito es variable y no solo se condiciona por la experiencia de quien interviene, sino que entran en juego una multiplicidad de variables como la historia personal y las experiencias traumáticas previas, la vivencia de patologías similares en amigos, conocidos o miembros de la familia, las fantasías y proyectos futuros, las características personalógicas, los estilos de afrontamiento, entre otras. De este modo, salta a la luz que no resulta suficiente los intentos no premeditados, aunque benignos, por ayudar al paciente ni el falso optimismo de que lo que se le diga puede resultar inocuo.

Se necesita un tipo específico de influencia conductual caracterizada por: "intentos explícitos y profesionales de modificar el comportamiento en la dirección deseada" y "la intervención aunque sea flexible debe guiarse por principios generales, no puede ser al azar" (Bernstein, 1981). Estamos hablando de la necesidad de la intervención psicológica, cuyos participantes, paciente-terapeuta, establecen un vínculo profesional de carácter único y voluntario, conscientes del motivo por el que establecen la relación y de las reglas y metas de la misma. Existen en dicha interacción, compromisos morales y éticos, donde la confidencialidad y el bienestar del paciente constituyen la prioridad principal.

La intervención psicológica puede operacionalizarse desde diferentes aproximaciones teóricas, responsables del tipo de cambio a alcanzar; no obstante, todos los métodos tienen una naturaleza psicológica y existen objetivos comunes como (Roca, 2000):

- Estimular la toma de conciencia acerca de la situación que se está viviendo y las respuestas a ella.

- Disminuir las reacciones emocionales negativas. Aunque no se elimine completamente el malestar, puede llevarse a niveles manejables para el paciente y lograr un fortalecimiento emocional.
- Fomentar la expresión de emociones y normalizar las respuestas con relación al estímulo que se enfrenta.
- Ofrecer información nueva y relevante, que permita la reestructuración de falsas concepciones y de expectativas inadecuadas acerca del evento vital.
- Designar al paciente tareas concretas fuera de la sesión de trabajo que le permitan desempeñar un rol activo en función de su propio bienestar y que le estimulen la confianza en sus propios recursos y potencialidades.
- Desarrollar seguridad y expectativas de que se puede responder de manera más efectiva ante la situación. Este constituye un factor crítico en el proceso; sin la motivación y la confianza de que se alcanzará una meta específica, resulta una utopía el sólo planteamiento de dicha meta.

Uno de los primeros trabajos, ya clásico, en el que se observó la importancia del "tratamiento psicológico" para facilitar la recuperación quirúrgica, fue realizado por Egbert, Battit, Welch y Bartlet en 1964 (citado por Giacomantone y Mejía A, 1997). En este estudio se comprobó que un grupo de pacientes que había recibido la visita del anestésista el día antes de la operación para dar información general acerca del procedimiento médico, comparado con un grupo al que sólo se le había administrado barbitúricos, necesito menos días para recuperarse, menos analgésicos y sufrió menos ansiedad. A partir de los trabajos de Egbert y sus colaboradores, se generó un importante número de investigaciones sobre este tópico (Moix, 1994).

En la literatura del tema, encontramos de manera reiterada el meta-análisis de Devine (1992), quien revisó exhaustivamente los estudios acerca de la efectividad de los modelos de intervención psicosocial para los procedimientos quirúrgicos, realizados desde 1963 hasta 1992. Encontró entre los principales beneficios la disminución de la estadía hospitalaria, la disminución de la incidencia de complicaciones respiratorias y otros tipos de complicaciones, menor grado de dolor postquirúrgico, menor necesidad de analgésicos y niveles de ansiedad y depresión significativamente bajos.

Jenkins (1995) por su parte, cita como consecuencias favorables de los programas de intervención psicoeducacional para la cirugía, una inducción más rápida de la anestesia y mayor margen de seguridad anestésica, menor porcentaje de hipertensión postoperatoria, percepción más favorable de la experiencia hospitalaria, mayor satisfacción con los servicios recibidos y una sostenida creencia de mayor control personal sobre el proceso de recuperación.

En el ámbito quirúrgico, la intervención psicológica tiene entre sus objetivos llevar a niveles manejables para el paciente las respuestas psicológicas concomitantes a un evento de tal magnitud y ofrecer habilidades para un afrontamiento efectivo. La intervención se apoya en la evaluación psicológica como elemento insustituible para la toma de decisiones y el establecimiento de metas.

Giacomantone y Mejía (1997) siguieron la evolución quirúrgica de 303 pacientes, lo que les permitió conocer que los pacientes que en la etapa previa a la cirugía mostraron mayores niveles de ansiedad y peor estado psicológico general,

presentaron 10 veces mayores problemas en el ritmo de rehabilitación, interferida y demorada por su escasa colaboración y marcado negativismo. Estos autores señalan la necesidad de una evaluación especializada antes del proceder médico, donde debe prestarse especial atención a: antecedentes de mala adaptación en cirugías anteriores, intervenciones quirúrgicas mutilantes o con un postoperatorio presumiblemente difícil y reiteradas suspensiones de la operación o cambios de fecha por parte del enfermo.

A los fines de la intervención, se ha utilizado una gran variedad de técnicas psicológicas, como *técnicas informativas* (información procedural (PROCEDIMENTAL??) y sensorial), (Raleigh y cols., 1990; Moix y cols., 1993; Moix y cols., 1995; Pérez-Moreno y cols., 1998), *la distracción cognitiva*, *las interpretaciones alternativas*, *la imaginación guiada* (Tusek, 1997), *la hipnosis*, *la relajación* (Good, 1996; Seers y Carrol D., 1998), *el modelado*, *las instrucciones conductuales*, *el entrenamiento en autoinstrucciones* y, aunque en menor medida, *la retroalimentación biológica* también ha sido utilizada. El *apoyo psicológico*, técnica basada en crear un clima de confianza para poder comunicarse con el paciente de forma abierta sobre sus preocupaciones y dudas con relación a la cirugía y aspectos personales en general, no es de las más estructuradas pero puede facilitar también la recuperación postquirúrgica (Moix y cols., 1993).

Dentro de las diversas investigaciones sobre este tópico, se ha tratado de discriminar cuál de las técnicas utilizadas puede tener mejores efectos en la recuperación postquirúrgica, así como el tiempo necesario que deben tener los programas empleados, pero esto aún no ha alcanzado una respuesta concluyente. Lo que sí se ha demostrado es que aquellos pacientes que se niegan a recibir este tipo de intervención, han tenido peores índices de recuperación (Fortner, 1998; Dousseldorp y cols., 1999; Mitchell, 1997)

Metodología de Trabajo

En nuestro Servicio de Psicología, tradicionalmente se ha ofrecido asistencia en la preparación psicológica a los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. En un inicio se atendían aquellos que según el criterio médico, manifestaban altos niveles de ansiedad o depresión. Hoy día, la consulta de Psicología es una condición necesaria previa a la cirugía electiva.

La metodología de trabajo, aplicada a las cirugías mayores en general y adaptada al tipo de intervención quirúrgica específica, cuenta con tres etapas básicas:

1. Evaluación inicial
2. Intervención psicológica
3. Evaluación final

La evaluación psicológica

La primera evaluación se realiza en la fase de hospitalización, previa al acto quirúrgico donde se revisa la Historia Clínica del paciente para tomar los datos generales y luego se lleva a cabo una entrevista semiestructurada, es este el momento en el que se establece el *rapport*, se asegura la confidencia y se sientan las bases para la cooperación recíproca y el vínculo terapéutico con el paciente. Es la entrevista un componente indispensable de la evaluación psicológica que precede, acompaña y sigue a la intervención psicológica en cualquiera de sus ámbitos.

Contenido de la entrevista

- Datos sociodemográficos del paciente.
- Estado emocional y general.
- Características personalógicas más relevantes.
- Experiencias traumáticas anteriores en las áreas personales y de salud.
- Sistema de creencias y cosmovisión del mundo.
- Significación de la enfermedad y del proceder médico a que va a someterse. Temores y actitudes ante los mismos.
- Expectativas.
- Estilo cognitivo de evaluar las situaciones de crisis.
- Recursos de afrontamiento. Potencialidades a desarrollar en el proceso.
- Interacción con el equipo médico.
- Redes de apoyo social.

Generalmente se utilizan como pruebas psicológicas el test de depresión de Beck, una escala de síntomas generales elaborada por especialistas en Psicología y Cardiología de la institución, la escala de trastornos del sueño de Jenkins y el test de ansiedad de Spielberger.

La observación es utilizada en cada momento del proceso: durante la entrevista, la realización de las pruebas psicológicas, la interacción con otros pacientes y con el equipo médico, el vínculo con la familia, los horarios de descanso y alimentación, la unidad de cuidados intensivos, el posoperatorio en sala, etc. Este elemento de la evaluación psicológica permite trascender lo que directamente plantea el paciente y recibir información adicional, para nuestras hipótesis de trabajo.

La evaluación final, realizada al mes del alta hospitalaria, hace uso de la misma batería de pruebas psicológicas y se apoya en una entrevista evolutiva focalizada en evaluar el estado emocional y general del paciente, la forma en que ha enfrentado el proceso, las actividades a las que se ha ido incorporando de acuerdo con las posibilidades objetivas y condiciones fisiológicas, el seguimiento de las prescripciones médicas, la dinámica familiar ante este evento vital, las preocupaciones, la satisfacción de las necesidades básicas como el sueño, el descanso y la alimentación.

La intervención psicológica

Se basa en el Modelo del Aprendizaje Social, específicamente en el enfoque Cognitivo-Conductual. Este es un modelo de gran variedad donde se destaca como elemento central el aprendizaje. Las diferencias individuales se atribuyen a la historia única de aprendizaje que ha tenido cada persona y a las situaciones específicas a que ha estado sometida; sin embargo, del mismo modo que se

aprenden conductas inadecuadas pueden aprenderse nuevas conductas más funcionales.

Desde los filósofos antiguos se hablaba que "a los hombres no les molestaban las cosas sino su perspectiva sobre ellas" (Epicteto); Shakespeare en Hamlet expresa en uno de sus personajes: "no hay nada bueno ni malo, solamente el pensamiento lo hace así". Pudiéramos valorar estos aspectos como precursores de la terapia cognitivo-conductual, a lo que se suma la influencia de terapeutas modernos como Alfred Adler, Andrew Salter, Frederick Thorne, Hippolyte Bernheim, Alexander Herzberg y Wilhelm Stekel (Bernstein, 1981).

La terapia cognitivo conductual constituye un enfoque de tratamiento que intenta modificar las conductas y emociones disfuncionales influyendo sobre los procesos de evaluación e interpretación cognitiva del paciente. Pertenece fundamentalmente a la década del 70, donde alcanza un crecimiento rápido y fructífero, pero desde varias décadas antes ya existía un interés por la alteración de los pensamientos desadaptativos; un buen ejemplo es la Terapia Racional Emotiva fundada por Albert Ellis y también denominada entrenamiento en la conducta racional (Goodman y Maultsby, 1974), reestructuración racional sistemática (Goldfried, Decentececo y Weinberg, 1974) y reestructuración cognitiva (Dedwidy, 1978) (citados por Bernstein, 1981).

La terapia cognitivo conductual incluye un amplio arsenal de técnicas entre las que nos encontramos, por ejemplo, entrenamiento en habilidades de tolerancia, inoculación al estrés, terapias de atribución, solución de problemas, manejo del tiempo y entrenamiento en autoinstrucciones. Este modelo psicoterapéutico resulta fundamental en nuestra metodología de trabajo, pues si partimos de que el modo en que el paciente interpreta y evalúa su enfermedad, el proceso quirúrgico y los propios recursos para afrontarlos, repercute en sus respuestas al proceso en que está inmerso, al intervenir en sus pensamientos disfuncionales, expectativas inadecuadas y proporcionar los recursos y habilidades para un afrontamiento efectivo, podemos lograr una recuperación positiva.

Trabajamos en los aspectos siguientes:

- Ofrecer información sobre las características del procedimiento médico y las sensaciones que le acompañan (información procedural y sensorial).
- Brindar información sobre las habilidades y técnicas psicológicas que se le enseñan como recursos necesarios para un mejor afrontamiento del proceso.
- Estimular la expresión de dudas y preguntas, la confianza en el equipo médico y la participación del paciente como elemento activo de este proceso
- Realizar la reestructuración cognitiva de ideas preconcebidas, creencias y falsas expectativas en cuanto al procedimiento médico. Desafiar perturbaciones del pensamiento como: catastrofización del proceso, minimización del evento quirúrgico, magnificación de cualquiera de los componentes, abstracción selectiva.
- Enseñar el automonitoreo y la autoobservación para reconocer señales tempranas de temor, ansiedad o dolor.
- Hacer sugerencias directas sobre expectativas positivas de recuperación tanto con relación al estado psicológico como el fisiológico.

- Enseñar técnicas de respiración y relajación apoyadas en el uso de la biorretroalimentación (respuesta galvánica de la piel) y su combinación con técnicas de imaginación y visualización, encaminadas a desarrollar el sentido de autocontrol, estimular la recuperación física, disminuir la ansiedad conjuntamente con sus mecanismos fisiológicos, endocrinos y metabólicos, manejar el dolor así como alejar la atención del paciente de las fuentes de estrés.

Se incorporan además aspectos específicos con relación al manejo de los trastornos del sueño, pues investigaciones revisadas señalan una alta prevalencia de los mismos en los pacientes quirúrgicos y los destacan como fuertes predictores de frecuencia y severidad de angina de pecho en pacientes masculinos que esperan la cirugía de *bypass* cardíaco (Long, 1987; Neubauer, 1999).

El sueño puede estar afectado por varias condiciones como la propia enfermedad, los efectos de la medicación, el cambio de ambiente, el dolor, la necesidad frecuente de orinar, la ansiedad, la ira, la depresión, el consumo de sustancias estimulantes como la cafeína, las siestas y el cambio de las necesidades de sueño aparejadas con la edad. No obstante, es indiscutible su carácter reparador, por lo que en las condiciones de una cirugía cardíaca resulta importante su cuidado y tratamiento para la recuperación óptima.

Numerosas investigaciones han reportado que el tratamiento farmacológico de los trastornos del sueño puede perder su efectividad a largo plazo, afectar la calidad del sueño y, en ocasiones, conducir a la dependencia psicológica, por lo que se han propuesto alternativas no farmacológicas con resultados positivos (Jenkins y cols., 1988; Riba, 1993).

A los aspectos anteriormente referidos de la metodología de trabajo se suman:

- Ofrecer aspectos educativos con relación al sueño como por ejemplo: las características del sueño según la edad, las diferencias individuales en cuanto a las necesidades de sueño, la conceptualización del insomnio, los aspectos que pueden interferir en la cantidad y calidad del sueño.

- Brindar un grupo de medidas higiénicas con respecto al sueño, que contribuyan a mejorar los hábitos del dormir, tales como: evitar la ingestión de sustancias estimulantes, establecer un ritual antes de ir a la cama, disminuir las siestas tanto como sea posible y no insistir en dormir si no tiene sueño.

- Enseñar el control de estímulos que pueden ayudar a un mejor sueño.

Nueva propuesta terapéutica

La metodología anterior, utilizada de manera individualizada en los pacientes sometidos a cirugía mayor y cirugía cardiovascular en particular, ofreció resultados positivos en estudios realizados al respecto; no obstante, la revisión sistemática de la literatura del tema y el crecimiento del número de pacientes remitidos por el Servicio de Cardiología con vistas a ser preparados para procedimientos médicos invasivos, significó un aumento en la cantidad de tiempo necesario para el desempeño de dicha actividad, por lo que nos replanteamos en el área de la preparación para la cirugía cardíaca, la metodología hasta entonces utilizada.

Para la elaboración de la nueva metodología se realizó un pilotaje previo a 50 pacientes en espera para cirugía cardíaca, 42 acompañantes y 7 cardiólogos del Cardiocentro del CIMEQ, donde se indagaban las necesidades particulares que

podrían ser satisfechas mediante una intervención psicológica en el marco del proceso quirúrgico. Los aspectos referidos fueron: información general sobre el proceder, información sobre el despertar y la intubación, acciones concretas para colaborar y necesidad de que se ajusten las expectativas a las características y condiciones reales del proceso quirúrgico.

Con base en estos antecedentes, pusimos en marcha, como metodología de trabajo, un programa estructurado de carácter psicoeducacional, en el que se pautan los aspectos generales a abordar, pero es lo suficientemente flexible para adaptarlo a las exigencias de cada grupo de participantes. Forman parte del mismo, los pacientes y acompañantes hospitalizados en la Sala de Cirugía Cardiovascular del Centro de investigaciones Médico-Quirúrgicas para realizarse cirugía de *bypass* o valvular, que tengan un nivel intelectual promedio y que, por supuesto, manifiesten su voluntariedad para recibir la intervención psicológica propuesta. Se realiza una evaluación psicológica previa donde se utiliza la entrevista referida con anterioridad, un cuestionario de expectativas y el cuestionario de Salud General de Golberg, versión de 12 ítems. Aquellos pacientes que no cumplan con los requisitos para el programa, reciben una preparación individualizada en función de sus necesidades específicas. Se realiza una evaluación final al mes del alta hospitalaria y a los 6 meses se repite la misma.

El modelo propuesto mantiene como marco teórico de partida, la terapia cognitivo conductual con énfasis en el enfoque grupal. La realización en grupos, permite hacer más en menos tiempo pero este criterio de ahorro en términos de recursos humanos y económicos, no puede conducir a la idea de que es una modalidad de intervención secundaria a la intervención individual, dándole a esta última un papel de primacía. Partir de esta idea afecta las expectativas, tanto del paciente como del terapeuta y dificulta por tanto, el impacto positivo de la intervención. Para el trabajo en grupo, es también una condición necesaria la presencia de un profesional preparado pues no se pueden transferir literalmente las habilidades de la intervención individualizada a las situaciones grupales.

La intervención en grupo, cuenta con un gran número de ventajas (Dies, compilación de Gurman y Messer, 1995):

- Se ha demostrado su éxito para un amplio espectro de pacientes.
- Se ofrece información de manera simultánea a personas con una problemática común
- El grupo es un facilitador para la legitimación de las respuestas emocionales que pueden darse ante una cirugía
- Brinda un sistema de apoyo y referencia donde se comparten dudas, sentimientos y vivencias
- Se expresan las características idiosincrásicas de sus miembros y el modo en que pueden afectar a otros y a sí mismos, por lo que reciben retroalimentación al respecto y pueden aprender nuevos comportamientos, estilos cognitivos y respuestas emocionales
- Las estrategias presentadas y las alternativas de enfrentamiento pueden ser modeladas por los participantes>
- Los menos motivados pueden beneficiarse con la presencia de los más activos y motivados.

Kulik J.A., Mahler H.L. y Moore P.J. (1996) refieren estudios (Schachter, 1959; Cottrell & Epley, 1977; Taylor, Buunk & Aspinwall, 1990) donde se extiende la teoría de la comparación social y la hipótesis de la similitud al campo del estrés y la emoción, destacándose la idea de que las personas que se enfrentan con experiencias nuevas y/o amenazantes sienten un incrementado deseo de afiliarse con otros, especialmente si estos otros enfrentan la misma amenaza. A tal reacción ofrecen varias alternativas de respuestas: la propia similitud emocional, la necesidad de apoyo emocional y seguridad y el incrementado deseo de claridad cognitiva, o sea, de reducir la incertidumbre acerca del verdadero carácter estresante del evento y de las respuestas emocionales que pueden darse.

Otras características del programa:

- Consta de apoyo audiovisual: la información general sobre las diferentes etapas del proceso quirúrgico así como orientaciones psicológicas específicas se ofrecen en un video (VHS) de 12 minutos de duración, lo que facilita la desensibilización con los diversos aspectos de la situación quirúrgica que pueden resultar poco familiares y los pacientes más demandantes de información pueden recurrir a la información referida tantas veces como lo deseen. El uso del video permite además modelar algunas respuestas y conductas deseadas que contribuyen a un mejor afrontamiento.

- Se complementa la información del terapeuta con materiales impresos: los pacientes complementan y amplían la información ofrecida en el trabajo grupal mediante materiales impresos. Se ofrecen en un plegable las orientaciones generales sobre los ejercicios respiratorios y de relajación para mantener una práctica sistemática individual luego de las sesiones de trabajo. También reciben un folleto en el que se exponen técnicas simples para el autocontrol emocional y el manejo del estrés, por considerarse estos factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y constituir parte esencial de un estilo de vida saludable.

- Se incluyen los familiares: también para los familiares la cirugía constituye un evento novedoso y estresante. Los acompañantes, juntamente con el equipo médico, son una importante fuente de apoyo social, su participación en el grupo permite reforzar las habilidades de afrontamiento para un papel más activo en el cuidado del paciente en la convalecencia y la rehabilitación, así como contribuye a evitar su propio cansancio psíquico.

- Es generalizable: las técnicas y recursos psicológicos ofrecidos pueden ser utilizados en otras situaciones de carácter estresante, fuera del proceso quirúrgico, es decir, tienen un valor práctico en la vida cotidiana.

Estructuración por sesiones:

Cuenta con tres sesiones básicas de hora y media de duración, pues estos pacientes, además de la Consulta de Psicología, son valorados y estudiados por otras especialidades, por tanto no se puede perder de perspectiva el factor tiempo. Los enfoques cognitivo conductuales tienden, por su propia naturaleza, a ser considerados como terapias breves. La brevedad no tiene como único criterio el número de sesiones sino que tiene en cuenta la utilidad que reporta para una problemática específica, la solución presente de la misma y las ganancias inmediatas. Por otra parte, existe una focalización clara de metas, la definición de responsabilidades, el énfasis en las fortalezas, capacidades y potencialidades del paciente para enfrentar la problemática y la valoración conjunta de alternativas de solución.

SESION NO.1

Objetivos:

- Iniciar el grupo y realizar el encuadre grupal.
- Valorar las expectativas del grupo.
- Presentar la metodología de trabajo.
- Estimular la expresión de dudas acerca de la enfermedad cardiovascular y la cirugía.
- Legitimar las respuestas emocionales presentes en el proceso.
- Sistematizar los conocimientos de los miembros del grupo sobre el proceso quirúrgico.
- Ofrecer instrucciones conductuales específicas para el afrontamiento.

Contenidos:

- *Encuadres y expectativas.*
- Significación de una cirugía cardíaca.
- El estrés ante la cirugía. Sus manifestaciones físicas y emocionales.
- Información sensorial y procedimental sobre las diferentes etapas del proceso quirúrgico.

Secuencia de actividades:

- Apertura
- Presentación de la coordinación y los participantes.
- Presentación del programa y metodología de trabajo.
- Ejercicio vivencial sobre la comunicación de la noticia de someterse a una cirugía cardiovascular.
- Presentación del tema Mis preocupaciones sobre la cirugía.
- Presentación de un video de 12 min. de duración que ofrece información general sobre el proceso.
- Ejercicios respiratorios.
- Elaboración grupal.
- Evaluación de la sesión.

SESION NO.2

Objetivos:

- Enseñar técnicas respiratorias y de relajación.
- Modelar conductas específicas que deben realizarse en diferentes etapas del proceso.
- Racionalizar el uso de las técnicas respiratorias, de relajación y de las instrucciones conductuales.

Contenidos:

- ¿Por qué es importante una respiración adecuada?
- ¿Cómo podemos relajarnos?

- Técnicas de relajación y ejercicios respiratorios
- Modelado del toser y ejercicios de movilización.

Secuencia de actividades:

- Ejercicio respiratorio vivencial. Discusión de la experiencia.
- Explicación de las posiciones recomendadas para la relajación. Plegable impreso sobre los ejercicios respiratorios y de relajación.
- Práctica de las maniobras de movilización entre pacientes y acompañantes.
- Prácticas del mecanismo de la tos y forma de realizarlo con más facilidad.
- Combinación de ejercicios respiratorios con técnicas de relajación.
- Explicación y práctica de los ejercicios respiratorios y de relajación.
- Elaboración grupal.
- Evaluación de la sesión.

SESIÓN NO.3.

Objetivos:

- Reflexionar acerca de la importancia de los factores psicológicos en el estilo de vida.
- Elevar el nivel de conciencia sobre la responsabilidad individual en el autocuidado.
- Enseñar técnicas para el autocontrol emocional.

Contenidos:

- ¿Qué es el estilo de vida?
- Papel de los factores psicológicos en el estilo de vida.
- Técnicas para el autocontrol emocional.

Secuencia de actividades:

- Dramatización de las posibles recomendaciones en una consulta médica sobre el estilo de vida después de la cirugía.
- Presentación por el coordinador del concepto de estilo de vida, las diferencias entre los estilos de vida saludable y no saludable y la focalización del rol que el adecuado control de emociones tiene en el estilo de vida.
- Promoción de ideas acerca de cómo controlar nuestras emociones.
- Presentación del ABC de la terapia racional emotiva.
- Técnicas sencillas para el autocontrol.
- Elaboración grupal.
- Análisis del cumplimiento de expectativas.

Consideraciones finales

En las personas que comienzan a padecer de una enfermedad del corazón y, de modo particular, aquellas que van a ser sometidas a un tratamiento quirúrgico, existe un sinnúmero de respuestas emocionales, que pueden obstaculizar tanto la colaboración como la propia recuperación, incrementando los costos humanos y económicos del proceso. La Psicología de la Salud se ha ganado un espacio cada vez mayor en este ámbito, pues más allá de garantizar la supervivencia con el progresivo desarrollo de las técnicas y procedimientos médico-quirúrgicos, resulta

indispensable la incorporación del paciente a los roles sociales en las mejores condiciones posibles, es decir, con elevada calidad de vida.

Una amplia bibliografía con aportes tanto teóricos como metodológicos, evidencia la beneficiosa influencia que tiene la intervención psicológica en las diferentes etapas del proceso quirúrgico. Intervención que se caracteriza por el respeto al paciente, la calidad y calidez de la atención, el apoyo para enfrentar el proceso, la percepción del paciente como ser biopsicosocial, único e irrepetible, y la aceptación del derecho que tiene a participar activamente en su enfermedad y tratamiento, pues como plantean Lorda y Júdez (2001) (citados por el Comité de Expertos en Consentimiento Informado, 2001): es importante reconocer "que los pacientes no son hijos menores a los que hay que proteger sino adultos autónomos a los que se ha de cuidar y enseñar para que se cuiden a sí mismos".

Referencias

Bernstein, D. (1981). Introducción a la Psicología Clínica, Editorial McGraw-Hill Interamericana de México.

Castillero Y. y Valdés L. (2000). Estudio e intervención psicológica a pacientes sometidos a estudios invasivos y/o cirugía mayor en Revista electrónica Enfoque Cognitivo, No.2, Uruguay.

Castillero Y. y Valdés L. (2002). Valoración y tratamiento de los trastornos del sueño en pacientes sometidos a estudios invasivos y/o cirugía mayor en Revista Cubana de Psicología, Vol. 19, No.3.

Castillero Y. y Pérez M. (2002). Preparación psicológica para la cirugía mayor en Revista Electrónica de Motivación y Emoción, Vol.8, No.13, España.

Center for Disease Control Framework for Cardiovascular Disease Prevention and Control (2002). Cardiovascular disease.

Facts, Disease Prevention and Treatment Strategies, artículo publicado en internet, www.HealingWithNutrition.com, 2002 Comité de Expertos en consentimiento informado, departamento de salud, Gobierno de Navarra (2001). Salud pública y administración sanitaria, España en www.cfnavarra.es

De L. Horne D., Vatnamidis P., Carerl A.(1993). Preparing patients for invasive medical and surgical procedures: behavioral and cognitive aspects en Behavioral Science Learning Modules of the Division of Mental Health, World health Organization, 1993

Devine EC. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patient: a meta-analysis of 191 studies en Patient Educ Couns, 19:129-142.

Dousseldorp E., Elderen T., Maes S., Meulman J., Kraaij V. (1999). A meta-analysis of Psychoeducational Programs for Coronary Heart Disease patients en Health Psychology, Vol.18, No.5:506-519.

Fortner PA. (1998). Preoperative patient preparation: psychoeducational and educational aspects en *Sem Periop Nurs*, 7 (1):3-9.

Giacomantone E., Mejía A. (1997). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía*. Buenos Aires: Paidós.

Good M. (1996). Effects of relaxation and music on postoperative pain: a review en *J Adv Nurs* 24:903-914.

Jenkins, D.; Stanton, B-A; Niemcryk, S.J. and Rose, R.M.(1988). A scale for estimation of sleep problems in clinical research in *Journal of Clinical Epidemiology* Vol. 41, No 4, 313-321.

Jenkins D. (1995). Interplay between research and practice in Psychosomatic Medicine en *Simposium ofrecido para la academia psicósomática de los Estados Unidos*.

Kiecolt-Glaser JK., Page G., Marucha P., MacCallum R., Glaser R. (1998). Psychological influences on surgical recovery, *Perspectives from Psychoneuroimmunology* en *American Psychologist*, Vol.53, No.11:1209-1218.

Kim H., Garvin B.J., Moser D.K. (1996). Stress during mechanical ventilation: benefit of having concrete objective information before cardiac surgery en *Nurs Res* Sept-Oct; 45 (5):226-70.

Long, M.E. (1987). What is this thing called sleep?, *National Geographic*, December. Mitchell M. (1997). Patients' perceptions of preoperative preparation for day surgery en *J Adv Nurs* 26(2):356-363.

Moix J., Casas JM., López E., Quintana C., Ribera C., Gil A. (1993). Facilitación de la recuperación a través del suministro de información y del apoyo psicológico en *Control de la Calidad Asistencial*, Vol.8, No.1:13-17.

Moix J., López E., Otero J., Quintana C., Ribera C., Saad I., Gil A.(1995). Eficacia de los folletos informativos para suministrar información acerca de la operación y la convalecencia en *Revista de Calidad Asistencial* Vol.5:280-286.

Moix J. (1996). Emoción y cirugía. En *Anales de Psicología*, 10 (2): 167-175.

Moix J. (1996). Ansiedad, dolor y recuperación postquirúrgica. En *Cirugía Española*, 60:337-338. Neubauer, D.(1999). Sleep problems in the elderly, *American Family Physician*, May.

Pérez-Moreno JA., Pérez Cárceles MD, Osuna E., Luna A. (1998). Información preoperatoria y consentimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente en *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 45:130-135.

Raleigh EH., Lepczyk M., Rowley C. (1990). Significant others benefit from preoperative information. En *J Adv Nurs* 15(8):941-945.

Riba, F.J (1993). *Insomnia: Behavioural and cognitive interventions*. En: *Behavioral Sciences, Learning Modules, Division of Mental Health, World Health Organization, Geneva, 1993*.

Roca M.A. (2000). *Psicología Clínica. Una visión general*. La Habana: Editorial Félix Varela.

Sanne H., Wenger N.(1983). Psychological and social aspects of coronary heart disease, information for the clinician a publication of the Scientific Council on the Rehabilitation of cardiac patients of the International Society and Federation of Cardiology.

Seers K., Carrol D. (1998). Relaxation techniques for acute pain management. En *J Adv Nurs* 27.

Tusek D. (1997). Guided imagery as a coping strategy for perioperative patients. En *AORN Journal* 66(4):644-649.

RELACION ENTRE LAS CREENCIAS Y EL NIVEL DE AUTOEFICACIA EN PACIENTES ADULTOS CON CANCER

*Ingrid Johana Taymal Ortega
Milena Benítez Restrepo
Lina Paola Cardona Escobar*

Pontificia Universidad Javeriana
Cali - Colombia

Introducción

La presente investigación es un aporte a la psicología de la salud en el área Oncológica en población adulta. El interés parte de querer conocer cuál es el papel que tienen las creencias sobre la enfermedad y el tratamiento, en la auto-eficacia; siendo el objetivo de este estudio.

En la actualidad se confirma la relación entre creencias y variables demográficas como edad, género y escolaridad, sin mencionar la relación propuesta en pacientes con la enfermedad. En la teoría de la auto-eficacia se plantea que las creencias hacen parte de este concepto, es por ello que se hace necesario conocer el nexo entre estas dos variables de tipo cognitivo para diseñar en un futuro, programas de intervención que incidan en la reestructuración de creencias irracionales de los pacientes adultos con cáncer con el fin de incrementar la confianza en su eficacia personal.

Este estudio tiene un impacto en el ámbito de la salud, especialmente en el área de oncología, porque evidencia la importancia del componente cognitivo en la percepción y en las conductas de los pacientes hacia su salud, sin desligar el componente biológico como lo es la enfermedad crónica del cáncer, teniendo en cuenta la visión biopsicosocioambiental del ser humano.

Otro de los motivos fue rescatar cada vez más un sujeto psicológico dentro del ámbito de la salud, el cual construye creencias a partir de su realidad y contexto, siendo activo en medio del proceso de su enfermedad y tratamiento, generando nuevas alternativas y percepciones de eficacia.

Método

Diseño

Esta investigación fue cuantitativa, dado que se operacionalizan las variables creencias y auto-eficacia. El estudio fue inicialmente exploratorio porque su objetivo era examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes; también fue descriptivo porque buscaba especificar las propiedades importantes de personas, midiendo a través de dos instrumentos diseñados para cada una de las variables independientemente, para así describir lo que se investiga. Finalmente, fue correlacional porque el propósito principal era saber cómo se comportaba la relación entre Creencias y Auto-eficacia.

Sujetos

Se obtuvo un total de 101 sujetos diagnosticados con cáncer entre 30 y 60 años, muestra que excedió el número requerido estadísticamente con base en la prueba piloto. De los cuales 5 fueron rechazados por superar el tiempo de diagnóstico, que va de 1 mes a 3 años, arrojando una muestra final de 96 sujetos, donde el 77.1% corresponde al género femenino y 22.9% al género masculino, que asistían a consulta de Oncología, a las Unidades de Quimioterapia y Radioterapia del H. U. V, con tratamiento en un tiempo mínimo de 1 mes y máximo un año. Para el conjunto de la muestra se estableció un error menor del 1%, con una confiabilidad del 99%. Escolarmente, los sujetos se ubican entre los grados tercero y quinto de primaria y último año de bachillerato, es decir mas de 90% de la muestra no ha realizado estudios técnicos o universitarios.

Instrumentos

Se construyeron dos instrumentos (cuestionarios) para cada una de las variables (creencias y auto-eficacia), independientemente. Se aplicaron individualmente, sin límite de tiempo. La forma de calificación y evaluación, se basa en la escala tipo likert que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción u opinión de los sujetos, eligiendo una de las dos opciones de respuesta (de acuerdo y desacuerdo).

La utilización del primer cuestionario tuvo como objetivo, identificar las creencias de tipo adaptativo o desadaptativo, con respecto a las categorías de enfermedad y tratamiento, el cual constaba de 22 ítems organizados en un bloque.

El segundo instrumento tuvo como objetivo identificar el nivel de auto-eficacia en Salud, con respecto a 6 categorías: Educación e Información, Dieta, Medicamentos, Control Médico, Ejercicios, Percepción de tratamiento y la enfermedad. El instrumento está constituido por 34 ítems organizados en un bloque.

Procedimiento

Se realizó un acercamiento a la población y se contactó a los profesionales de la salud para la evaluación y validación de los instrumentos. Así mismo, se aplicó una prueba piloto con 21 pacientes de radioterapia y quimioterapia con el fin de realizar los cambios pertinentes a los instrumentos, para obtener la desviación estándar, elemento fundamental que determinó el número de sujetos de la muestra.

Posteriormente, se obtiene un total de 101 cuestionarios aplicados. Se consultó a una Estadística especializada en ciencias sociales y un Psicólogo experto en metodología de la investigación, para realizar la correlación de las variables, mediante el uso del paquete estadístico SPSS versión 10, que arrojó los datos cuantitativos de cada uno de los instrumentos y su correlación. Se utilizó la prueba de *Spearman* y tablas de contingencia de datos de dos entradas, para la descripción. Finalmente, se realizó el análisis de la información cuantitativa y cualitativa de la investigación, utilizando también el diario de campo construido en el proceso de aplicación.

Resultados

Datos demográficos de la muestra

El 43.8% de la muestra se encuentran entre los 30 y 60 años de edad, periodo donde comúnmente aparece el Cáncer de próstata en hombres y el cáncer de cerviz y de mama en mujeres; sin embargo, existe un segundo porcentaje relativamente alto de 32.3% que corresponde a sujetos entre 31 y 39 años donde aparece cáncer especialmente de colon, de estómago y de mama, lo cual evidencia la manifestación cada vez más alta de la enfermedad del cáncer en adultos jóvenes.

Teniendo en cuenta que son las mujeres el género más representativo de la muestra, el diagnóstico más frecuente es el Cáncer de Mama con un porcentaje del 44,8. Seguido se encuentra el Cáncer de Cerviz con un 9,4 %. Después está el Cáncer de Colon con el 7,3%, el Cáncer de Próstata con el 6,3%, el cual es significativo teniendo en cuenta el número de sujetos masculinos incluidos. El resto de los sujetos tienen otros diagnósticos como: de faringe, de recto y de pulmón.

Creencias sobre Enfermedad y Tratamiento

Con el objetivo de identificar las creencias de los sujetos sobre las causas de su enfermedad y el funcionamiento del tratamiento, se identificó entre las tres principales, que atribuyen el cáncer a altos niveles de estrés, con el 47,9%; a un problema hereditario de la familia, con 44,8%; y al destino, con el 42,7%. Sin embargo, un porcentaje menor atribuye la causalidad a la brujería, al comportarse mal, a un castigo de Dios, entre otras (ver tabla 1).

Tabla 1 - Creencias de enfermedad y tratamiento

<i>Creencia</i>	<i>%</i>	<i>Creencia</i>	<i>%</i>
Enfermedad		Tratamiento	
Cáncer por estrés	47.9	Respuesta a la salud en un grupo de oración	71.9
Causada por herencia familiar	44.8	La cura solo la da Dios	57.3
Enfermedad del destino	42.7	Tratamiento impide una vida normal	53.1
Causada por mal manejo de los problemas	34.4	Tratamiento daña otras partes del cuerpo	49
Causada por contaminación ambiental	17.7	Cirugía riega el cáncer	34.4
Causada por mala alimentación	17.7	Complicaciones por el tratamiento	30.2
Causada por un virus del ambiente	27.1	Medicina natural mejor que la tradicional	15.6
Causada por	14.6	Tratamiento	10.4

comportarme mal		empeora la enfermedad	
Causada por un castigo de Dios	12.5	Tratamiento quita la vida	7.3
Resultado de la mala suerte	8.3	Cambios indican que el cáncer se riega	7.3
Causada por brujería	3.1	Estar en el tratamiento es perder el tiempo	1

En cuanto a las creencias sobre el tratamiento más significativas, se identificó en más del 90% de la población, el componente religioso, donde encontraban respuesta a su salud asistiendo a un grupo de oración con el 71,9%; el único que puede curar la enfermedad es Dios con el 57,3%; el tratamiento impide llevar una vida normal con el 53,1%; y el tratamiento daña otras partes del cuerpo con 49% (ver tabla 1). Sin embargo, el 65.6% de los sujetos incluidos dentro de la investigación tienen creencias adaptativas sobre la enfermedad y el tratamiento. Es decir, que puntuaron entre 1 y 6 creencias. El 34.4 % se ubica a los sujetos en creencias desadaptativas, lo que significa que marcaron más de 6 creencias.

Auto-Eficacia

Contestando al segundo de los objetivos de esta investigación, se observa que en la categoría de Educación, tiene mayor porcentaje el ítem, "Me interesa saber cómo debo cuidarme", con el 97,1%; dentro de la categoría Dieta, el ítem más representativo es, "Puedo hacer cambios en mi alimentación", con el 92,7%; dentro de la categoría Medicamentos, se encuentra el ítem, "Soy capaz de tomar los medicamentos a las horas indicadas", con el 94,8%; por otro lado, en la categoría de Control médico se encuentran los ítems, "Me esfuerzo por cumplir el tratamiento" con el 97,9% y "Soy capaz de colaborar totalmente con el tratamiento", con el 95,8%. Dentro de la Categoría de Ejercicio, el ítem de mayor porcentaje es, "Soy capaz de hacer ejercicios a pesar de la enfermedad", con un 75%. Y finalmente, en la categoría Percepción del tratamiento y la Enfermedad, se encuentra el ítem, "Creo que el tratamiento sirve", con un 99%. (ver tabla 2).

El 63,6% de los sujetos presenta un nivel de Auto-eficacia alto, el 26,1% se ubica en nivel de Auto-eficacia medio y el 10,6 % en un nivel de Auto-eficacia bajo.

Tabla 2 - Ítem por categoría

Categoría	Afirmación	%
Educación	Interés por saber como debo cuidarme	97,1
	Aprender cosas nuevas sobre la enfermedad	90,6
	Conversar con el médico sobre lo no entendido	81,3

	Leer artículos sobre la enfermedad	81,3
	Podría asistir a charlas sobre la enfermedad	79,2
	Exijo explicaciones del médico	75
	Participa en charlas sobre la enfermedad	34,4
Dieta	Hacer cambios en la alimentación	92,7
	Capacidad para cumplir con una dieta	80,2
	Consumir alimentos que debo consumir	64,6
Medicamento	Tomar los medicamentos a las horas indicadas	94,8
	Tomar con exactitud la droga formulada	93,8
	Confiar en la droga que toma	93,8
Control médico	Esfuerzo por cumplir el tratamiento	97,9
	Colaborar totalmente con el tratamiento	95,8
	Capacidad de realizar lo que dice el médico	88,5
Ejercicio	Capaz de hacer ejercicio a pesar de enfermedad	75
	Realizar ejercicios mejora la salud	75
	Suficientes capacidades para hacer ejercicio	71,9
	Disponer de tiempo para hacer ejercicio	69,8
	Capaz de realizar diariamente ejercicios	66,7
	Incluir en la rutina ejercicios	47,9
Percepción del tratamiento y la Enfermedad	Cree que el tratamiento sirve	99
	Esfuerzo diario por el cuidado de la salud	94,8
	Controlar las dificultades de la enfermedad	85,4
	Descubrir las molestias de la enfermedad	85,4
	Cree que el cáncer tiene cura	85,4
	No duda de las capacidades para cuidar su salud	80,2
	Molestia por depender de otros	75
	Cree que puede vivir bien con la enfermedad	64,6

	Pienso poder seguir cuidándome ante recaídas	62,5
	No complicación de la vida con el diagnóstico	47,9
	No dejar de hacer actividades por la enfermedad	42,7
	Ha cumplido el tratamiento sin ayuda de su familia	25

Correlación entre Auto-eficacia y Creencias

De acuerdo con los puntajes obtenidos por los sujetos en el instrumento de Creencias y Auto-eficacia, se plantea la correlación de estas dos variables con el fin de demostrar significativamente su relación y responder al tercer objetivo, para ello se utilizó el análisis estadístico de Spearman y una tabla de contingencia de dos entradas.

Los resultados demuestran que la correlación es inversamente proporcional con Rho de $-0,622$ y una p de $0,000$, esto indica que mientras que el número de Creencias baja, el nivel de Auto-eficacia aumenta, lo cual es estadísticamente significativo (Ver tabla 3)

Tabla 3 - Correlación Creencia y Auto-eficacia.

Rho de Spearman		Creencia	Auto-eficacia
Creencia	Coefficiente de correlación	1	-0,62
	Sig. (bilateral)		0
	N	96	96
Autoeficacia	Coefficiente de correlación	-0,62	1
	Sig. (bilateral)	0	
	N	96	96

Para confirmar esta correlación, se presenta una tabla de contingencia de dos entradas, en la cual, se relaciona los niveles de Auto-eficacia con Creencias adaptativas y desadaptativas.

Tabla 4 - Contingencia entre Creencia y Auto-eficacia.

		Auto-eficacia			Total
		Baja	Media	Alta	
Creencias Adaptativas	Recuento		14	49	63
	% de Creencias		22,2	77,8	100,0
	% de Autoeficacia		56,0	80,3	65,6
	% Total		14,6	51,0	65,6
Creencias Desadaptativas	Recuento	10	11	12	33
	% de Creencias	30,3	33,3	36,4	100,0
	% de Autoeficacia	100,0	44,0	19,7	34,4
	% Total	10,4	11,5	12,5	34,4
Total	Recuento	10	25	61	96
	% de Creencias	10,4	26,0	63,5	100,0
	% de Autoeficacia	100,0	100,0	100,0	100,0
	% de Total	10,4	26,0	63,5	100,0

Lo anterior confirma que el 65.6% es el total de personas con creencias adaptativas distribuidas de la siguiente forma: en baja auto-eficacia no se encuentra ningún sujeto, en auto-eficacia media se encuentran el (14.6%) y en auto-eficacia alta el (51.0%), lo cual significa que hay mas personas con auto-eficacia alta y creencias adaptativas de lo que se esperaba; por lo cual, se puede afirmar que no tener creencias desadaptativas predice una alta o media auto-eficacia. Por el contrario, tener creencias desadaptativas supone una baja auto-eficacia. Esto se corrobora con el porcentaje de personas con bajo nivel de auto-eficacia y creencias desadaptativas, el cual es del 30.3%, esperándose 10.4% para rechazar la correlación.

Teniendo en cuenta la experiencia y los estudios realizados, se consideró pertinente correlacionar la variable Creencias con la Variable sociodemográfica, Escolaridad.

Tabla 5 - Correlación entre Creencia y Escolaridad

Rho de Spearman		Creencia	Auto-eficacia
Creencia	Coeficiente de correlación	1	-0,62
	Sig. (bilateral)		0
	N	96	96
Autoeficacia	Coeficiente de correlación	-0,62	1
	Sig. (bilateral)	0	
	N	96	96

Se encuentra que existe una correlación inversamente proporcional con un Rho de $-0,423$ y una p de $0,000$, es decir, que a medida que aumenta la escolaridad, disminuye la cantidad de Creencias desadaptativas, lo cual es estadísticamente significativo.

Para confirmar lo anterior, se presenta la tabla No 6, que relaciona creencias desadaptativas y adaptativas con cuatro niveles de escolaridad. El primero de estos, incluye sujetos sin escolaridad, el Segundo corresponde a sujetos que han cursado algunos niveles de primaria, el tercer grupo contiene sujetos que han cursado algunos niveles de bachillerato y el cuarto involucra sujetos que han realizado algunos semestres técnicos o universitarios.

Tabla 6 - Contingencia entre Escolaridad y Creencia

			Niveles de Escolaridad				Total
			Ninguna	Primaria	Secundaria	Universitario	
Creencias	Adaptativa	Recuento	1	20	36	6	63
		% de creencia	1,6	31,7	57,1	9,5	100,0

		% de escolaridad	25,0	50,0	81,8	75,0	65,6
		% del total	1,0	20,8	37,5	6,3	65,6
	Desadaptada	Recuento	3	20	8	2	33
		% de Creencia	9,1	60,6	24,2	6,1	100,0
		% de Escolaridad	75,0	50,0	18,2	25,0	34,4
		% del total	3,1	20,8	8,3	2,1	34,4
Total		Recuento	4	40	44	8	96
		% de creencia	4,2	41,7	45,8	8,3	100,0
		% de Escolaridad	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		% del total	4,2	41,7	45,8	8,3	100,0

Los datos demuestran también que son el 65.6% el total de las personas con creencias adaptativas teniendo la siguiente distribución dentro de los cuatro niveles de escolaridad: una persona (1,0 %) sin escolaridad, veinte sujetos (20.8%) con un nivel de escolaridad de primaria, 36 personas (37.50%) con un nivel de escolaridad de secundaria y seis personas (6.30%) con estudios técnicos o universitarios. Es decir, que mientras disminuye la escolaridad, disminuyen las creencias adaptativas, confirmándose en el porcentaje de personas con creencias desadaptativas y bajo nivel de escolaridad, el cual es el 3.10%. Cabe mencionar que el porcentaje del nivel más alto de escolaridad es bajo, ya que el número de sujetos es menor con respecto a primaria y secundaria, lo cual hace más significativas las diferencias en los porcentajes.

Discusión

De acuerdo con los resultados, podemos decir que la creencia incluye todo un conjunto de significados, entre los cuales se sugieren creencias religiosas o actitudes morales, evidenciándose con un alto porcentaje de pacientes que creen que asistiendo a un grupo de oración, encontraran respuesta a su salud y consideran que Dios es el único que puede curar la enfermedad, lo cual se relaciona con la teoría de punto de control citado por un estudio realizado por Tittle Mary (2002), la cual plantea una actitud externa en las personas que creen que el control de los resultados en su salud está en una fuerza externa, en este caso Dios.

Por consiguiente, se considera que existe un componente cultural o social en la elección de la fuerza externa, ya que existe una representación simbólica que conforma ese sistema de apoyo, de esperanza y de fe que necesitan para la amenaza de una enfermedad crónica como el cáncer. De manera que se puede identificar el componente emotivo o un conjunto de afirmaciones básicamente emocionales acerca de lo que "debe" ser cierto, influenciado por la formación moral que han podido recibir las personas entre 30 y 60 años, rango de edad establecido en esta investigación.

De otro lado, también están aquellas creencias que se definen frente al diagnóstico y que tienen como función, no solo encontrar una explicación o causa, sino también un significado a su enfermedad y que fomentan un sentimiento de capacidad y control en un momento de pérdida de salud, con posibilidad de deterioro físico o muerte. Creencias que se observan en los pacientes, cuando mencionan que el estrés, la herencia familiar, el destino o el mal manejo de los problemas de la vida, explican la posible causa de la enfermedad, creación narrativa que devuelve la sensación de control, de acuerdo con Rolland (2000).

En cuanto a la Herencia como causa de la enfermedad, se encuentra por el reporte de los pacientes, experiencias pasadas con algún familiar, sea este un miembro de la familia nuclear o extensa; aquellos que no seleccionaban esta creencia nunca se habían enfrentado a una situación de cáncer en su familia. Tittle (2002) encuentra lo mismo en su investigación y señala que las mujeres que no tuvieron ningún familiar o amigo con cáncer, parecían interiormente motivadas. Y afirmó que después de que alguien que ellas conocieran se enfermara con cáncer, los aspectos emocionales pesaban más significativamente que el conocimiento sobre el tratamiento del cáncer.

Así mismo, se encontraron creencias ligadas a su vivencia en el tratamiento, siendo las más notables las que se refieren a que el tratamiento les impide llevar una vida normal y que éste daña otras partes del cuerpo, frecuentes en los pacientes que reciben quimioterapia, ya sea sola o acompañada por radioterapia. Dicho impedimento se puede explicar por limitaciones de los pacientes en el

desplazamiento constante de otras regiones lo que implica dejar a su familia, su trabajo y su cotidianidad; a esto se suman las versiones de terceros sobre lo aversivo del tratamiento y por los notables cambios físicos que afectan la auto imagen, cambios que atribuyen con una connotación negativa al tratamiento, desconociendo el funcionamiento real de los químicos en el cuerpo. Esto se descubre en algunos comentarios de mujeres con cáncer de mama, las cuales mencionan el rechazo a su cuerpo, su imagen y cambios en su sexualidad, ya sea por disminución del deseo sexual o por el desprecio de su pareja.

Con lo expuesto anteriormente, estamos de acuerdo con Kleiman (1998) citado por Rollan (2000), en que la dimensión simbólica de la enfermedad representa "la manera en que la persona enferma percibe los síntomas y la discapacidad, convive con ellos y les da respuesta" dicha dimensión representa una síntesis de significados biológicos, personales, familiares y culturales que se combinan entre sí.

En los sujetos de baja escolaridad aparecen con mayor frecuencia creencias de causalidad de tipo supersticioso (brujería), sobrenatural (un Dios vengativo), culpabilización (por comportarse mal), biológica (un virus), social (la contaminación), alimentación (malos hábitos alimenticios), o simplemente la mala suerte y respecto a las creencias sobre tratamiento, mencionaron que la cirugía riega el cáncer y que los tratamientos naturales son mejores que los tradicionales.

En el tipo supersticioso se encontró que algunas mujeres atribuían la causalidad a brujería o "trabajos" de parte de la amante de su ex - pareja o por las esposas, al ser ellas las amantes. En cuanto al sentimiento de culpa por malos comportamientos, se identificaron los siguientes supuestos: "me dio el cáncer por tener varios compañer@s sexuales", "por dejar a mi familia, al irme con otra", "por llevar una vida alegre, estar en fiestas, rumbas, tomar y fumar"; estilo de vida que cambiaron drásticamente al conocer el diagnóstico. En pacientes con cáncer que involucra el sistema digestivo, atribuían la causalidad a los malos hábitos alimenticios, la comida chatarra, los fritos y los químicos (preservativos).

En cuanto al tratamiento, se encontró que algunos pacientes intervenidos quirúrgicamente creían que su metástasis era consecuencia de la cirugía; y al indagar se encontraba que estos sujetos no se habían realizado tratamientos complementarios en el momento indicado (quimioterapia y/o radioterapia), lo cual explica poca adherencia al tratamiento.

También se identificó otro grupo de personas que influenciados por comentarios de terceros sobre esta creencia, les impedía en ese momento tomar la decisión de ser intervenidos quirúrgicamente, lo cual confirma la relevancia del componente cognitivo, en este caso las creencias, en la toma de decisiones y adhesión al tratamiento.

Siguiendo con el tratamiento, habían sujetos que mencionaban que recibirlo no era perder el tiempo pues su experiencia respecto a la disminución del volumen del tumor y del dolor, le indicaba que éste si estaba funcionando; sin embargo, habían otros que consideraban que los tratamientos de medicina natural eran mejores que los tradicionales (radioterapia, quimioterapia y medicamento) por comentarios de terceros y la vivencia de la muerte de personas cercanas, lo cual restaba credibilidad a los tratamientos tradicionales; impidiendo estas creencias una correcta adhesión al tratamiento.

Es por lo anterior que se confirma que la creencia es la gama de supuestos o premisas que rigen la adaptación (o desadaptación) al medio físico o humano, que según Kluckhohn (1960) citado por Rollan (2000) determinan las pautas de

comportamiento en relación con los desafíos comunes de la vida. Las creencias le brindan coherencia a la vida del individuo porque facilitan la continuidad entre el pasado, el presente y el futuro, y proponen un modo de abordar las situaciones nuevas o ambiguas, como, por ejemplo, una enfermedad crónica.

Si la creencia rige la adaptación, se puede decir que la mayoría de los sujetos que participaron en esta investigación se han adaptado a la vivencia de la enfermedad, y se puede ver reflejado en los niveles de auto-eficacia, concepto que se refiere a la creencia que tiene el sujeto de poder realizar una conducta o tarea específica en el futuro o un conjunto de determinantes próximos de su conducta. Por lo tanto, las creencias sobre uno mismo influyen de distintas formas en el funcionamiento psicosocial del individuo.

Para dar cuenta de este concepto, el instrumento lo componen 6 categorías (educación e información, medicamento, dieta, ejercicio, control médico, percepción del tratamiento y la enfermedad) que evalúan la percepción del funcionamiento del individuo frente a su salud. Dentro de cada categoría se destacan las afirmaciones que indican las capacidades más fuertes.

La primera categoría corresponde a la educación e información que tienen los pacientes sobre la enfermedad y el tratamiento, donde el interés por saber cómo deben cuidarse tiene el porcentaje más alto, demostrando una necesidad de índole cognitivo dirigida a alcanzar el propósito de auto cuidado que exige un locus de control interno por parte del paciente, que se relaciona con el querer aprender cosas nuevas acerca de la enfermedad y con la necesidad de participar en charlas sobre su manejo, leer artículos, preguntar y conversar con el médico sobre lo que no entienden, aunque estos dos ítems fueron acompañados de comentarios que hacían referencia al deseo de encontrar en el médico - oncólogo una persona aséptica a dar respuesta a las preguntas y temores que manifiestan.

Frente a la relación médico - paciente, no hay una comunicación que describa e interprete los resultados biomédicos de la afección del paciente, solo se limita a la formulación de medicamentos o cambios en el tratamiento, aspecto que debería darse según lo propuesto por Kleiman (1998) citado por Rollan (2000).

La segunda categoría hace referencia a la dieta y la percepción de los sujetos de hacer cambios en la misma; de acuerdo con Villamarin (1994), los pacientes pueden regular los intentos de abandonar los hábitos perjudiciales para la salud, incluyendo la capacidad de cumplir con una dieta e ingerir alimentos que deben consumir; en esta última afirmación es necesario aclarar que una proporción de sujetos manifestó no haber recibido ninguna recomendación en esta área por parte del médico u otro profesional de la salud, continuando con los mismos regímenes alimenticios; sin embargo, se identificó que pacientes con cáncer de colon realizaron cambios significativos en esta área, eliminando la grasa y el alcohol e incrementando el consumo de frutas y verduras.

En la categoría de medicamentos, se identifica una alta capacidad, no solo para tomar con exactitud la droga formulada a las horas indicadas, sino también la confianza hacia los medicamentos. Estos comportamientos determinan la persistencia en el cumplimiento de prescripciones (ingesta de medicamentos, aplicación de quimioterapia y radiaciones) que favorecen la salud.

En la cuarta categoría se involucra el control médico, donde las personas se esfuerzan por cumplir, continuar y colaborar totalmente con el tratamiento, lo cual puede estar influenciado por variables motivacionales que determinan la elección de

comportamientos, el esfuerzo y la persistencia en las conductas elegidas, a pesar de sus implicaciones.

Estas variables motivacionales pueden tener cambios de acuerdo al género, pues algunos hombres manifestaban su deseo de tener una pronta mejoría para continuar con su vida laboral, al igual que las mujeres cabeza de familia, aunque la mayoría de éstas manifestaban como factor motivacional principal el cuidado de su familia.

En la categoría ejercicio físico se encontró que las personas piensan que son capaces de hacer ejercicios a pesar de la enfermedad y que la realización de esto ayuda a mejorar la salud, además, consideran que tienen tiempo para hacerlos diariamente pero menos de la mitad de la muestra incluye ejercicios en su rutina diaria. Se entiende que las molestias por el tratamiento, en especial la quimioterapia, pueden limitar en cierto momento la realización de actividades físicas, pero se espera, según lo planteado por Villamarin (1994), que estos sujetos que creen tener las capacidades físicas puedan influir en la rapidez y magnitud de la recuperación después de dicho tratamiento.

Desde los postulados de Bandura (1986), la no inclusión de ejercicios en su rutina diaria se debe a que estos individuos tienden a evitar aquellas tareas y situaciones que cree exceden sus capacidades, pero inicia y desarrolla aquellas otras que se considera capaz de dominar, postura que se rechaza desde los resultados obtenidos en el instrumento de auto-eficacia ya que los sujetos sí se consideran capaces, no sólo de realizar ejercicio, sino de incluirlos en su rutina diaria, pero creemos que no los inician por variables motivacionales y personales, tales como el no interés en la realización de actividades físicas y la dependencia de una guía establecida por un profesional de la salud.

La última categoría hace referencia a la percepción de la enfermedad y el tratamiento de los sujetos de la muestra, componente importante en la auto-eficacia ya que favorece el desarrollo de actividades que construyen mayor número de competencias que les permiten afrontar estímulos estresantes o situaciones amenazantes. Este componente está relacionado con otros conceptos psicológicos como locus de control, indefensión aprendida y auto estima.

En este sentido, creer que el tratamiento sirve, que pueden controlar las dificultades de la enfermedad, creer que el cáncer tiene cura, no dudar de sus capacidades, la molestia por depender de otros para sus cuidados, creer que pueden vivir bien con la enfermedad y poder seguir cuidándose ante las recaídas, son percepciones positivas que ayudan a crear las competencias necesarias para afrontar la enfermedad, según lo planteado por Bandura (1986).

Otras percepciones positivas señaladas en menor proporción, muestran que la vida de los sujetos no se ha complicado desde el diagnóstico y no han dejado de hacer actividades por la enfermedad, las cuales se acompañan de un concepto de enfermedad, como una situación más de la vida, que simplemente tienen que resolver, o como un proceso natural de la vida "de algo nos vamos a morir".

A pesar de que la auto-eficacia es la creencia del sujeto de su capacidad para realizar una conducta, donde se han encontrado que influyen factores motivacionales, personales y psicológicos, también se encontró que la familia forma parte del componente motivador, ya que es una fuente de apoyo y ayuda en cuestiones económicas y de acompañamiento.

De acuerdo con lo anterior, se puede caracterizar cada uno de los niveles de auto-eficacia, no para rotular, sino para identificar las debilidades y capacidades, y así generar intervenciones en el futuro.

Los ítems mencionados dentro de los niveles de auto-eficacia son cogniciones y comportamientos cambiantes, que se forman y se reelaboran constantemente a partir del procesamiento y la integración de la información procedente de diferentes orígenes, tales como los propios logros en el pasado, la observación del comportamiento propio y de los demás, la auto-percepción del estado fisiológico del organismo y orientaciones e indicaciones brindadas por los profesionales de la salud y por el material bibliográfico. En este sentido, las expectativas vendrían a ser creencias actuales, que reflejan la historia individual y que se proyectan hacia el futuro.

Con los datos descritos en esta discusión confirmamos que las creencias sobre la enfermedad y el tratamiento están relacionadas inversamente proporcional con el nivel de Auto-eficacia en salud de los pacientes adultos que asisten al H.U.V., lo cual corresponde a la hipótesis de trabajo de esta investigación. Esto quiere decir que, a medida que disminuye la cantidad de creencias desadaptativas, aumenta el nivel de auto-eficacia en salud. Cuando tratamos de resolver el por qué de esta relación, se encuentra que estas dos variables son de tipo cognitivo, que buscan tener una coherencia integrando el concepto y causalidad de la enfermedad, la experiencia subjetiva del tratamiento, percepción de las propias habilidades, capacidades y expectativas a largo plazo, añadiendo las variables motivacionales y personales que se conjugan en la conducta elegida, que se puede ver en las siguientes relaciones entre las creencias, las conductas y percepciones eficaces encontradas en esta investigación:

Las personas que creen que el cáncer es causado por mucho estrés, se comprometen más con el tratamiento, descubren las molestias de su enfermedad, controlan las dificultades de ésta e incluyen conductas saludables dentro de su rutina diaria, que en este caso responde a una variable interna del sujeto, dependiendo solo de su control.

Los sujetos que creen que el tratamiento no les impide llevar una vida normal y piensan que su vida no se ha complicado desde que se diagnosticó, siguen realizando actividades, se sienten capaces de hacer ejercicios, disponen del tiempo e incluyen dentro de su rutina actividades físicas.

Los pacientes que creen que estar en el tratamiento no es perder el tiempo y que éste no empeora la enfermedad, tienen la capacidad de tomar con exactitud la droga formulada, colaboran totalmente con el tratamiento, pueden hacer cambios en su alimentación y confían en la droga que toman para el tratamiento.

En contraste, aquellos que piensan que la medicina natural es mejor que los tratamientos tradicionales, no toman con exactitud la droga formulada, no colaboran totalmente con el tratamiento, no toman el medicamento a las horas indicadas, no confían en la droga que toman para el tratamiento, no se esfuerzan por cumplir el tratamiento ni hacen correctamente todo lo que les indican los médicos.

Después de haber encontrado las creencias más relevantes sobre la enfermedad y el tratamiento, identificado el nivel de auto-eficacia y corroborado la relación entre estas dos variables, podemos afirmar para finalizar, que las creencias influyen en la auto-eficacia y no viceversa, a pesar de ser las dos, variables cognitivas, dado que la segunda incluye aspectos motivacionales, personales, psicológicos y las creencias

del individuo sobre sus capacidades, funcionan como un conjunto de determinantes próximos de su conducta, de sus patrones de pensamiento y de las reacciones emocionales que experimenta ante situaciones amenazantes como la enfermedad crónica del cáncer.

Se espera que futuras investigaciones correlacionen otras variables sociodemográficas como la edad y el género, y apliquen los instrumentos en otros centros hospitalarios y clínicas para extrapolar los resultados a la población con cáncer de la ciudad de Cali.

Conclusiones

Se encontró una correlación inversamente proporcional entre creencias y auto-eficacia, con un Rho de -0,622 y una p de 0,000, es decir, mientras que el número de Creencias baja, el nivel de Auto-eficacia aumenta, lo cual es estadísticamente significativo. Así mismo se descubre la correlación inversamente proporcional entre creencia y escolaridad, con un Rho de -0,423 y una p de 0,000, es decir, que a medida que aumenta la escolaridad, disminuye la cantidad de Creencias desadaptativas. Se concluye que las creencias influyen en la auto-eficacia y no viceversa, a pesar de ser las dos, variables cognitivas, dado que las creencias del individuo sobre sus capacidades funcionan como un conjunto de determinantes próximos de su conducta, de sus patrones de pensamiento y de las reacciones emocionales que experimenta ante situaciones amenazantes como la enfermedad crónica del cáncer.

Es importante considerar el pensamiento auto-referente o auto-eficacia dentro de las campañas de salud para la prevención y promoción, ya que estos procesos intervienen en la iniciación y mantenimiento de las conductas favorables

Se percibe como característica notoria, la necesidad de un profesional de la salud, que traduzca o interprete el diagnóstico a un lenguaje sencillo de comprender, que escuche y que aclare aquellas creencias que pueden afectar la adaptación del sujeto a su enfermedad y tratamiento.

Referencias

Bandura, Albert, (1999) *Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A.

Bandura, Albert, (1987) *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A.

Bandura, Albert, (1.982). Self - efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. 37,2. 122 - 147.

Bermúdez, Cristina. (1997) *Relación entre la auto eficacia y la adhesión al tratamiento en un grupo de pacientes hipertensos de un centro de salud de Cali*. Trabajo de Grado. Cali. Universidad del Valle

Buela - Casal, Gualberto, CABALLO, Vicente, SIERRA, J. Carlos. (1996) *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España. España Editores.

Dallos, Rudi, (1996). *Sistemas de Creencias Familiares, Terapia y Cambio*. España. Editorial Paidós

Rolland, John. S. (2000) *Familias, Enfermedad y discapacidades*. España. Editorial Gedisa

Tittle, Mary y Chiarelli, Meredith. (2002). Las creencias de salud sobre cancer de seno y locus de control en salud. En: *Journal of Gerontological Nursihg. Thorofare. Vol. 28, 37.*

**PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO PARA PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON LEUCEMIA
LA PERSPECTIVA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD INFANTIL**

Mtra. Maricela Osorio Guzmán

Mtra. Georgina E. Bazán Riverón

Mtra. Patricia Paredes Rivera

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Iztacala - México

La presente investigación tiene como sustento teórico a la Psicología de la Salud en general y a la Psicología de la Salud Infantil, en particular. La línea de Investigación en la cual se enmarca es la de enfermedades crónicas abordadas desde una perspectiva biopsicosocial. Se pretende dar a conocer datos que demuestran la eficacia de las intervenciones psicológicas en el nivel hospitalario, así como mostrar que los programas de este tipo mantienen y fomentan la calidad de vida del paciente pediátrico con leucemia.

Uno de los temas que tienen que ser abordados por su gran relevancia en el manejo psicológico infantil, es sin duda alguna el afrontamiento en los menores. Por lo que a continuación se presenta una descripción de dicho tema.

Afrontamiento

Entender el comportamiento de adaptación de los humanos ha sido uno de los temas de mayor interés para la ciencia psicológica, esto adquiere gran relevancia cuando el sujeto se enfrenta a eventos o circunstancias inesperadas o extraordinarias en su vida, como es recibir un diagnóstico médico de cáncer. El término de afrontar en un sentido común indica aceptar y resolver, alguna situación difícil que incomoda o preocupa a las personas.

En términos teóricos, Lazarus y Folkman (1984), definen formalmente a las estrategias de afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para manejar demandas internas y/o externas que son evaluadas como impuestas o excedentes a los recursos de las personas. Estos autores marcan cuatro características de este término:

1. El afrontamiento es un proceso cognitivo y no un rasgo de personalidad, como proceso tiene la característica de tener etapas: la anticipación, el impacto y el post impacto.
2. Las respuestas de afrontamiento no son innatas o conductas que pertenecen a un repertorio básico de supervivencia (como el comer, huir, etcétera,), son siempre conductas y cogniciones que requieren de un esfuerzo extra para combatir situaciones que son evaluadas como novedosas o nocivas.

3. El afrontamiento no puede ser evaluado sólo con resultados positivos. La teoría del afrontamiento aclara que afrontar es cualquier conducta emitida únicamente en favor de decrementar o minimizar el estrés, no importando si los resultados son negativos o positivos.

No obstante lo anterior, se ha hecho una distinción entre los efectos de un tipo de "mal afrontamiento" y del "buen afrontamiento", o bien lo que Lazarus (1980), identificó como adecuado o inadecuado, o lo que Lazarus y Folkman, (1984), han reconocido como el afrontamiento efectivo o inefectivo.

En el primer tipo se han enumerado tres categorías: En la primera, la gente que afronta su insatisfacción a través de vicios, como fumar, drogarse, o beber excesivamente, incrementando la vulnerabilidad a las enfermedades. El segundo, implica dañarse en el componente fisiológico como el aumento en la presión arterial por el estrés vivido. En la tercera, el individuo reacciona de una manera emotiva negativa creando problemas en todas sus relaciones sociales, conductas que interfieren en la adaptación y afecta la salud de manera integral.

En el segundo tipo de afrontamiento, se encuentran todas aquellas conductas benéficas para la salud, que conduzcan a una alta adherencia terapéutica.

Según Berger, Freeman y Sack, 1990, (citado en Holleb, 1990) la selección y efectividad de las técnicas de afrontamiento son influenciadas por dos factores: En el primero se incluyen los antecedentes y características personales como: la edad, inteligencia, cognición, desarrollo emocional, filosofía de vida, religión etc.; mientras que en la segunda se hace referencia a las características de la enfermedad física y el ambiente sociocultural.

4. El afrontamiento no siempre puede ejercer un dominio ambiental, ya que éste no siempre es sujeto a control, dado que existen situaciones o eventos ambientales inesperados o inevitables. Lazarus y Folkman (1984).

Por otra parte Moos (1981) y Lazarus, y Folkman (1984), ofrecen una clasificación de las estrategias de afrontamiento, éstas son:

a. *Afrontamiento cognitivo-activo*: incluye intentos para manejar la propia evaluación de la dificultad del evento.

b. *Afrontamiento conductual-activo*: se refiere a los intentos conductuales abiertos para tratar directamente con el problema y sus efectos.

c. *Evitación del afrontamiento*: se refiere a los intentos por modificar o eliminar las fuentes del estrés a través de la propia conducta.

d. *Afrontamiento enfocado a la emoción*. Incluye respuestas cognitivas o conductuales cuya función principal es manejar las consecuencias emocionales de los estresores y ayudar a mantener el equilibrio emocional.

De esta manera, el afrontamiento tiene las siguientes funciones: a) La regulación de la emoción y/o decrementar el estrés, y b) El manejo del problema que está causando el estrés.

Una vez analizado el tema del afrontamiento en general, es necesario especificar las particularidades de este concepto en la población infantil.

Afrontamiento infantil

El afrontamiento infantil está influido por aspectos como el tipo y la gravedad de la enfermedad, la edad del niño, la edad y frecuencia con la que ha tenido contacto con los ambientes medico-hospitalarios, su escuela, sus compañeros, la reacción y el apoyo familiar, entre las más sobresalientes.

Los aspectos psicológicos generales subyacentes son la depresión y el estrés, como los más comunes y los que generalmente se sobreponen a síntomas como: el dolor, el enojo, el desarrollo de fobias a procedimientos médicos (tales como inyecciones, absorciones lumbares, etc.), fatiga, problemas para relacionarse con sus compañeros, sentimientos de vergüenza y aislamiento (principalmente por alguna alteración producto de la medicación o de algún procedimiento médico); insomnio, sentimientos de inutilidad, actitudes de desamparo y reducción en la autoestima; también el tratamiento puede provocar que se desarrolle en los niños la náusea y el vómito condicionado, así como aversión a la comida.

Por otra parte, el núcleo familiar como sistema, también se ve afectado por el diagnóstico de uno de sus miembros. Las reacciones más comunes de los padres son: la sobreprotección, el aislamiento, el rechazo familiar, y la limitación de actividades físicas. Cada familia tiene una forma particular de reaccionar y afrontar esta situación.

Programa para pacientes pediátricos con leucemia

Marco teórico

El presente trabajo de investigación se inscribe en el área de enfermedades crónicas, donde se aborda el CÁNCER y específicamente la Leucemia Linfocítica Aguda (LLA). La razón fundamental para abordar esta neoplasia es que es la más frecuente en la población pediátrica en México, además de que en la actualidad existen pocos programas de apoyo de orden psicológico para estos niños. Así mismo, es necesario empezar a aplicar los postulados teóricos de la psicología de la salud infantil y adaptarlos a la población mexicana.

Existe evidencia de que el tipo de personalidad y el estrés de los sujetos son importantes determinantes para el desarrollo de diferentes enfermedades, como el cáncer y algunos problemas cardiovasculares. También existen datos de que este tipo de problemas pueden ser modificados por medio de una intervención psicológica. (Buela y Moreno 2000, Cruzado y Olivares 2000, Brannon y Feist, 2001).

El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa que ha aumentado su incidencia en las últimas décadas, hasta ocupar uno de los tres primeros lugares como causa de muerte en México. El cáncer provoca un alto deterioro, no solo en el nivel interno sino externo del paciente; lo anterior aunado a que todos los tratamientos para éste son altamente agresivos, hace que esta enfermedad se conciba como sumamente dramática.

El cáncer es una enfermedad que produce mayor número de defunciones conforme aumenta la edad (Sandoval, 1995). Sin embargo, el lugar que ocupa como causa de muerte se modifica como sigue: en el grupo de 1 a 4 años ocupa el sexto lugar, en el de 5 a 14, el segundo y en los de 15 a 24 y 25 a 44 el tercero y de 45 en adelante el primer lugar.

Una distribución pragmática basada en la capacidad productiva de los sujetos ofrece los siguientes datos sobre la mortalidad: en preescolares, es la octava causa de muerte, en escolares la cuarta, en la edad productiva y post productiva la mortalidad se eleva al segundo lugar.

Por topografía general, la distribución de neoplasias malignas demuestra que las principales localizaciones son: cuello de útero, mama, ganglios linfáticos piel y glándula prostática (Secretaría de Salud, 1999).

El registro de cáncer de 1999 demuestra que los nuevos casos de este padecimiento es mayor en las mujeres (61.6%) que en los hombres (32%) y niños (5.2%). Las principales localizaciones en niños son en el tejido hematopoyético (43%), los huesos y el tejido conjuntivo (13%), el encéfalo (12%), ojo (7%) y riñón-uréter (5%). (SSA, 1999; Ishikawa, 1995).

Por otra parte, dentro de la clasificación que se da a las leucemias se encuentran dos tipos: las crónicas y las agudas. Las leucemias agudas, constituyen un grupo heterogéneo de afecciones neoplásicas caracterizadas por la proliferación de elementos atípicos derivados de la célula madre del sistema hematopoyético. La proliferación incontrolada y progresiva de tales células da lugar a una sustitución de los componentes normales de la médula ósea.

La etiología de las leucemias agudas es desconocida. En la actualidad, los factores que parecen estar implicados son:

A) Factores Ambientales

1. *Radiaciones ionizantes.* A menudo están implicadas en la etiología de las leucemias mieloides. Se ha descrito un mayor riesgo en sujetos expuestos a radiaciones ionizantes como, por ejemplo, las poblaciones de Hiroshima y Nagasaki, radiólogos, y pacientes tratados con radioterapia. Se ha demostrado que las radiaciones tienen un efecto leucemógeno en los animales experimentales. El periodo que transcurre desde la exposición a las radiaciones y la aparición de la leucemia es por lo general de años.

2. *Sustancias químicas.* Numerosos agentes han sido implicados en la producción de leucemias agudas, sobre todo mieloblásticas, como por ejemplo: bencenos, fenilbutazona, cloranfenicol, fármacos antineoplásicos, especialmente los alquilantes y la procarbacin. Con frecuencia, la aparición de leucemia procede de un estado de hipoplasia medular (síndrome preleucémico), sin relación con una ingesta de fármacos ni exposición a radiaciones.

B) Factores Genéticos.

Diversos autores han señalado la importancia de los factores predisponentes de orden genético, ante el hallazgo de un aumento del riesgo de desarrollar una leucemia aguda en los gemelos o hermanos de pacientes con leucemia aguda y en sujetos afectados de cromosopatías (síndrome de Down, síndrome de Bloom, anemia de Fanconi, síndrome de Klinefelter, entre otros). Una cierta predisposición genética podría también facilitar la acción de determinados factores ambientales, como sustancias químicas o radiaciones. La prevalencia de la leucemia es mayor en las familias de enfermos con este padecimiento, siendo el riesgo cuatro veces mayor en los hermanos de los enfermos que en la población general (Santoro, 1994; Dueñas y Marín, 1994; Lauer, Camitta, Leventhal, 1993).

C) Factores víricos

La hipótesis vírica, basada en la experimentación animal, no ha podido demostrarse en el hombre. Los virus RNA son los más frecuentemente implicados en la génesis de leucemias en los animales de experimentación. Se han encontrado ocasionalmente partículas víricas tipo C en células humanas, identificación de partículas semejantes a virus de médula ósea, plasma y orina en pacientes con leucemia-linfoma (HTLV) y el virus Epstein-Barr asociado al linfoma Burkitt y en consecuencia también a la leucemia linfoblástica L3.

D) Factores inmunológicos

El aumento de la incidencia de neoplasias del sistema linfático en sujetos afectados de déficit congénito del sistema inmunitario o sometidos a tratamientos inmunosupresores prolongados, sugiere una posible intervención de factores inmunológicos en la génesis de dichos procesos.

Leucemia Linfoblástica Aguda

Los elementos diagnósticos característicos de la Leucemia Linfocítica Aguda son los siguientes:

- Palidez intensa y astenia
- Fiebre e infección (generalmente orofaríngea)
- Púrpura y/o manifestaciones hemorrágica
- Presencia de células inmaduras (linfoblastos) en sangre periférica y médula ósea
- Frecuentemente anemia y trombopenia
- Dolores osteoarticulares (sobre todo en niños)
- Hepatoesplenomegalia y/o adenomegalia.

La Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) (sinónimos: linfoide aguda, linfocítica aguda, linfática aguda) comprende un grupo heterogéneo de neoplasias que afectan a la serie linfoide del sistema hematopoyético. Es la neoplasia más frecuente en el niño: constituye cerca del 30% de las neoplasias de la edad pediátrica. En la población sana, el riesgo de enfermar de LLA en la primera década de la vida es aproximadamente 1/3000. En el niño, cerca del 40% de los casos se produce entre los 3 y los 5 años. Ambos sexos se afectan por igual, aunque se ha señalado un leve predominio del sexo femenino en el primer año de vida y del masculino en la edad adulta. La LLA es poco frecuente en la raza oriental, mientras que su frecuencia es similar en las razas blanca y negra (Santoro, 1994).

La Identificación de las neoplasias en los niños, sobre todo durante los primeros años de vida, en ocasiones es difícil. Pueden estar presentes desde el nacimiento grupos celulares o masas de tejidos normales desde el punto de vista histológico, pero cuyo ritmo de crecimiento puede ser diferente al resto de los tejidos del organismo. Otro problema es la diferenciación microscópica entre crecimiento neoplásico y no neoplásico. En ocasiones, es imposible decidir por el examen microscópico de un tejido tomado poco después del nacimiento, si las células están creciendo con la falta de restricción característica de la malignidad o si su crecimiento, aunque morfológicamente anormal, está sujeto a las mismas influencias restrictivas que el resto de los tejidos del organismo. Parece tratarse, en estos casos, de restos de tejidos embrionarios y en los que sólo su evolución posterior decidirá si se comporta o no como verdaderas neoplasias. Sobre todo en los primeros periodos de desarrollo, las células embrionarias tienen muchas de las características de las células neoplásicas; es a menudo sólo por el conocimiento del curso post natal de un tumor, como puede obtenerse una prueba definitiva de su malignidad. (Santoro, 1994).

Tratamiento

La LLA es una enfermedad generalizada. Por ello, se debe tener siempre en cuenta en el diagnóstico, que todo órgano o tejido puede estar infiltrado por células leucémicas. Por tanto, el tratamiento debe ser dirigido a la destrucción de dichas células, en todas las localizaciones afectadas o de afectación potencial. Ello puede lograrse con el empleo de fármacos antiproliferativos, a la mayoría de los cuales la LLA ha demostrado ser sensible. En teoría, para lograr la curación es necesario destruir todas las células leucémicas existentes en el organismo. El primer paso para el logro de la destrucción celular total consiste en obtener la remisión completa, que es la desaparición total de los signos y síntomas de enfermedad, ausencia de blastos en sangre periférica, y linfoblastos a $< 5\%$ en uno o varios aspirados medulares. Sin embargo, esto no implica que se haya logrado la curación. De hecho, se ha calculado que al llegar a la remisión completa, la cantidad de células leucémicas residuales es todavía del orden de al menos 10^8 elevado a la 10^6 . Con los esquemas terapéuticos actuales, es posible obtener la remisión completa en la casi totalidad de los pacientes, aunque en un porcentaje elevado se produce después de un periodo relativamente largo de remisión completa, una recaída clínica de la enfermedad. Este hecho se produce: a) por la selección de clones leucémicos, resistentes a los fármacos empleados; b) por la recuperación de la actividad proliferativa de clones leucémicos tras la suspensión del tratamiento, y c) por la proliferación y difusión de linfoblastos existentes en tejidos y órganos protegidos de la acción de los fármacos administrados por vía general (Sistema Nervioso Central, gónadas, retina, etc.). Para que un programa terapéutico sea adecuado, debe por tanto, tratar de eliminar al máximo estas situaciones, que actualmente son las causas principales de fracaso en el tratamiento de las LLA.

La leucemia linfoblástica Aguda, se trata en diferentes etapas:

1. Inducción a la remisión, cuya finalidad es restablecer la hematopoyesis normal;
2. Quimioterapia de consolidación, donde se reduce el pool de células leucémicas potencialmente resistentes;
3. Profilaxis al SNC, con el objetivo de erradicar células leucémicas del tejido aracnoideo perivascular superficial y profundo, para prevenir una recaída en este nivel, se utiliza quimioterapia intratecal, y
4. Mantenimiento, para eliminar células leucémicas residuales. (Dueñas y Marín, 1994).

Cirugía

En el tratamiento de la LLA, eventualmente las maniobras quirúrgicas pueden estar indicadas. Éstas estarían representadas por las biopsias de las recidivas extra medulares, la orquiectomía en algunos casos de afectación testicular, o la colocación de un reservorio de Ommaya intraventricular para facilitar la realización de la quimioterapia intrarraquídea en caso de recaídas en el SNC.

Radioterapia

La indicación principal de la radioterapia es la irradiación del SNC. Ésta puede consistir en: a) Tratamiento precoz o profilaxis de las localizaciones subclínicas a dicho nivel, que se consideran existentes ya en el momento del diagnóstico inicial,

aun en ausencia de signos y/o síntomas específicos y b) tratamiento de la afectación meníngeo encefálica sintomática.

La radioterapia es el método terapéutico más eficaz en el nivel de SNC, ya que los fármacos que pueden alcanzar concentraciones eficaces en dicha localización, son pocos. La radioterapia puede tener también otras indicaciones en el tratamiento de la LLA: a) irradiación de las recidivas extra medulares (gónadas, retina, etcétera), b) irradiación corporal total (10Gy), como preparación para un trasplante medular y c) irradiación paliativa: por ejemplo, para controlar una sintomatología dolorosa secundaria a afectación ósea o perióstica.

La Quimioterapia

La quimioterapia se basa en un fenómeno de toxicidad selectiva, es el uso de medicamentos poderosos para matar las células cancerosas. A diferencia de la cirugía y de la radioterapia, la quimioterapia puede alcanzar y destruir las células cancerosas que se han extendido a áreas distintas y distantes, de su localización inicial.

Dependiendo de las circunstancias y del tipo del cáncer, la quimioterapia puede ser utilizada como instrumento principal de tratamiento, o bien, en conjunción con la radioterapia y la cirugía. Los objetivos de la terapia son básicamente: curar el cáncer y prolongar la supervivencia de un individuo. (Holleb, 1990).

La LLA es una enfermedad quimiosensible, en la que casi todos los fármacos antineoplásicos tienen eficacia terapéutica. El empleo de poliquimioterapia ha permitido aumentar la incidencia de remisiones completas. La remisión completa de la enfermedad se obtiene, generalmente, en las cuatro semanas siguientes al inicio del tratamiento. Sin embargo, la prolongación del tratamiento que ha logrado la remisión completa inicial, llamada fase de inducción, no impide en la mayoría de los pacientes una recidiva de la LLA.

Inmunoterapia

La investigación clínica de esta terapia está justificada sobre la base de la hipótesis etiológica viral de la LLA o bien sobre el hallazgo de alteraciones del sistema inmunitario de los pacientes. La utilidad de la inmunoterapia con BCG en la fase de mantenimiento de la LLA fue señalada por primera vez por Mathe, (1972). Posteriormente, se han realizado numerosos estudios clínicos empleando, además de la BCG, otros inmunoestimulantes como células leucémicas irradiadas, *Corynebacterium parvum*, levamisol, transfer factor, poly-JC, etc. Los resultados obtenidos son contradictorios y, hasta el momento, no se ha demostrado que los diversos tratamientos inmunoterápicos utilizados, mejoren los resultados obtenidos sólo con quimioterapia.

Trasplante de Médula Ósea

Este método de tratamiento está aún en fase de experimentación. La médula ósea transplantada conserva su competencia inmunológica y puede ser eficaz en la destrucción de las células leucémicas residuales, gracias a la presencia de antígenos tumorales o de histocompatibilidad (Santoro y Gasparini, 1994; Ovilla, 1995).

En la actualidad, el Trasplante de Médula Ósea (TMO), puede realizarse en las siguientes condiciones: a) gemelos singénicos que posean los mismos antígenos de histocompatibilidad; b) hermanos histocompatibles. Se prepara previamente al

paciente mediante la administración de dosis elevadas de fármacos antiproliferativos, eventualmente asociada a radiación corporal total, después de esta preparación se le inyectan por vía i.v. 200-700 cc de sangre medular obtenida del donante mediante punciones medulares múltiples realizadas bajo anestesia general. Las células transfundidas tardan aproximadamente de 10 a 20 días en iniciar su proliferación, por lo que es necesario, durante este tiempo, un tratamiento de soporte sofisticado para prevenir y controlar las frecuentes complicaciones, sobretodo de tipo infeccioso (Marín, 1993).

Problemas físicos derivados del tratamiento del cáncer

Los pacientes con cáncer se encuentran con diversas dificultades, no solamente aquellas que se desprenden de la evolución de la enfermedad en sí misma, sino también de aquellas que son resultado del tratamiento, sea este, quimioterapia, terapia de radiación o cirugía. Estos pacientes han encontrado que los tratamientos aplicados a su enfermedad, los hacen sentirse peor. La cirugía, la terapia de radiación y la quimioterapia, implican cierto grado de inhabilidad en los pacientes, aunque sea temporalmente.

Los siguientes problemas o síntomas pueden deberse al cáncer en sí mismo, a su tratamiento con cirugía, con terapia de radiación, o con quimioterapia. Estos síntomas no afectan a todos los pacientes en la misma medida, ni tampoco se presentan con la misma intensidad o duración, (Yosko, y Green, 1990; Lewin, 1990).

Anemia

La anemia es un decremento en el número de glóbulos rojos en el torrente sanguíneo. Sin suficientes glóbulos rojos, la capacidad de llevar oxígeno del sistema circulatorio, se ve deteriorada. El paciente con esta enfermedad experimenta palidez en la piel, debilidad muscular y fatiga. Si la cantidad de oxígeno que llega al cerebro es insuficiente, se puede presentar vértigo, depresión, irritabilidad y dolor de cabeza; si la cantidad de oxígeno que llega al tejido alrededor del corazón es insuficiente, se puede presentar dolor de angina de pecho.

El síntoma más frecuente de esta enfermedad es la fatiga, y el paciente puede mostrarse incapaz de recobrar su energía y vigor, aun después de descansar.

Sangrado debido a la Trombositopenia

La trombositopenia es un decremento en el número de plaquetas que circulan en la sangre, lo cual puede tener como resultado sangrado interno de la membrana mucosa o de la piel. Tal decremento puede ser causado por una falla en la médula para producir célula megacarioteas -la precursora de las plaquetas- como resultado de la terapia de radiación, de la quimioterapia o de factores desconocidos. También puede ser ocasionada por la destrucción de las plaquetas en el torrente sanguíneo por formas determinadas de cáncer, por reacciones alérgicas a medicamentos específicos.

Constipación, Estreñimiento

La constipación puede ser causada por el progreso del cáncer en sí mismo -como cuando los tumores invaden el sistema gastrointestinal-, o por otros factores -tal como periodos prolongados de confinamiento en cama, sin realizar ejercicio alguno-. Ciertas drogas quimioterapéuticas, pueden retardar o temporalmente inmovilizar la

acción peristáltica del intestino. El estreñimiento puede también ser resultado de una ingestión inadecuada de comida, o bien de deshidratación.

Diarrea

La diarrea, como el estreñimiento, puede ser causado por tumores localizados en el sistema gastrointestinal, o bien, por métodos para el tratamiento del cáncer. Alrededor del 75% de las personas tratadas con quimioterapia o terapia de radiación en la región abdominal experimentan este síntoma.

Dificultad para tragar

Un efecto colateral de la quimioterapia y de la terapia de radiación es que la mucosa que reviste el esófago puede inflamarse, dando lugar a la esofagitis. Esta enfermedad suele advertirse cuando hay dificultad o dolor para tragar; en algunos casos puede progresar y producir ulceración, hemorragias e infecciones secundarias.

Sequedad en la boca

La sequedad en la boca o xerestomía, es una sequedad de la membrana mucosa, que ocurre cuando la producción de saliva es inadecuada o nula. Este síntoma con frecuencia se acompaña por alteraciones del gusto y pérdida del apetito. La causa mayor de una producción inadecuada de saliva es la exposición de las glándulas salivarias a la radiación. La dosis de la radiación, la duración y tamaño de tratamiento, determina el grado y la duración de la xerestomía. Se advierte un decremento en la producción de saliva 10 días después de iniciada la terapia, alcanza su clímax en dos o tres semanas, y continua un periodo después de finalizada la terapia. La producción inadecuada de saliva puede ser un efecto colateral permanente de la terapia de radiación. La producción de saliva puede no alcanzar su nivel normal, sino hasta 6 meses o un año después de la terapia.

Otras causas de una producción inadecuada de saliva, pueden ser tumores en la región salivaria, deshidratación, administración de antihistaminas.

Una producción inadecuada de saliva puede tener como resultado digestiones inapropiadas, riesgo de irritación y daño de las membranas mucosas, disminución en la facultad del gusto, dificultad para masticar alimentos sólidos, desarrollo de caries dentales o infecciones bucales y dificultad para hablar.

Fatiga

La fatiga es un problema muy común de las personas con cáncer. Puede ser causada por la anemia, por la acumulación de productos de desecho, de la destrucción de células causada por la quimioterapia o terapia de radiación. No es necesariamente una señal de que el cáncer está evolucionando, o de que está ocurriendo la metástasis. Cuando el tratamiento llegue a su fin la fatiga gradualmente disminuirá.

Pérdida de cabello

La pérdida de cabello o alopecia, es un efecto colateral de la quimioterapia o terapia de radiación, usualmente es temporal, excepto cuando las dosis de radiación son muy altas. Ocurre en diferentes grados en los individuos. La quimioterapia y la terapia de radiación tienen como resultado una atrofia en los vasos capilares, de

esta forma el cabello producido es débil. La pérdida de cabello asociado a la quimioterapia varía en grado, dependiendo de la dosis y duración de la terapia. Algunos pacientes notarán que su cabello se debilita después de unas semanas; otros pierden su cabello inmediatamente. Cuando éste nace de nuevo, se pueden percibir cambios en su color o textura. Con frecuencia el cabello nace más delgado; los de cabello canoso pueden recobrar su color original. También se puede presentar pérdida de pelo en cejas, axilas, brazos y piernas, aunque esto es menos frecuente.

Infecciones

Las infecciones -es decir, la invasión del cuerpo por bacterias y virus, los cuales se desarrollan bajo condiciones favorables, y causan daño y destrucción a las células- son la causa más frecuente de enfermedad en los pacientes con cáncer. Las infecciones más frecuentes se presentan en los sistemas respiratorio y genitourinario, en la piel, en las membranas mucosas, y en la sangre (Septicemia).

El cáncer y su tratamiento dañan los mecanismos de defensa del cuerpo, dejando a los pacientes muy susceptibles de contraer enfermedades. La cirugía, las medidas de diagnóstico y aún el mero hecho de estar en un hospital, incrementan todas las posibilidades de contraer una infección.

Pérdida de apetito

Una nutrición apropiada es crucial para el paciente con cáncer. Desafortunadamente, la pérdida de apetito (anorexia) es un síntoma común entre estas personas. Este tipo de anorexia no debe ser confundida con la anorexia nerviosa, la cual es una pérdida de apetito debido a problemas psicológicos. La anorexia en pacientes con cáncer puede tener algún origen psicológico, social o cultural, pero también puede deberse al cáncer en sí mismo y a su tratamiento. La pérdida de apetito y las alteraciones del gusto son las dos causas mayores de desnutrición -particularmente, por un consumo inadecuado de proteínas y calorías- entre los pacientes con cáncer. El déficit de proteínas y calorías, es una forma de desnutrición que implica el agotamiento de las reservas de grasa y proteína almacenada en órganos y músculos. También se caracteriza por una pérdida de peso en un 10% o más.

Náusea y vómito

La inhabilidad para disfrutar de alimentos, o para retenerlos, es uno de los problemas más frecuentes a los que se enfrenta el paciente con cáncer. Ambas -náusea y vómito- son un efecto colateral, tanto de la quimioterapia como de la terapia de radiación. La persona que experimenta náusea y/o vómito después de uno o más tratamientos de quimioterapia, tiende a desarrollar náusea o vómito o bien ambas, inmediatamente antes de que se le administre la terapia. A esto es a lo que se le llama náusea y vómito anticipatorio o condicionado.

Dolor

El dolor no es una parte inevitable del cáncer. De hecho, la mayor parte de la gente con cáncer padece poco dolor o nada en absoluto, especialmente si la enfermedad ha sido detectada tempranamente. Con frecuencia, el único dolor que se presenta, es aquel asociado a la cirugía y otros tratamientos, y es controlable con medicamentos. El dolor asociado al cáncer generalmente es crónico y persiste usualmente más de 6 meses. Esto puede ser causado por un número de factores:

destrucción de nervios, reducción de suministro de sangre, presión en un nervio, etc.

Alteraciones del Gusto

Una alteración del gusto es un cambio en los patrones de percepción del sabor, que es único a la persona que lo experimenta. A causa del cáncer o de su tratamiento, los pacientes pueden experimentar alteraciones, que van de una disminución en la sensibilidad del gusto, a la pérdida total del mismo. Estas alteraciones se manifiestan en una aversión a los sabores dulces, amargos, o a alimentos ricos en aminoácidos. Las alteraciones del gusto hacen difícil disfrutar de los alimentos, y algunos pacientes se fuerzan a sí mismos a comer con el objeto de no dañar aun más su salud.

Además, para mantener una nutrición adecuada, los pacientes que experimentan alteraciones del gusto deben tomar medidas para prevenir o minimizar las llagas y la sequedad en la boca. (Yosko y Green, 1990; Lewin, 1990; Joyce y Yasko, 1990; Lanzokowsky, 1983).

Como se estableció al principio, estos síntomas pueden presentarse o no en los pacientes con cáncer, muchos de ellos en sí mismos, son muy problemáticos y difíciles de sobrellevar; no obstante, no se tiene que perder de vista que el tratamiento, aunque sea tan agresivo, está buscando salvar la vida al paciente.

Efectos colaterales

Algunos efectos tóxicos revisten una importancia clínica. Los más importantes son: a) esterilidad, demostrada sobretodo en el varón y debida a la acción citotóxica de los fármacos antiproliferativos sobre el epitelio de los túbulos seminíferos; b) efectos tóxicos secundarios a la profilaxis del SNC constituidos por:

1. Leucoencefalopatía. Constituye la manifestación tóxica más grave y es por lo general tardía. Consiste en una degeneración de la sustancia blanca del SNC (mielina), que es sustituida por tejido fibroso. Esta complicación provoca graves trastornos neurológicos, polimorfos, progresivos y que pueden conducir al fallecimiento del paciente.

2. Meningitis química. Consiste en la aparición de síntomas más o menos graves de irritación meníngea como rigidez de nuca, vómitos, cefalea, coma, etc., que pueden regresar espontáneamente o tras algunos días de tratamientos con corticoides.

3. Síndrome encefálico post radioterapia. Consiste en la aparición, 2 u 8 semanas después de la radioterapia, de un cuadro clínico caracterizado por somnolencia, astenia, anorexia, cefalea, vómitos y ligera elevación de la temperatura. Esta sintomatología remite rápidamente con el empleo medicamentos.

Proyecto

Tomando en consideración que la psicología de la salud infantil cuenta con los elementos teóricos, metodológicos y prácticos, se desprende la necesidad de elaborar un proyecto de investigación que coadyuve a mejorar la calidad de vida de los pacientes de LLA, que son sometidos a los tratamientos médicos tan agresivos que ya han sido descritos.

Es de suma importancia a su vez, dar a conocer los nuevos campos donde el psicólogo puede incidir para mejorar cualitativamente la atención que se le brinda a los sujetos con algún padecimiento físico, en cada uno de los ámbitos de su vida. Proyectos de investigación como el que aquí se presenta, sirven para resaltar el hecho de que la atención a la salud del individuo se tiene que hacer tomando en cuenta que el mismo es un ente bio-psico-social.

De esta manera, a partir de la revisión bibliográfica consultada, y de la necesidad que se detectó de un programa de apoyo psicológico a la población pediátrica con Leucemia Linfocítica Aguda, se elaboró el siguiente proyecto de investigación cuyo objetivo general fue elaborar y aplicar un programa conductual de habilidades de afrontamiento en pacientes pediátricos con leucemia para mantener y/o mejorar su calidad de vida.

Los objetivos específicos fueron:

1 Elaborar los instrumentos apropiados para evaluar las conductas problema más frecuentes en los niños con Leucemia Linfocítica Aguda (LLA).

2 Construir un programa que especifique las técnicas de tratamiento más apropiadas para las conductas problema más frecuentes detectadas en los niños con LLA.

3 Aplicar los instrumentos para evaluar las conductas problema más comunes en la muestra en cada área del programa (procedimientos médicos, área de problemas personales, área escolar, área familiar).

4 Aplicar las técnicas de tratamiento, de acuerdo con los problemas detectados en cada área del programa.

Método

Sujetos. Los sujetos que conformaron la muestra fueron 5 con las siguientes características:

- De 6 a 10 años de edad.
- Diagnóstico de Leucemia Linfocítica Aguda.
- Diagnóstico reciente (menos de 2 meses).
- No hospitalizados (Consulta Externa).
- Que asistieran a la escuela
- Con pronóstico favorable.

ÁREAS A MODIFICAR. Las áreas en las cuales se va a incidir son cuatro:

I. ÁREA DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Conductas a modificar:

Fobias

Las fobias son definidas como un temor o miedo exagerado que sobreviene en determinadas circunstancias ante algún estímulo. Los estímulos que se considerarán en este proyecto son: el hospital, el médico y el tratamiento.

Dolor

El dolor se ha definido como una sensación generalmente localizada de malestar, molestia o aflicción, resultante de estimulación de terminaciones nerviosas especializadas.

Náusea y Vómito Anticipatorio

La náusea es definida como la sensación desagradable referida vagamente al epigastrio y al abdomen que indica la proximidad del vómito. El vómito, por su parte, es la expulsión violenta por la boca de materias contenidas en el estómago, a consecuencia de una contracción brusca e intensa de las paredes gástricas y el abdomen. Ambos se presentan antes de la aparición del estímulo aversivo (quimioterapia).

Aversión a la Comida

Esta conducta se define como una sensación de repugnancia y/o falta de tolerancia ante algún alimento, generalmente identificable.

II. ÁREA PERSONAL

Conductas a modificar:

Fatiga

Estado de aumento de las molestias y disminución de la eficacia. Pérdida de la capacidad para responder a los estímulos.

Insomnio

Incapacidad para dormir. Vigilia anormal.

Pérdida del Apetito

Se caracteriza por un rechazo a la ingestión de alimentos.

Conductas y Actitudes relacionadas con la Pérdida de Cabello

Manifestación de conductas y actitudes relacionadas directamente con la caída constante y a gran escala del cabello.

Depresión

Pérdida de interés o gusto por todas o casi todas las actividades y pasatiempos usuales. Este ánimo se caracteriza por conductas como los siguientes: tristeza, desesperación, apatía, falta de iniciativa e irritabilidad.

III. ÁREA ESCOLAR

Conductas a modificar:

Relaciones Deficientes de Compañerismo

Falta de repertorio adecuado para relacionarse con sus condiscípulos.

Aislamiento

Conducta en la que el sujeto evita cualquier tipo de interacción con sus compañeros, prefiriendo mantenerse apartado de los mismos.

Sentimientos de Vergüenza y/o Pena

Actitudes de auto denigración provocada por estímulos externos e internos, que cuestionan el aspecto físico del niño principalmente.

IV. ÁREA FAMILIAR

Conductas a modificar:

Sobreprotección

Actitud paternal mediante la cual no se permite al niño afrontar situaciones para las que tiene las habilidades apropiadas.

Aislamiento

Conducta en la que los miembros de la familia evitan cualquier tipo de interacción con el sujeto, prefiriendo mantenerse apartados del mismo.

Rechazo Familiar

Conductas y/o actitudes negativas que manifiesta la familia o -algún miembro- al respecto del niño y que no le permiten a éste, una interacción normal con los integrantes de la misma.

Limitación en Actividades Físicas

Actitud por medio de la cual los padres coartan al niño en el desempeño de actividades -físicas- que puede realizar.

De acuerdo con los objetivos planteados, el método constó de siete etapas:

Etapas 1. Elaboración de los Instrumentos de Evaluación apropiados para detectar las conductas problema características de los niños con LLA.

Etapas 2. Construcción del Programa de Afrontamiento para niños con LLA.

Etapas 3. Aplicación de instrumentos de evaluación y técnicas de tratamiento para detectar y modificar las conductas problema características de los niños con LLA descritas en el Área de Procedimientos Médicos.

Etapas 4. Aplicación de instrumentos de evaluación y técnicas de tratamiento para detectar y modificar las conductas más comunes de los niños con LLA incluidas en el Área Personal.

Etapas 5. Aplicación de instrumentos de evaluación y técnicas de tratamiento para detectar y modificar las conductas problema características de los niños con LLA descritas en el Área Escolar.

Etapa 6. Aplicación de instrumentos de evaluación y técnicas de tratamiento para detectar y modificar las conductas problema características de los niños con LLA especificadas en el Área Familiar.

Etapa 7. Análisis de resultados con base en los datos obtenidos en la preevaluación y la post evaluación, para determinar la efectividad del tratamiento.

Sesiones

Para el entrenamiento de los niños en las diferentes técnicas de tratamiento, así como para la evaluación de su desempeño, se llevaron a cabo 30 sesiones de 60 minutos cada una, con intervalo de una semana.

Metodología

Se utilizó un diseño cuasi experimental, debido a que se trabajó en un ámbito natural como lo es el hospital. Por otra parte, el tipo específico de diseño que se empleó fue el pretest-postest, debido a que se llevaron a cabo dos evaluaciones - antes y después del tratamiento-.

Los tipos de instrumentos que se utilizaron fueron elaborados a partir de una serie de entrevistas y de una exhaustiva consulta bibliográfica, de lo cual se generaron los reactivos pertinentes, que conformaron los mismos y que en su mayoría fueron diseñados con el formato propio de una escala tipo Likert.

En cuanto a la evaluación de los resultados, éstos se analizaron mediante la estadística descriptiva.

Ambiente

El trabajo se desarrolló en la oficina de trabajo social de un hospital público de la Ciudad de México en el Área de Hematología Pediátrica, donde se capacitó al niño en el uso de las diferentes técnicas diseñadas para resolver los problemas más comunes de los niños con LLA, en la sala de tratamiento y en el área de hospitalización, lugares donde el niño aplicó dichas técnicas.

Análisis de resultados

De la aplicación de los instrumentos de evaluación y post evaluación se obtuvieron los siguientes datos, mismos que se exponen de la siguiente manera:

1. Características generales de los niños
2. Datos aportados en la Primera Entrevista por los papás
3. Evaluación General de los sujetos
4. Análisis de casos.

Características generales de los niños

Después de exponer el proyecto a la barra médica del área de Hematología Pediátrica, en un periodo de dos meses aproximadamente, fueron canalizados e incluidos los 5 sujetos que conformaron la muestra.

Las características más sobresalientes que comparten los sujetos son entre otras:

- a) Los niños tenían entre 7 y 10 años de edad ($x = 8.4$).
- b) Todos acababan de recibir el diagnóstico de Leucemia Linfocítica Aguda (LLA).
- c) Todos los sujetos fueron del sexo masculino.
- d) Cuando fueron canalizados a la investigación, los niños estaban hospitalizados, y en la primera etapa del tratamiento (Inducción a la Remisión).
- e) Todos estaban inscritos en Escuelas Primarias Públicas.
- f) Cuando los niños se estabilizaron (aproximadamente dos semanas después de la fecha de ingreso) realizaban actividades escolares en el hospital.
- g) Los niños de la muestra son los hijos menores de sus respectivas familias.
- h) Todos los sujetos estaban siendo tratados bajo el mismo protocolo médico, aunque por diferentes pediatras.
- i) Todos los niños tuvieron una recidiva en un periodo aproximado de dos meses, después de la fecha de egreso.
- j) Los niños tenían pronóstico favorable, pero dos de ellos presentaban un factor de riesgo que era la edad (ya que tenían 10 años).
- k) A la entrevista inicial asistieron ambos padres y todos se mostraron interesados en que sus hijos participaran en el proyecto, firmando una carta de consentimiento.

Como se puede observar en lo descrito arriba, la selección de la muestra se realizó cumpliendo con todos los requisitos establecidos en el protocolo, además surgieron otras características similares que se consideran muy relevantes en la homogeneidad de la muestra. Una de ellas es que todos los niños hayan estado bajo un mismo protocolo de tratamiento médico, y que todos ellos hayan recibido los mismos medicamentos, (aunque cada uno en dosis específica para su caso), debido a que las reacciones por el tratamiento quimioterapéutico, fueron parecidas, (aunque no idénticas) lo que facilitó el trabajo en el proyecto.

Datos aportados en la Primera Entrevista por los papas

Respecto a los datos familiares, se tiene que las madres de los niños de la muestra tienen en promedio 43.8 años de edad, cuatro de ellas eran amas de casa y una secretaria (desempleada, y dedicada a las labores del hogar), el nivel académico de las mismas es de 6.8 años. La edad promedio de los papas era de 44.8 años, dos de ellos eran obreros, dos empleados y uno era pintor, el promedio de años que asistieron a la escuela es de 6.6. El promedio de hijos por pareja es de 2.6 y el ingreso general por familia va de 3 a 4 salarios mínimos mensuales. En lo que se refiere a si existe algún antecedente familiar de esta enfermedad el 100% de los padres reportó que NO.

En cuanto a la historia académica del niño, se tiene que todos asistían normalmente a Escuelas Primarias Públicas, cuando se les dio el diagnóstico de LLA, 2 de ellos (Sujeto 1 (S1) y Sujeto 5 (S5)) cursaban el 5to. Grado, 2 más (Sujeto 2 (S2) y Sujeto 3 (S3)) el 2do., y 1 (Sujeto 4 (S4)) el 3ro. Cuando se les dio de alta, todos

regresaron a clases normales, pero asistiendo solo 3 veces por semana, ya que requerían de 2 días para seguir con el tratamiento médico. Ninguno de los niños había reprobado ningún curso y sus calificaciones fluctuaban entre 7 y 8 puntos /10. Los padres reportaron que sus hijos no habían tenido problemas de conducta significativos en la escuela (más allá de recados por no hacer los trabajos en clase, llamadas de atención por jugar en el salón, etc.), fuera de los que se pueden considerar como normales; ninguno de estos niños había sido expulsado.

Por otra parte, al pedir información sobre el tipo de reforzadores que agradaban a sus hijos, 2 parejas respondieron fluidamente (lo que hace pensar en un conocimiento adecuado de los niños, S3 y S4), mientras que las otras 3 tuvieron mucha dificultad en contestar (S1, S2 y S3). Al preguntárseles sobre las actividades que realiza el niño durante un día normal, (desde que se levanta hasta que se acuesta), las 5 parejas fueron muy escuetas en sus respuestas y entre ellos no se ponían de acuerdo respecto a los horarios.

En lo que respecta al problema actual, las 5 parejas mencionaron que el médico les había explicado en qué consistía la enfermedad de sus hijos (LLA); sin embargo, ninguno de ellos lo supo exponer. Sobre las reacciones que tuvieron cuando se les dio el diagnóstico, todos expresaron haber sentido mucho temor de que su hijo falleciera, y decidieron de inmediato que empezara con el tratamiento médico. Hay que resaltar un dato que es significativo en este punto, 3 de las parejas dijeron que Dios los estaba castigando y 1 de los esposos prometió dejar de maltratar a la esposa y 2 prometieron dejar de ingerir alcohol.

Cuando se les preguntó si habían informado al niño de qué estaba enfermo, 4 de las parejas dijeron que pensaban que no era conveniente para el sujeto ya que se podía deprimir, que ninguno de ellos tenía el valor para hacerlo y que tampoco tenían la capacidad de explicar qué era lo que padecía (S1, S2, S3 y S4), así que prefirieron decirles que tenían anemia; 1 pareja (S5), sí le dijo al niño que tenía leucemia, también le mencionaron que iba a empezar un tratamiento largo y doloroso y que iba a presentar cambios físicos importantes. Los 4 sujetos que no fueron informados de su enfermedad tuvieron dificultades para adaptarse al hospital y al tratamiento, ya que argumentaban que si no tenían nada, no tenían que estar allí.

Es importante resaltar que ni los familiares ni el paciente habían recibido apoyo psicológico y que el médico que les dio el diagnóstico se los dio con mucho tacto.

De la observación de cada una de las parejas se puede expresar que: a todas, el diagnóstico de LLA de sus hijos las desestabilizó notablemente, pero su tendencia fue hacia la integración familiar y no a la desunión. Es evidente que el nivel académico de los padres ($x = 6.7$ años) es un factor que influye en el entendimiento de lo que es la enfermedad de LLA, así como de la terminología médica, factor que influye a su vez en la seguridad de los padres.

Finalmente, todos los padres se mostraron cooperativos al brindar la información e interesados en el proyecto de investigación.

Evaluación General de los sujetos

Área I

En las preguntas elaboradas para detectar fobias se encontró que los niños manifestaron temerle a las inyecciones (3), a quedarse en el hospital (4), a las jeringas (3), a estar solos (5) y a oír llorar a otros niños (5). Respecto a la conducta

2 ninguno de los niños manifestó presentar náusea y vómito anticipatorio. Los alimentos (comidas, verduras, bebidas, dulces y frutas) que los niños reportaron que no les agradaban y que les daban náuseas cuando los comían fueron: Frijoles (2), sopa de verduras (4), pollo en caldo (2), chayote (1), calabazas (2), habas (2), Lentejas (3), cebolla (5), ajo (5), agua de tuna, tamarindo y pepino (1); papaya (5), y mango(4), estos datos se desprenden de las preguntas elaboradas para detectar aversión a la comida.

Área II

Respecto al área personal se encontró que en la conducta fatiga, 3 de los sujetos reportaron sentirse cansados con frecuencia, en la conducta insomnio, no se presentó ningún caso, en la conducta pérdida de apetito todos los sujetos (5) reportaron que no tenían apetito y que no se les antojaba la comida ni del hospital ni la que sus papás les llevaban. En lo que corresponde a las conductas y actitudes relacionadas con la pérdida de cabello, manifestaron que no les gusta que se les caiga el pelo, que lloraron y que se sienten feos. En las preguntas sobre depresión, los niños dijeron sentirse tristes sin ganas de: sonreír (4), jugar (5), caminar (5), cambiarse de ropa (2).

Área III

Relaciones deficientes de compañerismo, todos los niños reportaron sentirse bien en la escuela y con sus compañeros, también mencionaron a más de tres de sus amigos y las actividades que les gustaba hacer con ellos que son: jugar fútbol, correr y jugar a esconderse. Sobre la conducta de aislamiento, se encontró que a ninguno de los niños le agrada estar solo y apartado de sus compañeros. Ninguno de los niños reportó que tuviera sentimientos de vergüenza y/o pena con sus compañeros.

Área IV

Referente a la conducta sobreprotección, se encontró que ésta se presentó en todos los padres de una forma muy clara, ya que todos los niños mencionaron que sus papás no les permiten responder cuando alguien les pregunta sobre su enfermedad y que los defienden siempre cuando alguien les hace burla. Las conductas de aislamiento y de rechazo familiar no se presentan en ninguno de los casos. La última conducta evaluada, Limitación de actividades físicas, está presente en todos los padres ya que reportan que sus respectivas madres los bañaban, los cambiaban, limpiaban su cuarto, salían con ellos al parque, limpiaban sus zapatos, arreglaban su mochila, etc. (5) y sólo en dos casos (S1 y S5) les permitían comer solos.

De lo anterior se desprende que las conductas problema son: Del área I, Fobias, dolor y aversión a la comida en los 5 casos. Del área II, fatiga en 3 de los niños, pérdida de apetito, conductas y actitudes relacionadas con la pérdida de cabello, y depresión en los 5 sujetos. Del área III, no se manifestó ninguna conducta, y del área IV, se presentaron la sobreprotección y la limitación de actividades físicas en los 5 sujetos. (Ver tabla 1).

Tabla 1 - Conductas problema reportadas por los niños en la evaluación general

CONDUCTAS PROBLEMA	SUJETOS					total
	1	2	3	4	5	
AREA I						
1.1 Fobias	x	x	x	x	x	5
1.2 Dolor	x	x	x	x	x	5
1.3 Náusea y vómito						0
1.4 Aversión a la comida	x	x	x	x	x	5
AREA II						
2.1 Fatiga	x	x			x	3
2.2 Insomnio						0
2.3 Pérdida del apetito	x	x	x	x	x	5
2.4 Cond. y acti. rel. a la pér.del cab	x	x	x	x	x	5
2.5 Depresión	x	x	x	x	x	5
AREA III						
3.1 Rel. deficientes de compañeris.						0
3.2. Aislamiento						0
3.3.Sent. de vergüenza y/o pena						0
AREA IV						
4.1 Sobreprotección	x	x	x	x	x	5
4.2 Aislamiento						0
4.3 Rechazo familiar						0
4.4 Limit.en actividades físicas	x	x	x	x	x	5
TOTAL	9	9	8	8	9	

De esta forma se tiene que: los sujetos 1, 2 y 5 presentaron 9 conductas problema, mientras que los sujetos 3 y 4 presentaron 8. Por lo que se procedió a aplicar los instrumentos elaborados específicamente para evaluar el grado de cada una de estas conductas.

Después de la evaluación realizada a los niños mediante los instrumentos específicos, se encontraron los siguientes datos. (Ver tabla 2).

Tabla 2 - Conductas problema presentadas por los niños después de la evaluación específica

CONDUCTAS PROBLEMA	SUJETOS					total
	1	2	3	4	5	
AREA I						
1.1 Fobias	x		x			2
1.2 Dolor	x	x	x	x	x	5
1.3 Náusea y vómito						0
1.4 Aversión a la comida						0
AREA II						
2.1 Fatiga						0
2.2 Insomnio						0
2.3 Pérdida del apetito	x	x		*	*	2
2.4 Cond. y act. rel. a la pér.del cab.	x	x	x	x	x	5
2.5 Depresión	x					1
AREA III						
3.1 Rel. deficientes de compañeris.						0
3.2. Aislamiento						0
3.3 Sent. de vergüenza y/o pena						0
AREA IV						
4.1 Sobreprotección	x	x	x	x	x	5
4.2 Aislamiento						0
4.3 Rechazo familiar						0
4.4 Limit. en actividades físicas	x	x	x	x	x	5
TOTAL	7	5	5	4	4	

De esta manera se tiene que: el sujeto 1 disminuyó el número de conductas a 7, los sujetos 2 y 3 a 5 y los sujetos 4 y 5 disminuyeron a 4. El asterisco indica que esta conducta se manifestó después de la evaluación correspondiente.

Análisis de casos

SUJETO 1

Edad: 10 años. Sexo: Masculino. Diagnóstico: LLA. No. de Sesiones: 5. No. de conductas Problema: 9. Conductas Problema: Área I. Fobias, Dolor, Aversión a la Comida. Área II. Fatiga, Pérdida de Apetito, Conductas y Actitudes Relacionadas con la Pérdida de Cabello, Depresión. Área IV. Sobreprotección y Limitación de Actividades Físicas.

Tratamiento

Se determinó que la conducta problema más urgente de atender era el dolor ocasionado por los procedimientos médicos, por lo cual se inició el entrenamiento en relajación y la distracción atencional de donde se obtuvieron los siguientes datos ver: tabla 3.

Tabla 3 - Datos obtenidos en las escalas de Relajación y Nivel de Dolor ante el procedimiento médico de canalización con medicamentos, del sujeto 1

SESIÓN	RELAJACIÓN		NIVEL DE DOLOR	
	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS
1	0	3	5	3
2	1	5	5	1

No se pudo continuar con el tratamiento planeado, debido a que el niño tuvo una recaída y falleció.

SUJETO 2

Edad: 7 años. Sexo: Masculino. Diagnóstico: LLA. No. de Sesiones: 5. No. de conductas Problema: 9. Conductas Problema: Área I. Fobias, Dolor, Aversión a la Comida. Área II. Fatiga, Pérdida de Apetito, Conductas y Actitudes Relacionadas con la Pérdida de Cabello, Depresión. Área IV. Sobreprotección y Limitación de Actividades Físicas.

Tratamiento

Dado que el problema principal del niño era el dolor provocado por los tratamientos médicos, se decidió entrenar al sujeto en las Técnicas de Relajación e Imaginación Guiada.

Los resultados fueron los que se marcan en la Tabla 4

Tabla 4 - Datos obtenidos en las escalas de Relajación y Nivel de Dolor ante el procedimiento médico de canalización con medicamentos del sujeto 2

SESIÓN	RELAJACIÓN		NIVEL DE DOLOR	
	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS

1	0	2	5	4
2	0	3	5	3
3	0	3	5	3

El Programa de intervención planeado para el niño no se pudo llevar a cabo debido a que abandonó el Proyecto, ya que vivía en el interior de la República y no podía trasladarse semanalmente al hospital.

Después de 5 meses, el niño debido a una recaída regresó al área de hospitalización de Hematología Pediátrica. A petición de la madre y de su médico, el niño fue reincorporado al Proyecto de investigación, por lo cual se consideró necesario aplicar nuevamente la batería de pruebas para determinar cuáles eran las conductas problema presentes.

Los datos de estas pruebas indicaron que el niño había desarrollado fobias al hospital, a instrumental médico y a la oscuridad, el dolor seguía en la misma condición. Presentaba náusea y vómito cuando su mamá o papá lo tenían que dejar solo, tenía serias aversiones a la comida (solo podía ingerir alimentos crudos), estaba deprimido, no quería ir a la escuela porque le daba vergüenza ver a sus compañeros, y en su casa lo único que le permitía hacer su mamá era prender la T. V. (limitación de actividades físicas).

Se aplicó el tratamiento sugerido en el Proyecto de Investigación; sin embargo, los datos no se reportarán debido a que los requisitos que tenían que cubrir los sujetos para ingresar al protocolo no se cumplían en ese momento. Es decir, el sujeto no era de reciente diagnóstico, ya no asistía a la escuela, y había pasado a la etapa terminal de la enfermedad, es decir, su pronóstico no era favorable.

SUJETO 3

Edad: 7 años. Sexo: Masculino. Diagnóstico: LLA. No. de Sesiones: 5. No. de conductas Problema: 8. Conductas Problema: Área I. Fobias, Dolor, Aversión a la Comida. Área II. Pérdida de Apetito, Conductas y Actitudes Relacionadas con la Pérdida de Cabello, Depresión. Área IV. Sobreprotección y Limitación de Actividades Físicas.

Tratamiento

Con el sujeto 3, solo se tuvieron 2 sesiones de entrenamiento en relajación de donde se obtuvieron los siguientes datos: Tabla 5.

Tabla 5 - Datos obtenidos en las escalas de Relajación y Nivel de Dolor ante el procedimiento médico de canalización con medicamentos del sujeto 3

SESIÓN	RELAJACIÓN		NIVEL DE DOLOR	
	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS
1	0	3	5	3
2	1	5	5	1

El niño fue considerado como muerte experimental después de no asistir a 5 citas.

SUJETO 4

Edad: 7 años. Sexo: Masculino. Diagnóstico: LLA. No. de Sesiones: 29. No. de conductas Problema: 8. Conductas Problema: Área I. Fobias, Dolor, Aversión a la Comida. Área II. Pérdida de Apetito, Conductas y Actitudes Relacionadas con la Pérdida de Cabello, Depresión. Área IV. Sobreprotección y Limitación de Actividades Físicas.

Tratamiento

La primera conducta a tratar fue el dolor ante diferentes tratamientos médicos. Los datos indican que el niño dominó la técnica de relajación en la tercera sesión. Según el registro semanal de la práctica de relajación en el hogar, se tiene que fue hasta la semana 14 donde regularizó con 3 días.

La técnica tuvo los resultados que se muestran en la tabla 6:

Tabla 6 - Evaluación de la conducta problema dolor mostrando la intensidad del mismo antes y después de la relajación.

TRATAMIENTO	#DE REGISTRO	INT DE DOL	RELAJACIÓN		INT.DE DOL
			ANTES	DESPUÉS	
RADIOTERAPIA					
	1	0	0	3	0
	2	0	0	3	0
	3	0	0	3	0
ANÁLISIS DE SANGRE					
	1	3	0	1	3
	2	3	0	2	2
	3	3	1	2	2
	4	3	1	4	2
	5	3	2	5	2
	6	3	2	5	1
	7	3	2	4	1
QUIMIOTERAPIA I.M.					
	1	3	0	0	3
	2	3	0	0	3
	3	3	1	2	3
	4	3	1	2	3
	5	3	2	3	2
	6	3	2	3	2
	7	3	1	3	2

	8	3	2	4	2
	9	3	1	5	1
	10	3	1	5	1
	11	3	2	5	1
	12	3	2	5	1
	13	3	2	5	1
QUIMIO.INTRATECAL					
	1	5	0	1	5
	2	5	0	1	5
	3	5	0	2	4
	4	5	1	2	4
	5	5	1	3	3
	6	5	1	4	3
	7	5	2	4	3
	8	5	2	4	2
	9	5	2	5	2
	10	5	2	5	2
	11	5	2	5	2
CANALIZACIÓN					
	1	5	0	0	5
	2	5	0	0	5
	3	5	0	1	5
	4	3	0	1	3
	5	3	1	2	2
	6	3	1	2	2
	7	3	0	3	2
	8	3	0	3	1
	9	3	1	3	1
	10	3	0	4	2
	11	3	0	4	1
	12	3	1	5	1
	13	3	1	5	1
	14	3	1	5	1
EX. MÉDULA					
	1	5	0	1	5
	2	5	0	3	4
	3	5	0	4	3
	4	5	0	5	2
	5	5	1	5	2
	6	5	1	5	2
	7	5	1	5	2

La segunda conducta problema de la cual son los siguientes datos, es la pérdida de apetito. Retomando lo establecido en el protocolo de investigación y tomando como

base lo que el niño reportó como sus alimentos preferidos, se hizo una lista de alimentos. En este punto se tienen que hacer algunas anotaciones: no siempre los alimentos que prefería el niño era recomendado que el sujeto ingiriera (por ejemplo, carne de puerco, mole, café entre otros), y debido a que el ingreso familiar era de 1 a 2 salarios mínimos, los padres no podían satisfacer todas las peticiones del niño (por ejemplo camarones, carne de res, hamburguesas, entre otros). Por lo que el niño se tuvo que ajustar a los alimentos que la madre preparaba para toda la familia.

Debido a lo anterior, se entrenó a la madre en el procedimiento de manejo de contingencias, para que el niño fuera reforzado positivamente cuando mostraba una ingestión adecuada. Los reforzamientos usados fueron principalmente: que el niño pudiera jugar nintendo, que se le comprara su fruta favorita, que su madre durmiera con él, que se le contara un cuento y ocasionalmente (cuando se tenían los recursos) que se le comprara algún juguete. Lo anterior fue suficiente y exitoso, ya que el niño mantuvo un peso adecuado.

La siguiente problemática a tratar fueron las conductas y actitudes relacionadas con la pérdida del cabello. El primer paso para eliminar esta conducta fue el reforzamiento de la auto imagen del niño mediante frases que el mismo niño construyó, como: "soy un chavo bonito", "mi mami me quiere mucho", "a mi familia no le importa que yo este peloncito", "estoy peloncito por la quimioterapia, pero pronto me saldrá el pelo". Estas verbalizaciones de afrontamiento, se realizaron en 3 sesiones, y el reporte de la madre indicó que el niño ya no comentaba que se sentía feo y triste por la pérdida de su cabello.

Respecto a los sentimientos de vergüenza y/o pena, se determinó que el niño necesitaba entrenamiento en situaciones escolares, familiares y en la calle, ya que sentía vergüenza ante familiares, compañeros, adultos en general y niños en general. Se implementó la técnica de entrenamiento asertivo durante 9 sesiones. A partir de la sesión 7, el niño reportó su nivel de vergüenza y/o pena en la categoría 1 (nada) ante familiares, compañeros y adultos en general; mientras que ante niños en general respondió en la categoría 2 (poca). (Ver tabla 7)

Tabla 7 - Intensidad de los sentimientos de vergüenza y/o pena ante diferentes personas

Nota: los códigos de respuesta corresponden a: 1.- Nada. 2.- Poco. 3.- Regular. 4.- Mucho. 5.- Muchísimo.

# DE REGISTRO	FAMILIARES	COMPAÑEROS	ADULTOS EN GRAL	NIÑOS EN GRAL
1	4	5	4	5
2	4	4	4	5
3	3	4	3	5
4	3	3	3	4
5	2	2	2	4
6	2	2	2	3
7	1	2	1	3
8	1	1	1	2
9	1	1	1	2

Por el tipo de trato que el niño recibía ocasionalmente de parte del personal médico, se decidió entrenar al sujeto para que manifestara asertivamente si el trato que le daban era incomodo o él lo consideraba inapropiado. De esta forma, se observó que el niño en las dos primeras sesiones no expresaba nada (1), mientras que en las dos últimas, el niño ya era capaz de expresar claramente su inconformidad (2) (por ejemplo, era capaz de decirle a la enfermera que lo estaba lastimando, que lo estaba agarrando muy fuerte, que le diera un momento para relajarse, entre otras cosas) (3). Esta situación se considera que fue benéfica para el niño, pero las enfermeras manifestaron incomodidad. (Ver tabla 8).

Tabla 8 - Habilidades mostradas por el niño ante el personal médico, durante los diferentes tratamientos.

Nota: El código de respuesta correspondiente es: 1.- No expresa nada. 2.- Expresa poco. 3.- Expresa claramente.

# DE REGISTRO	ANTES DEL ENTRENAM.	DESPUÉS DEL ENTREN.
1	1	1
2	1	2
3	1	3
4	1	3

El tratamiento implementado para abordar la conducta de sobreprotección fue un entrenamiento a los padres, mostrándoles *in situ*, que sus hijos habían sido entrenados y ya contaban con las habilidades necesarias para hacer frente a circunstancias desagradables para ellos. Los datos se muestran en la siguiente tabla: (Ver tabla 9).

Tabla 9 - Conductas de sobreprotección emitidas por los padres antes y después de su entrenamiento.

Nota: Las situaciones marcadas en la tabla son:

I. Cuando le preguntan que padece el niño, en su casa. II. Cuando le preguntan que padece el niño, en la calle, hospital, escuela, etc. III: Cuando se burlan de el niño porque no tiene pelo en su casa. IV. Cuando lo miran insistentemente en la calle V. Cuando sus familiares preguntan VI. Cuando sus familiares hacen burla. La codificación para la situación I es: 1. Responde la madre con mucha pena 2. Responde el niño La codificación para la situación II. es: 1. Retirar al niño 2. Evade la pregunta/ llora 3. Ignorar 4. Responde evasivamente 5. Responde sin molestarse 6. Le pide al niño que responda 7. Responde el niño 8. Se incomoda 9. Lo toma con naturalidad.

La codificación para las conductas III, IV, V, VI.: 1. Miradas Agresivas 2. Retirar al niño 3. Ignorar 4. Madre responde 5. Niño responde

SITUACIÓN	# DE REGISTRO	ANTES	DESPUÉS
I.	1	1	1
	2	1	1-2
	3	1	2

	4	1	1
	5	1	2
	6	1	2
II.	1	1-2	1-2
	2	1-2	1-2
	3	1-2	2
	4	1-2	1
	5	1-2	3
	6	1-2	2
	7	1-2	4
	8	1-2	5-9
	9	1-2	5-9
	10	1-2	6-9
	11	1-2	7-9
III.	1	1-2	1
	2	1-2	1-2
	3	1-2	3
	4	1-2	5
	5	1-2	5
IV.	1	1-2	1
	2	1-2	1
	3	1-2	1-2
	4	1-2	3
	5	1-2	3
V.	1	3	3-4
	2	3	3-4
	3	3	5
	4	3	5
	5	3	5
VI.	1	3	1
	2	3	1
	3	3	1-3
	4	3	5
	5	3	5

No obstante lo que indica esta tabla, de acuerdo al reporte verbal del niño, la madre no presentaba este comportamiento. El niño afirmó que en las situaciones reales su mamá lo retiraba de esas situaciones o bien respondía por él.

Respecto al tratamiento de la última conducta problema (limitación de actividades físicas), se tiene que al niño no se le permitía hacer prácticamente nada; esto, obviamente con el consentimiento de él y de su padre. La madre manifestó que en un primer momento ella pensó que esto beneficiaría al niño, pero que últimamente la situación también le incomodaba a ella, porque el sujeto ya ni siquiera quería comer solo.

Se tuvo una entrevista con el padre, con la finalidad de explicarle que el sujeto podía y debía hacer algunas actividades, por lo que se programaron cada semana actividades sugeridas por la investigadora, por la madre y por el padre. Esta programación de actividades se realizó durante 9 semanas y los resultados son asombrosos. De las 3 actividades que realizaba el niño en la primera evaluación, pasaron a 19 actividades en la 9 semana. Es importante hacer mención de que la incorporación del niño a las actividades generales del hogar fortaleció y mejoró mucho su relación familiar. (Ver tabla 10)

Tabla 10 - Cambios presentados en las actividades de los niños a lo largo de 9 semanas de entrenamiento.

CONDUCTAS	PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES									
	ANTES	DESPUES								
		SEMANAS								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.COMER SOLO	X	3	5	5	5	6	6	7	7	7
2.VESTIRSE SOLO		1	2	3	3	3	4	5	6	6
3.BAÑARSE SOLO				1	1	2	3	3	4	4
4.LEVANTAR SU ROPA		1	1	1	2	3	4	5	6	6
5.LEVANTAR SU PLATO		1	1	1	2	3	3	4	5	7
6.GUARDAR JUGUETES		1	1	1	1	3	4	5	6	7
7.TENDER SU CAMA				1	2	2	3	3	3	3
8.LAVARSE LOS DIENTES	X	2	3	3	4	6	7	7	7	3
9.SALIR TIENDA						2		2	3	4
10.SALIR A JUGAR							1	2	5	3
11.HACER LA TAREA				1	1	1	2	2	3	4

12.GUARDAR UTILES				1	1	1	2	2	3	4
13.BARRER					1	1	1	2	2	2
14.SACUDIR					1	1		1	1	1
15.ORDENAR OBJETOS		1		1		1		2	3	1
16.HACER FAVORES						2	2	3	1	2
17.ATENDERSE SOLO			1	2	2	2	2	5	6	7
18.LIMPIAR SUS ZAPATOS					1	2	2	2	2	2
19.CARGAR SU MOCHILA	X							2	2	3
TOTAL		10	14	21	27	41	50	62	75	78

POSTEVALUACION

Para la primera conducta, los datos obtenidos en la post evaluación se muestran en la tabla 11:

Tabla 11 - Nivel reportado por el sujeto en la post evaluación

PROCEDIMIENTOS MEDICOS	INTENSIDAD DEL DOLOR
Análisis de Sangre	1
Canalización de medicamentos	1
Canalización con solución salina	1
Quimioterapia Intramuscular	1
Quimioterapia Intratecal	2
Extracción de Médula	2
Radioterapia	0

Es decir que el tratamiento aplicado se puede considerar como exitoso.

Respecto a la pérdida del apetito, el reporte del médico y de la madre indica que la ingestión de alimentos era en cantidad y variedad, adecuada. Es decir, esta conducta dejó de ser problemática.

El tercer problema eran las conductas y actitudes relacionadas con la pérdida de cabello, donde la post evaluación indica que el niño adquirió las conductas asertivas necesarias para que esta conducta no fuera más un problema.

En lo que se refiere a los sentimientos de vergüenza y/o pena, el entrenamiento asertivo dado al sujeto indica que al término del tratamiento, el niño manifestó no presentar esta conducta ante familiares, compañeros y adultos en general, mientras que ante los niños manifestó tener poca vergüenza y/o pena. Lo que es un indicador de que este entrenamiento fue exitoso.

Respecto a la sobreprotección, se tienen datos que van en sentidos diferentes, por un lado, la madre afirma que ya le permite al niño afrontar todas las situaciones mencionadas en el apartado correspondiente y que ella ya lo toma con naturalidad; sin embargo, el reporte del niño indica que en situaciones como cuando se burlan de él en la calle, su mamá inmediatamente lo aleja o lo cubre y no lo deja responder. De lo anterior se desprende que el entrenamiento que se dio a la madre es medianamente exitoso, pero por otro lado, el hecho de que el niño lo haya expresado tan claramente indica que él desarrolló las habilidades de afrontamiento adecuadas para esta situación.

Finalmente, la última conducta en la que se intervino (limitación de actividades físicas), según lo reportado, se manifiesta que el tratamiento fue exitoso ya que pasó de 3 actividades permitidas a 19.

En términos generales y después del análisis de la post evaluación, se considera que el programa fomentó la adquisición de habilidades de afrontamiento que permitieron al niño mejorar su calidad de vida.

SUJETO 5

Edad: 10 años. Sexo: Masculino. Diagnóstico: LLA. No. de Sesiones: 25. No. de conductas Problema: 9. Conductas Problema: Área I. Fobias, Dolor, Aversión a la Comida. Área II. Fatiga, pérdida de Apetito, Conductas y Actitudes Relacionadas con la pérdida de Cabello, Depresión. Área IV. Sobreprotección y Limitación de Actividades Físicas.

TRATAMIENTO

La primera conducta a tratar fue el dolor ante diferentes procedimientos médicos.

El niño dominó la técnica de relajación en la quinta sesión. Según el registro semanal de relajación en el hogar, se tiene que fue de la semana 14 a la 23 donde regularizó su práctica con 2 días. Las semanas 17 y 18, debido a una complicación hepática, tuvo que ser hospitalizado.

El primer procedimiento médico donde se aplicó la técnica de relajación fue en la quimioterapia, este procedimiento fue reportado como no doloroso; sin embargo, el niño debido a que era una situación desconocida para él, manifestó mucha ansiedad.

Después de 3 sesiones de relajación el niño manifestó que esta ansiedad no estaba presente (Ver tabla 12).

En el procedimiento de extracción de sangre para análisis de laboratorio el sujeto manifestó tener un nivel de dolor de 3. La relajación en el registro 1, reportó que el sujeto estaba regularmente relajado (3), pero su nivel de dolor no disminuyó. En los registros 2 y 3 el niño reportó un nivel de dolor de 2, lo que indica una baja de intensidad. En la sesión 4 el niño fue lastimado, por lo que su nivel de dolor se elevó a 4. A partir de la sesión 6 se incluyó la imaginación guiada para él.

El cuarto procedimiento es la Quimioterapia intratecal. La intensidad del dolor reportada fue de 5. En las dos primeras sesiones el niño no se pudo relajar (lloró y no permitió que su madre se alejara de él) por lo que la intensidad del dolor no disminuyó. En las sesiones 3 y 4 se logró que el niño se relajara en una escala de 3 y 4 respectivamente y la intensidad de su dolor disminuyó a 4. En la sesión 5 se introdujo la imaginación guiada, el nivel reportado de relajación fue de 5 y su dolor disminuyó a 2. Los resultados obtenidos son muy alentadores ya que el niño, de esta sesión a la 8, presentó una excelente relajación y disminuyó la intensidad de su dolor a una escala de 2. (Ver tabla 12).

Tabla 12 - Evaluación de la conducta problema dolor mostrando la intensidad del mismo antes y después de la relajación.

TRATAMIENTO	NÚM.DE REG.	INT.DE DOLOR	RELAJACIÓN		INT. DOLOR DE
			ANTES	DESPUÉS	
RADIOTERAPIA					
	1	0	0	0	0
	2	0	0	2	0
	3	0	0	3	0
ANÁLISIS DE SANGRE					
	1	3	0	3	3
	2	3	0	3	2
	3	3	1	3	2
	4	3	1	3	4
	5	3	2	3	2
	6	3	2	4	1
	7	3	3	5	1
	8	3	3	5	1
	9	3	3	5	1
	10	3	3	5	1
	11	3	3	5	1
QUIMIO.INTRATECAL					
	1	5	0	0	5
	2	5	0	0	5
	3	5	1	3	4
	4	5	1	4	4
	5	5	2	5	2
	6	5	2	5	2
	7	5	2	5	2
	8	5	2	5	2

CANALIZACIÓN					
	1	5	0	1	3
	2	5	0	1	3
	3	5	1	1	3
	4	3	1		2
	5	3	2	3	3
	6	3	2	3	3
	7	3	2	4	2
	8	3	2	4	2
	9	3	2	4	2
	10	3	2	4	1
	11	3	3	5	1
	12	3	3	4	1
	13	3	3	3	2
	14	3	1	4	1
	15	3	1	4	1
	16	3	1	4	1
EX. MÉDULA					
	1	5	0	0	5
	2	5	0	0	4
	3	5	1	5	3
	4	5	1	5	3
	5	5	2	5	2
	6	5	2	5	2
	7	5	2	5	2

Respecto al tratamiento de aplicación de sueros y medicamentos, se tiene que en el registro número 1 el dolor era de 3, el cual se mantuvo hasta la sesión 3 ya el niño no lograba relajarse (1). Fue hasta la sesión 10 (cuando se añadió la imaginación guiada) que el niño pudo relajarse en una escala de 4, cuando el nivel de dolor disminuyó a 1.

En el tratamiento de extracción de médula, la intensidad del dolor era de 5; en las dos primeras sesiones el niño no se pudo relajar y presentó resistencia física. A partir de la sesión 3 se introdujo la imaginación guiada y la relajación que reportó el niño fue de 5 con una intensidad del dolor de 3, en las sesiones 3 y 4, y de la sesión 5 a la 7 el dolor disminuyó a 2. Este tratamiento se considera exitoso debido a que el niño no mostró resistencia física a partir de la sesión 3.

Respecto a la conducta de pérdida del apetito, se elaboró una lista de los alimentos preferidos por el niño, no hubo necesidad de eliminar alimentos chatarra debido a que no los consumía; además la madre se había preocupado por consultar a una nutricionista para hacer la lista de los alimentos más nutritivos y que le convenía ingerir a su hijo. No obstante, la situación económica de la familia no le permitía a la madre tener acceso a muchos de estos alimentos (su ingreso era de 1 a 2 salarios mínimos), por lo que el niño se tuvo que ajustar a aquellos alimentos que preparaba la madre para toda la familia. La solución que se planteó conjuntamente fue que la madre en la mañana le preguntaba al niño qué quería comer y si se ajustaba a su presupuesto, lo complacía.

El niño no obstante lo anterior, disminuyó su ingesta y perdió peso. Para lograr que el niño mantuviera una ingesta adecuada, se entrenó a los padres en el manejo de contingencias para que proporcionaran reforzamiento positivo al niño cuando comiera bien. Los reforzadores fueron: jugar con el nintendo, que le contaran cuentos, que formaran rompecabezas junto con él y cuando era posible, lo llevaban a comer a algún restaurante. Después de esta programación, se logró que el niño recuperara y mantuviera su peso normal.

La siguiente problemática a tratar fueron las conductas y actitudes relacionadas con la pérdida del cabello. El primer paso para eliminar esta conducta fue el reforzamiento de la auto imagen del niño mediante frases que el mismo niño construyó, como: "soy un niño simpático" "mi mami me quiere mucho", "a mi familia no le importa que yo no tenga pelo", "no tengo pelo por la quimioterapia, pero pronto me saldrá". Estas verbalizaciones de afrontamiento, se realizaron en 3 sesiones, y el reporte de la madre indicó que el niño ya no comentaba que se sentía feo y triste por la pérdida de su cabello.

Respecto a los sentimientos de vergüenza y/o pena, se determinó que el niño necesitaba entrenamiento en situaciones escolares (preguntas sobre su enfermedad, burlas de sus compañeros, que sea visto con insistencia), familiares (burlas y apodos) y en la calle (que sea visto insistentemente, que se reían de él, que le hagan burla, que le pregunten qué tiene) ya que sentía vergüenza ante familiares, compañeros, adultos en general y niños en general. Se implemento la técnica de entrenamiento asertivo durante 8 sesiones. A partir de la sesión 7 el niño reportó su nivel de vergüenza y/o pena en la categoría 1 (nada) ante familiares y compañeros; mientras que ante adultos y niños en general respondió en la categoría 2 (poca). En la última sesión, el niño reportó ante todas las opciones no tener nada de vergüenza (1). (Ver tabla 13). Sin embargo, cuando el niño reportó lo anterior, fue en un periodo en el que se le recomendó no asistir a la escuela (por las bajas temperaturas) y no salir con frecuencia a la calle.

Tabla 13 - Intensidad de los sentimientos de vergüenza y/o pena ante diferentes personas

Nota: los códigos de respuesta corresponden a: 1.- Nada. 2.- Poco. 3.- Regular. 4.- Mucho. 5.- Muchísimo.

# DE REGISTRO	FAMILIARES	COMPAÑEROS	ADULTOS EN GRAL	NIÑOS EN GRAL
1	4	4	5	5
2	4	4	4	4
3	3	3	4	4
4	3	3	4	4
5	2	2	3	3
6	2	2	3	3
7	1	1	2	2
8	1	1	1	1

Debido a algunas actitudes del personal médico, se pensó que era necesario entrenar al niño en situaciones donde él sintiera que no estaba siendo bien atendido. Se logró que de la sesión 4 a la 6 el niño expresara claramente sus molestias. (ver tabla 14)

Tabla 14 - Habilidades mostradas por el niño ante el personal médico, durante los diferentes tratamientos.

Nota: El código de respuesta correspondiente es: 1.- No expresa nada. 2.- Expresa poco. 3.- Expresa claramente.

# DE REGISTRO	ANTES DEL ENTRENAM.	DESPUÉS DEL ENTREN.
1	1	1
2	1	1
3	1	1
4	1	2
5	1	3
6	1	3

Respecto al tratamiento aplicado para eliminar la conducta de sobreprotección, se entrenó a la madre en ciertas habilidades para que ésta no fuera afectada por situaciones a las que el niño ya había sido entrenado para responder asertivamente.

La primera situación que se abordó fue cuando le preguntaban al niño de qué estaba enfermo (calle, escuela, hospital, transporte público), donde la madre manifestó en las sesiones 3, 5 y 6, que dejaría responder a su hijo.

Cuando le hacen burla a su hijo porque no tiene pelo, en las 2 primeras sesiones, la madre reportó que miraba agresivamente a las personas y retiraba inmediatamente al niño de ese lugar. En la sesión 4 y 5, reportó que dejaría al niño que se defendiera solo.

Cuando se le quedan viendo insistentemente en la calle, la respuesta en las sesiones 1 y 2 fueron las mismas que en la situación anterior, mientras que en las 2 últimas sesiones fue que lo mejor era ignorar la situación.

En las dos últimas situaciones (cuando sus familiares preguntan sobre la enfermedad del niño y cuando sus hermanos le hacen burla) la madre en la sesión 1 y 2, reportó que trataba de ignorarlas pero que no podía dejar de mirar agresivamente a las personas. Después que observó las habilidades que había desarrollado su hijo, manifestó que su hijo era el más apropiado para defenderse.

Es importante hacer notar que la madre reportó que corroborar que su hijo se podía defender la hacía sentirse más tranquila, sobre todo cuando salían a la calle y cuando éste asistía a la escuela. (Ver tabla 15).

Tabla 15 - Conductas de sobreprotección emitidas por los padres antes y después del entrenamiento a padres.

Nota - Las situaciones marcadas en la tabla son: I. Cuando le preguntan que padece el niño en su casa. II. Cuando le preguntan que padece el niño en la calle, hospital, escuela, etc. III: Cuando se burlan del niño en su casa porque no tiene pelo. IV. Cuando lo miran insistentemente en la calle. V. Cuando sus familiares preguntan VI. Cuando sus familiares hacen burla.

La codificación para la situación I es: 1. Responde la madre con mucha pena 2. Responde el niño.

La codificación para la situación II es: 1. Retirar al niño 2. Evade la pregunta/ llora 3. Ignorar 4. Responde evasivamente. 5. Responde sin molestarse. 6. Le pide al niño que responda. 7. Responde el niño 8. Se incomoda 9. Lo toma con naturalidad.

La codificación para las conductas III, IV, V, VI. : 1. Miradas Agresivas 2. Retirar al niño 3. Ignorar 4. Madre responde 5. Niño responde

SITUACIÓN	# DE REGISTRO	ANTES	DESPUÉS
I.	1	1	1
	2	1	2
	3	1	2
	4	1	1
	5	1	2
	6	1	2
II.	1	1	1-2
	2	1	1-2
	3	1	2
	4	1	1
	5	1	1
	6	1	1
	7	1	2
	8	1	2
	9	1	5-9
	10	1	6-9
	11	1	7-9
III.	1	2	2
	2	2	2
	3	2	2
	4	2	7
	5	2	7
	6	2	7
	7	2	2
	8	2	7
	9	2	7
	10	2	7
IV.	1	1	1-8
	2	1	1-8
	3	1	9
	4	1	9
	5	1	9

	6	1	9
	7	1	9
V.	1	2	2
	2	2	5
	3		5
	4	2	5
VI.	1	1-2-8	1-2-8
	2	1-2-8	1-8
	3	1-2-8	1-8
	4	1-2-8	1-8
	5	1-2-8	1-8
	6	1-2-8	9
	7	1-2-8	9
	8	1-2-8	9

La última conducta problema en la cual se incidió fue la limitación de actividades físicas, y los datos se muestran en la tabla 16.

Tabla 16 - Cambios presentados en las actividades de los niños a lo largo de 7 semanas de entrenamiento.

CONDUCTAS	PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES							
	ANTES	DESPUES						
		SEMANAS						
		1	2	3	4	5	6	7
1.COMER SOLO	X	7	7	7	7	7	7	7
2.VESTIRSE SOLO		3	3	5	6	6	6	6
3.BAÑARSE SOLO		1	1	4	4	4	4	4
4.LEVANTAR SU ROPA			2	7	7	7	7	7
5.LEVANTAR SU PLATO		6	6	7	7	7	7	7
6.GUARDAR JUGUETES			3	6	6	7	7	7
7.TENDER SU CAMA			1	3	3		3	5
8.LAVA. LOS DIENTES			1	2	1	2	1	2

9.SALIR TIENDA								
10.SALIR A JUGAR	X	1	3	4	4	4	5	5
11.HACER LA TAREA			1	1	2	3	4	6
12.GUARDAR UTILES							2	5
13.BARRER				1	1	2	2	5
14.SACUDIR					1	2	2	
15.ORDENAR OBJETOS						1	1	3
16.HACER FAVORES					1	1	1	1
17.ATENDERSE SOLO			1		1	2	1	2
18.LIMP. SUS ZAPATOS	X	1		2	1	2	2	1
19.CARG. SU MOCHILA	X	1		1	1	2	2	1
TOTAL		20	28	50	53	59	65	79

La madre reportó que las relaciones entre ella y su hijo habían mejorado notablemente, ya que en esos momentos no lo sentía más como una carga, y que además, como compartían actividades, tenían la oportunidad de comunicarse más.

Por su parte el niño, manifestó que se sentía mejor ayudando en su casa y que ya no se aburría tanto.

POSTEVALUACIÓN

Para la primera conducta, los datos obtenidos en la post evaluación indicaron se muestran en la tabla 17.

Tabla 17 - Post evaluación de la conducta de dolor ante diferentes procedimientos médicos.

PROCEDIMIENTOS MEDICOS	INTENSIDAD
Análisis de Sangre	1
Canalización con Medicamentos	1
Canalización con solución salina	1
Quimioterapia Intramuscular	1
Quimioterapia Intratecal	2

Extracción de Médula	2
Radioterapia	0

Es decir que el tratamiento aplicado se puede considerar como exitoso.

Respecto a la pérdida del apetito, el reporte del médico y de la madre indica que la ingestión de alimentos era en cantidad y variedad, adecuada. No obstante, no se puede descartar esta conducta como problema porque el niño busca muchos pretextos para no comer.

El tercer problema fueron las conductas y actitudes relacionadas con la pérdida de cabello, de la que la post evaluación indica que el niño adquirió las conductas asertivas necesarias para que esta conducta no fuera más un problema.

En lo que se refiere a los sentimientos de vergüenza y/o pena, el entrenamiento asertivo dado al sujeto indica que al término del tratamiento el niño manifestó no presentar esta conducta ante ninguna persona. Lo que es un indicador de que este entrenamiento fue exitoso.

Respecto a la sobreprotección, los datos indican que el tratamiento fue exitoso ya que la madre afirma que ya le permite al niño afrontar todas las situaciones mencionadas en el apartado correspondiente y que ella ya lo toma con naturalidad, y además manifiesta que se siente más tranquila al saber que su hijo se sabe defender solo. Esto no indica, sin embargo, que la madre ante algunas situaciones que ella considera desventajosas para su hijo, intervenga para defenderlo.

Finalmente, la última conducta en la que se intervino (limitación de actividades físicas), según lo reportado en el inventario de actividades, claramente se manifiesta que el tratamiento fue exitoso ya que pasó de 3 actividades permitidas a 19.

En términos generales y después del análisis de la post evaluación, se considera que el programa fomentó la adquisición de habilidades de afrontamiento que permiten al niño mejorar su calidad de vida.

Conclusiones

El primer punto a tratar es el referente al enfoque que desde la profesión médica se hace del proceso salud-enfermedad. Así, se tiene que los problemas de salud históricamente han sido abordados unilateralmente desde la perspectiva médica. Este hecho determina que el ser humano como objeto de estudio, sea abordado como un ente fraccionado, del cual el único aspecto a tomar en cuenta es el biológico. El estatus que tiene el médico entre los profesionales dedicados a la salud es a los ojos de los usuarios y de ellos mismos incuestionable, factor que influye decididamente en el que dichos profesionales aborden al sujeto enfermo sin reparar en que existen otras profesiones que pueden apoyar su trabajo. Es importante hacer mención de esto debido a que bajo esta perspectiva, el psicólogo no tendría un espacio específico para abordar la parte que le corresponde en este proceso.

A partir de este planteamiento, se llega entonces a deducir que la salud no es únicamente la ausencia de enfermedad, sino un proceso complejo en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. De lo que se desprende

necesariamente un cambio en la definición del objeto de estudio. Así pues, el ser humano tiene que empezar a ser visto como una unidad biopsicosocial, con influencias importantes de todos y cada uno de los ámbitos que lo rodean. Así mismo, la conceptualización de los problemas de la salud, para ser integral, requiere tomar en cuenta el rol de la conducta humana en el mantenimiento de la misma.

En diversas investigaciones ha quedado más que demostrado que, la presencia o ausencia de ciertos comportamientos en el repertorio habitual de las personas, propicia un riesgo más elevado de trastornos graves de salud. La propuesta es entonces favorecer la adquisición, por parte de los individuos, de conductas adecuadas y modificar aquellas que suponen un riesgo para la salud, hecho que constituye el primer paso de una buena educación para el mantenimiento de la misma.

Decir que lo anterior es una empresa fácil, es faltar a la verdad, además de evidenciar una carencia de información, ya que se ha demostrado que las conductas llamadas de salud se caracterizan por ser inconsistentes. Este último término hace referencia a la escasa relación entre distintas conductas en una misma persona, ya que el hecho de que un sujeto lleve a cabo una conducta de salud, no predice en modo alguno la presencia de otras.

Respecto a los factores que están relacionados con estas conductas, se pueden identificar 2 tipos: los sociales y los individuales. En los primeros, existen aspectos como la influencia específica que recibe el individuo del grupo familiar; los valores asociados a una cultura particular o a un grupo socioeconómico, que incluyen desde los valores estéticos hasta la definición del papel que deben jugar los diferentes miembros de la comunidad. En los segundos, se encuentran aspectos como: la auto percepción de síntomas, los factores emocionales y las creencias y actitudes.

Recapitulando, es preciso observar al proceso salud-enfermedad, como resultante de la interrelación de factores físicos, conductuales y ambientales, para de esta forma regresarle al ser humano todos los aspectos que lo conforman, es decir, comprenderlo como un ente biopsicosocial. Es necesario a su vez remarcar que cada uno de estos aspectos contribuye a los diferentes tipos de problemas que se encuentran en la práctica médica y que éstos no pueden ser resueltos únicamente por las técnicas tradicionales de dicha profesión; por lo que otras disciplinas deben empezar a ser tomadas en cuenta para proporcionar al paciente una atención integral.

El presente proyecto surge con la pretensión básica de intervenir en un área que se manifestó desatendida. Las conductas problema que se retomaron para la elaboración de éste, se considera que fueron las adecuadas, aunque, no todas ellas se presentaron en los sujetos analizados.

El presente proyecto, al ser elaborado tuvo pretensiones muy amplias al abordar los cuatro ámbitos más importantes del niño. Es necesario mencionar que, si bien se realizó una intervención en cada una de ellas, se está conciente de que dicha intervención debe realizarse de una manera más amplia. De esto se deriva que cada una de las áreas del proyecto, debido al tipo de problemática que abordan, puede y es necesario que sean creadas como un proyecto específico encaminado a tratar estos aspectos.

Al ser elaborado un proyecto de investigación, se requiere de cierta metodología y tiene que cumplir con ciertos requisitos para ser aprobado; en el presente trabajo se plantearon etapas para ser abordadas en un orden específico. Sin embargo, es

de todos sabido que en el trabajo de campo es casi imposible llevar a cabo punto por punto lo marcado en los protocolos. El presente trabajo tuvo también esta característica, es decir, se adaptó a las necesidades prioritarias de los sujetos, no importando que la conducta problema fuera del área cuatro o de la primera, si el niño expresaba alguna problemática, ésta era atendida, aún cuando los objetivos de esa sesión fueran otros.

Para el trabajo de campo es menester tomar en cuenta cada uno de los aspectos que se vayan presentando, por lo que se debe ser flexible -obviamente sin perder de vista los objetivos finales-; en este trabajo algunas sesiones tuvieron que ser suspendidas simplemente por el hecho de que los niños no tenían el ánimo ni la disposición para trabajar, aspecto por demás justificable si se recuerda que estaban bajo tratamientos médicos por demás agresivos. En el protocolo original fueron planeadas 15 sesiones de 30 minutos cada una, mismas que se extendieron a 30 de 60 minutos, entre otras causas por los aspectos arriba marcados.

Así mismo, las técnicas de tratamiento tuvieron que ser adaptadas a las condiciones en las cuales se logró trabajar, mismas que por cierto no fueron las ideales o las que marca la literatura revisada (por ejemplo, no se contó con un espacio adecuado para el entrenamiento en relajación, había constantes interrupciones, la oficina de trabajo social es demasiado oscura y fría, etc.).

Por otro lado, se desea mencionar, que se tiene que tomar en cuenta que aún cuando inicialmente el pronóstico de vida de los sujetos sea favorable, éste puede devenir, debido a factores fuera del alcance de quien proyecta las investigaciones, en un pronóstico desfavorable y que hay que estar preparados para afrontar la pérdida de los sujetos.

En la investigación que se lleva a cabo con poblaciones pediátricas es indispensable crear instrumentos propios para esta población en lo que se refiere a formatos, formas de respuesta, etc., para facilitarle al sujeto la expresión de sus verdaderos problemas. No se debe perder de vista en ningún momento que se está trabajando con niños y no con adultos pequeños, y la creatividad debe ser un elemento constante en el trato diario.

Sobre los resultados se pueden hacer dos anotaciones concretas. La primera es respecto al sujeto 3. (Este niño abandonó el proyecto). En la primera recaída que tuvo (aproximadamente 2 meses después de haber abandonado el protocolo) y durante su estancia en el hospital fue evaluado nuevamente, encontrándose que el número e intensidad de los problemas presentados eran mayores, de lo que se puede concluir que una intervención temprana en este tipo de pacientes es una excelente opción ya que previene la aparición de conductas problema. Con este niño también se trabajó, pero pese a la disposición del mismo, la extinción de las conductas presentadas requirieron de más tiempo (se trabajó 3 veces a la semana) y de la implementación de técnicas diferentes y complementarias a las de los niños que fueron constantes en el tratamiento.

El segundo punto es el hecho de que, conforme avanza el tratamiento médico, las respuestas de los niños van cambiando, por ejemplo, la pérdida del apetito depende directamente del tipo de medicamento que se utilice con el niño, ya que algunos de ellos tienen como consecuencia justamente que no se desee ingerir nada. Respecto a las aversiones a la comida, dependen también del tipo de medicamento, del tiempo y cantidad de ingesta para que se desarrollen, de tal suerte que algún alimento preferido para el niño puede pasar a ser totalmente aversivo. Así mismo, la intensidad del dolor de cierto procedimiento puede variar grandemente después de que el niño haya sido lastimado, etc. Esto es necesario

remarcarlo debido a que son factores que van a tener repercusiones muy claras en el entrenamiento que se está llevando a cabo, y se requiere estar al tanto cercanamente de todas las intervenciones médicas por las que pasa el niño, para detectar a tiempo estas variaciones en la percepción del sujeto, y abordarlas adecuadamente.

Los problemas a los que se tuvo que hacer frente fueron muchos y de muy variados tipos, entre los más significativos se puede mencionar:

- La diferencia abismal que existe entre lo planteado en la literatura revisada sobre el papel del psicólogo en la atención a los problemas de salud y lo encontrado en la institución donde se trabajó.
- Existe una desinformación completa del rol que puede desempeñar el psicólogo y de todos los beneficios que el trabajo multidisciplinario puede aportar, no solo para los pacientes, sino para el mismo trabajo del médico.
- El nivel económico de la población trajo consigo problemas tan evidentes como el que las madres no podían acudir a las citas por no contar con el dinero suficiente para pagar pasajes o para poder satisfacer el deseo del niño de comer algún alimento de su predilección.
- Las creencias que existen sobre el Cáncer representaron un obstáculo al principio de la investigación, ya que se tuvieron que estar tratando recurrentemente, así mismo, los tratamientos "alternativos" para la curación de esta enfermedad. Estas creencias están directamente relacionadas con el grado académico de los padres.
- Por otro lado, aún con todos los obstáculos que existen, el creciente trabajo de investigación en el área de la psicología de la salud infantil representa la posibilidad de incidir en instituciones dedicadas a atender a la población infantil, ganando terreno para la inserción del psicólogo y demostrando con hechos que una intervención multidisciplinaria es la opción más acertada.

Referencias

Brannon, L. y Feist J. (2001) *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo Thomson Learning.

Buela C. G y Moreno D.S. (2000). Tratamiento Psicológico del dolor asociado al cáncer en adultos y niños. En: *Psicología de la salud* Luis A. Oblitas Guadalupe y Elisardo Becoña Iglesias. México: Plaza y Valdez

Cruzado, J. A. y Olivares, E. (2000) Evaluación y Tratamiento del Cáncer. En: *Intervención Psicológica en Trastornos de Salud*. José María Buceta, Ana María Bueno, Blanca Mas Eds. Madrid: Dykynson.

Dueñas, G. T. Marín, P. T. (1994). *Oncogene, oncología para el médico de primer nivel. Leucemias en Niños*. México: Folleto de divulgación editado por Pharmacia Farmitalia Carlo Erba. p.p 1-16.

Holleb, A. (1990). *The American Cancer Society. Cancer Book U.S.A.*: Doubleday.

Joyce, M. Yasko, R.N. (1990) Coping with Problems Related to Cancer Treatment. En: *The American Cancer Society. Cancer Book*. Ed. Arthur Holleb. Doubleday: EUA

Lanzokowsky, P. (1983). *Pediatric Oncology*: McGrawhill. EUA

Lauer, S. J. Camitta, B.M. Leventhal, B.G. (1993). Intensive alternating drug pairs for treatment of high-risk childhood acute lymphocytic leukemia. *Cancer*. 71: 2854-2861.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. U.S.A: Springer

Lewin, M. (1990). Principles of Cancer Chemotherapy. En: *The American Cancer Society Cancer Book*. Ed. Arthur Holleb. Doubleday: EUA.

Marín, P. T. (1993). Tratamiento de la Leucemia en niños en la Década de los 80's en Hematología Pediátrica, C. M. La Raza. *Progresos Recientes en Hematología*. México: Revista editada por el *Instituto Mexicano del Seguro Social y la Clínica Mayo*. Rochester. 15-91.

Mathe, G. Pouilart, P. Swarzenberg, L. y Coll, D. (1972). Attempt at immunotherapy of 100 acute lymphoid leukemia patients. Some factors influencing results. *Cancer. Monographic 35*, 361-174.

Moos, R.H. (1981). *The Crisis of Physical Illness*. Gran Bretaña: Oxford University Press.

Ovilla, M. R. (1995). *Transplante de Médula*. Memorias del Primer Foro Nacional de Difusión Científica y Educación para la Salud en la Leucemia y los Cánceres más Frecuentes en México. Conferencia Magistral. Diciembre 1995.

Sandoval, R. J. (1995). *Epidemiología del Cáncer en México*. Memorias del Primer Foro Nacional de Difusión Científica y Educación para la Salud en la Leucemia y los Cánceres más frecuentes en México. Palacio de Medicina: México

Satoro, A. Gasparini, M. (1994), *Leucemias Agudas*. *Oncología Pediátrica*. Madrid: Ediciones Médicas. Capítulo 42. p.p.720-734.
Secretaría de Salud. (1999). *Registro Histopatológico de las Neoplasias malignas en México*. México: SSA

Yosko, M. y Green, A. (1990). Principles of Cancer Chemotherapy. En: *The American Cancer Society Cancer Book*. Ed. Arthur Holleb. Doubleday: EUA.

CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL A TRAVÉS DE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Dra. Lilia Mabel Labiano

Profesora Titular Exclusiva de la Cátedra de Psicología para el
Profesorado en Ciencias Biológicas.
Facultad de Química, Bioquímica y Farmacia.

Lic. Claudia Brusasca

Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Neurofisiología y
Fisiopatología Nerviosa.
Facultad de Ciencias Humanas.

Medico Alberto Gargani

Profesor Adjunto Cátedra de Neurofisiología y Fisiopatología Nerviosa
de la Facultad de Ciencias Humanas.

Lic. María Isabel Gimenez. Facultad de Química, Asesora
Metodológica
Bioquímica y Farmacia.

Universidad Nacional de San Luis

San Luis - Argentina

Introducción

La hipertensión arterial es una alteración funcional que afecta a un porcentaje elevado de la población actual, exponiendo a los que la padecen a riesgos severos en su salud, principalmente desde el punto de vista cardiovascular, como así también, cerebral y/o renal.

Desde hace años, las organizaciones sanitarias internacionales han sugerido la importancia de promover estrategias cognitivas y de comportamiento, para facilitar el control de la presión arterial. La Comisión Nacional Conjunta para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (VI Informe, 1997) ha recomendado que, en los casos de hipertensión leve, se postergue el tratamiento farmacológico y, preferentemente, se modifiquen pautas de estilo de vida, a fin de revertir esta alteración.

De acuerdo con la mencionada Comisión, serán considerados hipertensos leves aquellos que posean niveles de presión arterial diastólica entre 90 y 99 mm Hg, y niveles de presión arterial sistólica entre 140 y 159 mm Hg.

Durante muchos años se ha sostenido que hay factores psicológicos, de personalidad, asociados a la condición hipertensa. Pero la hipótesis de una personalidad hipertensa no ha podido demostrarse aún (Friedman, 2001).

Sommers - Flanagan y Greenberg (1989) encontraron que los individuos hipertensos presentaban dificultades con la expresión de la cólera y mayor ansiedad interpersonal, así como un uso más frecuente de mecanismos defensivos con respecto a sus experiencias emocionales. Jorgensen y cols. (1996) han señalado que en los hipertensos se da una mayor emocionalidad negativa y defensividad y menor expresión del afecto. Niveles más elevados de cólera contenida o encubierta en estos, es un rasgo señalado por Vögele y Steptoe (1992). La cólera suprimida asociada a la hipertensión, ha sido observada en hombres con estrés laboral (Cottingham, Matthews, Talbott y Kuller, 1986).

Pero hasta el presente, los datos obtenidos en cuanto a emocionalidad negativa, son contradictorios. Mientras que algunos encuentran asociación entre ansiedad como factor etiológico de la hipertensión (Markovitz y cols., 1993), otros no encuentran asociación alguna (Jonas y cols., 1997). Estos autores encontraron, en blancos y negros, que los que presentaban mayores niveles de ansiedad fueron más propensos a tener hipertensión que los sujetos con niveles de ansiedad bajos o normales. Markovitz y cols. (1991) observaron que el nivel de tensión predijo el desarrollo hipertenso en mujeres, en un periodo de seguimiento de tres años.

Dado que, históricamente se ha asociado a la hipertensión con niveles elevados de estrés, los tratamientos psicológicos más aplicados están orientados al manejo de éste, respondiendo a un modelo de reducción del arousal. Una serie de estudios demuestran que la relajación puede ser eficaz para reducir la hipertensión arterial: Johnson (1991); Davison Williams, Nezami, Bice y Dequattro (1991); Broota, Varma y Singh (1995); Amigo, Fernández y Gonzalez (2001).

En el presente trabajo, se buscó controlar los valores de presión arterial, reduciendo la medicación en un grupo de pacientes hipertensos, a través de técnicas de relajación. Se compararon dos procedimientos reconocidos clínicamente como potencialmente eficaces para reducir la hipertensión arterial: Entrenamiento Autógeno de Schultz (1969); y la Respuesta de Relajación de Benson (1976).

Al mismo tiempo, se consideraron variables psicológicas que se asocian habitualmente a la hipertensión arterial, tales como nivel de estrés y ansiedad, cólera encubierta y manifiesta, reacción colérica, síntomas psicósomáticos, y autocontrol percibido.

Método

Sujetos

Como sujetos de experimentación participaron 10 mujeres adultas, con diagnóstico médico confirmado de hipertensión arterial esencial leve; crónicas, con más de 6 meses de diagnóstico confirmado. La media de edad de las mujeres fue de 52.05; DE = 13.75.

La mayor parte de los sujetos estaban bajo tratamiento médico convencional; sólo una de las pacientes no aceptaba la terapia farmacológica.

Se excluyeron los sujetos con hipertensión secundaria, con daño orgánico, con enfermedad somática grave o alteración psiquiátrica.

Inicialmente, el número de pacientes tratados con los procedimientos psicológicos fue mayor (14). Debido a complicaciones orgánicas secundarias debieron excluirse de la muestra varias pacientes, quedando solo aquellos casos que presentaban el trastorno hipertenso esencial.

Las muestras fueron reducidas a fin de facilitar el control de cada sujeto. El número de pacientes estuvo condicionado a la disponibilidad de instrumentos para medir la presión arterial.

Instrumentos

Para medir la presión arterial se utilizaron esfigmomanómetros tipo aneroide con estetoscopio, marca SAN - UP (AN -550); uno por cada sujeto que participó.

Se aplicaron los siguientes cuestionarios:

- Ansiedad (rasgo - estado) (Spielberger, 1983).
- Hostilidad (rasgo - estado) (Spielberger, 1988).
- Cuestionario de autocontrol (Shapiro, 1994).
- Chequeo de síntomas psicósomáticos (McKay y cols., 1985).
- Estrés percibido (Cohen y Williamson, 1988).
- Planillas para el autorregistro de presión arterial.
- Planillas para consignar frecuencia de práctica del procedimiento de relajación en el hogar.

Procedimiento

Con base en la muestra no aleatoria o intencional de sujetos hipertensos esenciales, se constituyeron al azar dos grupos experimentales. En el grupo 1 (G 1) se aplicó el Entrenamiento Autógeno, Primer Nivel (Schultz, 1969); en el grupo 2 (G 2) se implementó el procedimiento de Respuesta de Relajación (Benson, 1976) asociado a la práctica de la respiración diafragmática profunda.

Etapas:

a. Pre - tratamiento

- Inicialmente, se dio información básica acerca de la alteración hipertensa.

Se estableció un contrato escrito de compromiso con cada paciente (firmado por cada sujeto) referido a:

Asistencia a cada sesión.

- Medición de presión arterial y práctica diaria de la técnica de relajación en el hogar.
- Aceptación de un control y seguimiento.
- Mantener constantes estilo de vida y factores referidos a dieta, ejercicio, medicación, etc.

Se realizó una evaluación médica del paciente a través de:

- Historia Clínica: datos relacionados con la medicación prescrita (tipo de droga y dosis exacta).
- Examen Físico.
- Aplicación de cuestionarios.
- Se establecieron los valores de línea base con relación a niveles de presión arterial diastólica y sistólica.

Se enseñó a cada uno de los sujetos a medir su presión arterial y se les proporcionó un tensiómetro tipo anerode con estetoscopio, marca SAN - UP (AN - 550). Todas las pacientes realizaron dos mediciones diarias en el hogar, una en la mañana y otra en la noche, durante las dos semanas previas al tratamiento. Las mismas fueron instruidas para abstenerse de fumar, comer, tomar café o realizar ejercicio físico, por lo menos 30 minutos antes de cada medición. Midieron su presión arterial después de descansar sentadas, por lo menos, 5 minutos. Todas estas indicaciones se dieron verbalmente y se incluyeron en un folleto que los sujetos llevaron al hogar. Las pacientes cumplieron un registro diario de las mediciones obtenidas.

b. Tratamiento

- Los dos grupos realizaron las mediciones diarias de la presión arterial y el registro en las planillas correspondientes.
- Aplicación de las técnicas a los grupos 1 y 2 en una sesión semanal de 1 hora de duración, durante 12 semanas.
- Recomendación de práctica individual en el hogar, 15 a 20 minutos diarios (estipulado en el compromiso inicial) determinando lugar y tiempo.

c. Post Tratamiento

A fin de obtener resultados comparativos con los observados en la etapa de pre - tratamiento, al finalizar el tratamiento se aplicó:

- IDARE (estado).
- STAXI (estado).
- Cuestionario de Autocontrol.
- Síntomas psicossomático

d. Seguimiento

Aproximadamente a los tres - cuatro meses de concluido el tratamiento, se obtuvieron nuevamente los valores de presión arterial promedios (registros en casa).

Se aplicó un cuestionario *ad - hoc* a fin de lograr:

- Información sobre adherencia a la práctica del procedimiento.
- Información sobre la modificación o no de la dosis de medicamentos.
- Valores referidos a estrés percibido.

Análisis de los resultados

Hay que señalar que los valores de la presión arterial promedio de las pacientes, están controlados por la medicación, no alcanzando el nivel de hipertensión leve (según la JNC VI, 1997: 140 - 159 mmHg / 90 - 99 mmHg). Los valores promedios de ambas muestras tienden, en general, a disminuir o mantenerse estables.

Se realizaron comparaciones entre la línea base y la etapa de seguimiento en los valores referidos a PAS, PAD, medicación y niveles de estrés, por considerar que estos valores eran los más importantes a tener en cuenta a fin de evaluar los cambios positivos que se lograban mantener en el tiempo. Del resto de los parámetros (ansiedad, síntomas psicossomáticos, autocontrol, control de la cólera y cólera manifiesta y no manifiesta), sólo se obtuvieron valores de línea base y de

post-tratamiento. Se comparan los puntajes obtenidos en estas dos etapas de tratamiento.

Tabla 1 - Valores de presión arterial y medicación en diferentes etapas del tratamiento. (Grupo 1: EA. Grupo 2: RR).

Grupo		PAS			PAD			MED		
		LB	POST	SEG	LB	POST	SEG	LB	POST	SEG
1	M	13.36	13.12	12.40	8.14	7.86	7.60	6.00	4.00	1.50
	DE	.95	.55	.55	.66	.44	1.14	4.18	3.79	1.00
2	M	14.28	13.86	13.80	7.78	7.44	7.60	6.00	5.50	5.50
	DE	1.98	1.59	1.50	.72	.85	1.14	4.10	4.48	4.48
G 1	LB vs. SEG									
	t= 3.14 gl=4 p < .03			t= 1.45 gl=4 n.s.			t= 3.67 gl=4 p< .02			
G 2	t= 2.10 gl =4 n.s.			t=.37 gl= 4 n.s.			t=1.0 gl=4 n.s.			

En el grupo 1, con el Entrenamiento Autógeno, se observa que la presión arterial sistólica se reduce significativamente comparando los valores de línea base con los de la etapa de seguimiento (t= 3.14; p < .03). En el grupo 2, con la Respuesta de Relajación, no se obtuvieron diferencias significativas.

La presión arterial diastólica, aunque se reduce en ambos grupos -comparando estas dos etapas de pre y seguimiento-, no alcanza diferencias significativas.

El promedio de la medicación ingerida logra disminuirse en ambos grupos; significativamente, desde el punto de vista estadístico, sólo en el grupo 1 (t = 3.67; p< .02).

Se interpreta que la reducción tiene relevancia clínica, porque los valores, tanto de presión arterial sistólica como de presión arterial diastólica, se mantienen dentro de rangos normales o aceptables, tanto en el G1 como en el G2, en condiciones de reducción de la medicación, con posterioridad al tratamiento.

Tabla 2 - Niveles de estrés y ansiedad en pacientes hipertensos esenciales en diferentes etapas del tratamiento. (G 1: EA. G 2: RR).

G	Estrés			Ansiedad	
	LB	POST	SEG	LB	POST

1	M	8.40	6.40	4.60	10.60	10.60
	DE	3.51	1.34	1.95	.89	.89
2	M	5.00	5.40	4.00	10.60	11.00
	DE	4.36	2.88	2.55	.48	1.73
G 1		LB vrsSEG			LB vrsPOST	
		t = 2.60			G1n.s.	
		gl = 4				
		p < .06				
G 2		n.s.			G2n.s.	

En la Tabla 2 observamos que los valores del grupo 1 manifiestan diferencias cercanas a la significatividad en cuanto a la reducción del estrés, en etapas de línea base versus seguimiento ($t = 2.60$; $p < .06$); no así, los del grupo 2.

Con respecto al estado de ansiedad, no hay diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en las etapas de pre y post- tratamiento en ninguno de los grupos; los valores se mantienen estables.

Tabla 3 - Síntomas psicósomáticos de pacientes hipertensos en etapas de pre y post-tratamiento (Grupo 1: EA. Grupo 2: RR)

Síntomas psicósomáticos				
	Total		Crónicos	
	LB	POST	LB	POST
G 1	5.17	1.67	14.20	.40
	1.99	.63	5.85	.90
G 2	4.50	1.77	7.20	2.20
	2.42	.97	4.92	4.92
	G1 t = 3.94			G1 t = 5.28
	p < .02			p < .0006
	G2n.s.			G2n.s.

En cuanto a los síntomas psicósomáticos, nuevamente, con el Entrenamiento Autógeno se obtienen mayores reducciones en la etapa de post- tratamiento. Se reduce el total de síntomas ($t = 3.94$; $p < .02$) como así también, se logran reducir notablemente la cantidad de síntomas psicósomáticos crónicos ($t = 5.28$; $p < .006$). En el grupo 2 se observa, igualmente, una disminución de los síntomas que no alcanza a ser significativa. Los procedimientos parecen producir un efecto

diferenciable, al menos al finalizar la intervención con relación a los valores de la línea base.

Tabla 4 - Autocontrol en pacientes hipertensos esenciales en etapas pre y post-tratamiento (G 1: EA. G 2: RR)

AUTOCONTROL								
	Activo positivo		Pasivo positivo		Activo negativo		Pasivo negativo	
	LB	POST	LB	POST	LB	POST	LB	POST
G 1	19.40	25.60	18.20	25.80	15.40	11.00	13.40	13.60
	3.72	3.91	4.21	4.50	3.13	2.74	4.16	2.19
G 2	30.40	30.80	26.00	26.60	11.00	11.20	12.00	11.60
	4.16	3.84	2.13	2.51	2.74	4.03	1.88	1.52
G 1	t = -2.79 p < .05		t = -4.27 p < .01		t = 2.78 p < .04		n.s.	
G 2	n.s.		n.s.		n.s.		n.s.	

Las puntuaciones obtenidas a través de la aplicación de los dos procedimientos, parecen indicar que las pacientes también se favorecieron incrementando su autocontrol en el nivel de post tratamiento, con relación a los valores de la línea base. Aunque es el grupo 1 el que presenta valores significativos tanto en el autocontrol positivo -activo ($t = -2.79$, $p < .05$) y pasivo ($t = -4.27$; $p < .01$)-, como en el autocontrol activo negativo ($t = 2.98$, $p < .04$).

Con la respuesta de relajación no se observan diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del autocontrol.

Tabla 5 - Control de la cólera y cólera expresada y no expresada en sujetos hipertensos en etapas de pre y post-tratamiento.4

	Control de la cólera		Cólera expresada		Cólera no expresada	
	LB	POST	LB	POST	LB	POST
G 1	18.00	26.20	29.00	17.80	17.00	15.80
G 2	27.60	25.20	17.80	18.40	16.60	15.80
	4.16	7.16	8.68	9.43	3.79	5.89
G 1	t=-3.11 p< .04		t= 2.79 p< .05		n.s.	
G 2	n.s.		n.s.		n.s.	

Las comparaciones intragrupo confirman que las pacientes del grupo 1 logran controlar mejor sus reacciones coléricas en el nivel de post tratamiento ($t = -3.11$; $p < .04$). Así también, la cólera manifiesta se reduce en mayor medida en este grupo 1 ($t = 2.79$; $p < .05$); mientras que los puntajes de la cólera no manifiesta no presentan diferencias en ambos grupos.

En el grupo 2 no se observan variaciones significativas en el nivel del post-tratamiento. Lo anterior evidencia que el Entrenamiento Autógeno resultaría ser más efectivo en reducir el rasgo de cólera que la Respuesta de Relajación.

Conclusiones

El nivel inicial promedio de la tensión arterial de las pacientes estuvo controlado por la medicación (excepto en una de las pacientes que rehusaba ingerir fármacos). Por lo tanto, por un "efecto de piso" no se podían esperar mayores reducciones. En etapas de post tratamiento y seguimiento, se observó una tendencia a la disminución de los valores de la presión arterial sistólica y diastólica con ambos procedimientos aplicados; siendo solo estadísticamente significativa la reducción de la presión sistólica en el grupo 1. Esto coincide con lo encontrado por Linden (1994).

Los datos obtenidos se orientan a confirmar la superioridad del entrenamiento autógeno, a los fines de favorecer la reducción de la hipertensión arterial, disminuyendo la cantidad de fármacos ingeridos.

Los datos encontrados señalan que con el Entrenamiento Autógeno se logra una disminución de factores psicológicos indeseables asociados al estado hipertenso, tales como el estrés y los síntomas psicosomáticos. La sintomatología psicosomática crónica asociada a las alteraciones de la presión arterial, disminuye con la aplicación de las dos técnicas pero en una forma notable con la primera.

Así también, se observa una disminución importante en las variables relacionadas con la cólera, en particular en el grupo 1, facilitándose estados de autocontrol emocional.

Cabe destacar la importancia de que los pacientes logren adecuar el procedimiento a sus condiciones particulares a los fines de adaptar la práctica aprendida a sus posibilidades reales.

Podría interpretarse globalmente que el Entrenamiento Autógeno manifestó mejores resultados que la Respuesta de Relajación, confirmando la idea de Luthe (1962) acerca de la efectividad del mismo en el control de la presión arterial.

Referencias

Amigo, L., Buceta, J. M., Becoña, E. y Bueno, A.M. (1991). Cognitive-behavioral treatment of essential hypertension: A controlled study. *Stress Medicine*, 7, 103-109.

Benson, H.(1976). *The Relaxation Response*. Barcelona: Pomaire.

Benson, H., Rosner, B.A., Marzetta, B.R. y Klemchuck, H.P. (1974). Decreased blood pressure in pharmacologically treated hypertensive patients who regularly elicited the relaxation response, *Lancet*, 1, 289-291.

Cohen, S., y Williamson, G.M. (1998). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan and S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health*. Newbury Park, CA: Sage (p 462).

Cottingham, E.M., Matthews, K.A., Talbott, E. y Kuller, L.H. (1986). Occupational stress, suppressed anger, and hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 48, 249 - 260.

Davison, G.C., Williams, M.E., Nezami, E., Bice, T.L y DeQuattro, V.L. (1991). Relaxation, reduction in angry articulated thoughts, and improvements in borderline hypertension and heart rate. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 453 - 468.

Davis, M., McKay, M., y Eshelman, E. (1985). *Técnicas de Autocontrol Emocional*. Barcelona: Martínez Roca.

Friedman, R., Schwartz, J.E., Schnall, P.L., Landsbergis, P.A., Pieper, C., Gerin, W y Pickering, T.G. (2001). Psychological variables in hypertension: relationship to causal or ambulatory blood pressure in men. *Psychosomatic Medicine*, 63: 19 - 31.

Johnston, D. (1987). The behavioral control of high blood pressure. *Current Psychology Research and Review*, 6, 99-114.

Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (1997). *The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI)*. Washington, DC: National Institutes of Health; NIH Publication N° 98 - 4080.

Jonas, B.S., Franks, P., y Ingram, D.D. (1997). Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? *Archives of Familiar Medicine*, 6: 43 - 9.

Jorgensen, R.S., Johnson, B.T., Kolodziej, M.E., y Schreer, G.E. (1996). Elevated blood pressure and personality: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. Vol. 120. N°2, 293 - 320.

Labiano, L. M. y Brusasca, C. (2002). Tratamientos psicológicos en la hipertensión arterial. *Interdisciplinaria*, 18 (2).

Linden, W. (1994). Autogenic Training: A narrative quantitative review of clinical outcome. *Biofeedback and Self-Regulation*, 19, 227-264.

Luthe, W. (1962). Method, research and application of autogenic training. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 5,17-23.

Markovitz, J.H, Matthews, K.A., Kannel, W.B., Cobb, J.L., y D'Agostino, R.B. (1993). Psychological predictors of hypertension in the Framingham Study. *JAMA*, 270: 2439 - 43.

Markovitz, J.H, Matthews, K.A., Wing, R.R., Kuller, L.H., y Meilahn, E.N. (1991). Psychological, health behavior, and biological predictors of blood pressure change in middle-aged women. *Journal of Hypertension*, 9: 399 - 406.

Schultz, J. (1969). *Entrenamiento Autógeno*. Barcelona: Editorial Científica Médica.

Shapiro, D. H. (1994). *Manual for the Shapiro Control Inventory*. California: Behaviordata, Inc.

Spielberger, C.D. (1988). *Manual for the State- Trait Anger Expression Inventory*. Psychological Assessment Resources, Inc. Odessa, Florida.

Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State- Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychological Press, Inc. California, USA.

Sommers-Flanagan, J., y Greenberg, R.P (1989). Psychological variables and hypertension: a new look at an old controversy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 15 - 24.

Vögele, C. y Steptoe, A. (1992). Emotional coping and tonic blood pressure as determinants of cardiovascular responses to mental stress. *Journal of Hypertension*, 10, 1079 - 1087.

ASPECTOS EMOCIONALES ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

[Lic. María Lourdes Tapia](#)

Becaria de Iniciación. Ciencia y Técnica de la Facultad de Ciencias Humanas.

[Dra. Lilia Mabel Labiano](#)

Directora de Proyecto N° 4-2-9601. Facultad de Ciencias Humanas.

Universidad Nacional de San Luis.

San Luis - Argentina

Introducción

Actualmente, la mayoría de los autores coincide en que los factores de riesgo de muerte están constituidos, no sólo por las variables clásicas de riesgo (genéticas, ambientales) ya conocidas, sino fundamentalmente, por variables de carácter comportamental (Pérez, Robles y Vila, 1996).

En las últimas décadas, ha resurgido el interés sobre la influencia que determinadas características de personalidad pueden tener sobre el estado de salud de los individuos. La Psicología de la Salud reafirma la importancia de la conducta como factor determinante en la salud de las personas. La noción de que la personalidad tiene un importante papel en el desarrollo de la enfermedad es fundamentado por múltiples investigadores: Kobasa, Maddi & Kanh (1982); Watson & Clark (1984); Antonovsky, (1987); Friedman & Booth-Kewley (1987); Ribes (1990); Friedman, Tucker, Schawartz, Tomlinson-Keasey, Martin, Wingard, & Criqui (1995); Denollet (1996); Low, Fleisher, Colman, Dionne, Casey & Legendre (1998); Suárez, Bates & Harralson (1999).

Según Suls & Rittenhouse (1990), los rasgos de personalidad aumentarían el riesgo de enfermedad al influir en el estilo de vida del sujeto, el cual, si reúne determinados rasgos, se expondría más a situaciones y/o conductas arriesgadas. Los rasgos de personalidad actúan como inductores sociales y ambientales, asociándose a ciertos ambientes preferenciales, los cuales, a su vez, inducirán cierto tipo de conductas selectivas.

La hipertensión arterial (HA) es una importante alteración fisiológica que afecta a gran número de personas en los países occidentales. Muchos de los que la padecen no son conscientes de su condición de hipertensos, ya que, por lo general, ésta es asintomática. La misma consiste en una elevación crónica de la presión de la sangre en las arterias, que se refleja tanto en la presión sistólica (mayor o igual a 140 mmHg) como en la presión diastólica (mayor o igual a 90 mmHg) o bien, en ambas (OMS/ISH, 1993; JNC, 1997). La *Hipertensión arterial esencial* (HAE) también llamada primaria o idiopática, es aquella cuyo origen no puede ser determinado orgánicamente, y por lo tanto, es un trastorno de carácter funcional, correspondiendo, aproximadamente, al 95% de toda la epidemiología de la HA.

Existen datos suficientes para afirmar que los factores psicológicos juegan un papel decisivo en su desarrollo, ya sea a través de comportamientos inadecuados, o bien a través de los efectos relacionados con el estrés sobre el sistema cardiovascular. Así, variables individuales de predisposición y estilos de afrontamiento inadecuados ante situaciones particulares, pueden actuar sinérgicamente desencadenando y/o manteniendo la alteración.

Engel (1998) realizó un meta-análisis de las publicaciones realizadas en la revista *Psychosomatic Medicine* entre 1939 y 1997, encontrando 200 artículos relacionados con la presión arterial, de los cuales el 90% de estos se ocuparon de la hipertensión. En los estudios se ha puesto un énfasis especial en el rol que desempeñan las emociones en la historia natural de esta enfermedad. Asimismo, se ha estudiado la forma en que diversos estímulos situacionales (englobados bajo el concepto de estrés) pueden elevar en forma aguda la presión arterial. Los mecanismos conductuales subyacentes y las estrategias para eliminarlos no han sido aún explicados en su totalidad y constituyen un campo potencialmente fértil para futuras investigaciones.

El término "emociones negativas" ha cobrado mucha fuerza en los últimos años, y se refiere a las emociones que producen una experiencia emocional desagradable, tales como la ansiedad, el enojo o ira, y la depresión; las tres emociones negativas más estudiadas. Por el contrario, el término "emociones positivas" se refiere a aquellos procesos emocionales que generan una experiencia agradable, tales como la alegría, la felicidad o el amor, las cuales han sido escasamente exploradas. Martínez-Sánchez y Fernández Castro (1994) sostienen que existen suficientes datos para afirmar que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla.

Frecuentemente se ha sugerido que los efectos de los estresores sobre las enfermedades cardiovasculares, están mediatizados por las emociones negativas (Gallo & Matthews, 1999; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002; Smyth, Ockenfels, Porter, Kirschbaum, Hellhammer, & Stone, 1998; van Eck, Berkhof, Nicolson, & Sulon, 1996). De acuerdo con la hipótesis de la reactividad, ampliamente aceptada por varios investigadores (Gerin, Pickering, Glynn, Christenfeld, Schwartz, Carrol, *et al.*, 2000), las frecuentes y elevadas respuestas fisiológicas -cardiovasculares y endocrinas, entre otras- podrían conducir a daños y a una disregulación en el organismo, provocando finalmente la enfermedad. En relación a lo planteado, tanto las emociones positivas como negativas podrían provocar elevaciones en las respuestas fisiológicas.

Sin embargo, las emociones positivas tendrían el efecto de ampliar el repertorio cognitivo y de acción, construyendo recursos personales que promoverían la sobrevivencia del organismo y compensarían la influencia de las emociones negativas, anulándolas (Fredrickson, 2000).

Shapiro, Jamner, Goldstein, & Delfino (2001) sostienen que sólo las emociones negativas tienen efectos cardiovasculares contraproducentes. Por otra parte, James, Yee, Harshfield, Blank, & Pickering (1986) afirman que, algunas veces, las emociones positivas provocan consecuencias fisiológicas sustanciales, o incluso iguales efectos que los provocados por las emociones negativas (Futterman, Kemeny, Shapiro, & Fahey, 1994; Jacob, Thayer, Manuck, Mulddon, Tamres, Williams, *et al.*, 1999).

Jacob, *et al.* (1999) en estudios de tipo ambulatorio, encontraron que tanto las emociones positivas como negativas fueron asociadas con niveles similares de ritmo cardíaco y reactividad de la presión sanguínea. Estos últimos trabajos no

coincidirían con la hipótesis de que las emociones negativas estarían mediatizando los efectos de los estresores sobre la salud. La inconsistencia de resultados podría estar dada por el hecho de que las respuestas fisiológicas iniciales frente a estímulos positivos y negativos, no presentarían diferencias sustanciales; la verdadera diferencia radicaría en la prolongación de las respuestas luego de cada estimulación (Brosschot & Thayer, 2003). La activación cardiovascular posterior a las emociones negativas es mayor que aquélla luego de experimentar emociones positivas (Fredrickson & Levenson, 1998). Esta prolongación de la activación cardiovascular podría ser un mecanismo que se encuentra en la base del rol etiológico que cumplen las emociones negativas (estrés) con relación a las enfermedades somáticas (Brosschot & Thayer, 2003).

Un correlato psicológico de esta prolongación sería la presencia de "cogniciones perseverantes o rumiaduras, la preocupación sobre problemas no resueltos o situaciones amenazantes incontrolables (Brosschot & Thayer, en prensa).

Por otra parte, las emociones positivas tienen una corta vida, ya que existe una tendencia en los sujetos a habituarse a ellas más rápidamente (Frijda, 1988). Sus efectos fisiológicos no son seguidos por las cogniciones perseverativas que acompañan a las emociones negativas.

Varios estudios han considerado los efectos de la inhibición de los pensamientos, esto es, el acto de no pensar deliberadamente acerca de un objeto y /o evento. Gerin, *et al.* (2002) ha sugerido que la inhibición de los pensamientos puede producir un efecto paradójico, dado que, probablemente más tarde, re-emergen como pensamientos intrusivos o rumiaduras. De acuerdo con Gross (1998), la inhibición de los pensamientos, como también la rumiadura de los mismos, puede incrementar tanto la activación autonómica como la presión sanguínea. Gerin, *et al.* (2002) concluye que la rumiadura (luego de que el estresor ha desaparecido) juega un rol importante en el mantenimiento de las elevaciones de presión sanguínea, mostrando evidencia de la fuerte incidencia que tiene sobre los procesos psicológicos y fisiológicos, la no expresión de las emociones negativas.

Enojo o cólera

Alexander (1939) propuso que el bloqueo de la experiencia o expresión de emociones negativas, causan dificultades específicas en la salud, y que la represión del enojo podría conducir a elevaciones crónicas de la presión sanguínea, y a largo término, a la hipertensión. De acuerdo con esta postura psicodinámica, este tipo de inhibición no podría ser expresado por el sujeto ya que ocurriría fuera de la conciencia.

Por otra parte, la postura psicosomática sostiene que el bloqueo consciente de una emoción negativa también podría conducir a diversos estados de enfermedad, entre otros, a la hipertensión. Aquí también, la inhibición de la expresión de una emoción conduciría a la enfermedad, pero tal inhibición, sería consciente y la persona puede informarla.

Según Gerin, Davidson, Schwartz & Christenfeld (2002), ambas interpretaciones sobre la relación entre la no expresión de las emociones e hipertensión, no están claramente diferenciadas. Por otra parte, sostienen que Alexander (1939) no diferencia entre experiencia y expresión de la emoción, generando aún más confusión y ambigüedad.

Muchas de las investigaciones referidas a las relaciones entre la no expresión de la emoción y la presión sanguínea, se han focalizado sobre las distintas modalidades

de expresión del enojo. La conceptualización de Spielberger, Johnson, Russell, Crane, Jacobs, & Worden (1985) acerca de la expresión del enojo, clasifica a esta emoción en *enojo encubierto* (sentimientos de enojo no manifiestos) y en *enojo manifiesto* (sentimientos de enojo expresados física o verbalmente, a través de conductas agresivas). Este último tipo de enojo ha sido el predominante en los estudios.

Tanto los estudios que afirman que el estilo de expresión del enojo es dañino para la salud (ya sea manifiesto o encubierto), como aquellos que sostienen que la expresión del enojo es un rasgo estable y consistente en las diferentes situaciones, parecerían ignorar la fuerte influencia de los factores situacionales sobre la expresión de esta emoción (Bongard & al' Absi, 2003). Estos autores encontraron que los sujetos ajustan su expresión del enojo de acuerdo con las demandas situacionales. Hombres y mujeres presentaron diferencias en cuanto al estilo de expresión del mismo: las mujeres informaron más enojo manifiesto en el hogar que los hombres, mientras que estos últimos expresaron mayor manifestación en los lugares de trabajo. En cuanto a los diferentes lugares, el enojo manifiesto fue asociado con el hogar y la expresión de enojo que caracterizó el lugar de trabajo fue el de enojo encubierto. Además, se encontró que el enojo manifiesto fue asociado con aumentos en la reactividad cardiovascular.

Estos estudios, concuerdan con investigaciones anteriores, las cuales han demostrado diferencias conductuales de afrontamiento (Pearlin & Schooler, 1978) de hostilidad, (Smith, Pope, Sanders, Allred, & O'Keeffe, 1988) y agresión (Petermann & Petermann, 1996) entre los lugares de trabajo y el hogar. Suls, Wan & Costa (1995) publicaron un meta-análisis de esta literatura, y encontraron que en la mayoría de los trabajos, el enojo encubierto ha sido asociado con alta presión sanguínea, mientras que el enojo manifiesto con bajos niveles de la misma.

Es claro también que en esta emoción hay distintos niveles y dependerá del nivel de emocionalidad negativa, mayor o menor, las consecuencias de la misma; independientemente del tipo de expresión (abierta o encubierta).

Pero Davidson, MacGregor, Stuhr, Dixon & MacLean (2000) han descrito un nuevo tipo de expresión del enojo: "*el estilo de conducta verbal de Enojo Constructivo*", según el cual, las personas que tienden a expresarlo, pero de una manera reflexiva y constructiva, presentan niveles más bajos de presión sanguínea, que aquellos que no lo hacen. Esto es un aspecto importante, ya que sugiere que el enojo manifiesto no necesariamente involucra conductas agresivas; uno puede expresar enojo de una manera constructiva, lo cual puede conducir a la resolución de un problema y, en consecuencia, a bajos niveles de presión sanguínea y de activación autonómica.

Gerin *et al.* (2002) han hipotetizado que los pensamientos asociados a situaciones traumáticas o estresores, pueden ser activamente evitados o suprimidos, lo cual conllevaría costos cognitivos y emocionales. Tales pensamientos no tendrían oportunidad de ser integrados dentro del esquema cognitivo-emocional existente y, por lo tanto, los problemas y el enojo originados por el trauma, permanecerían sin ser resueltos. También los costos podrían ser fisiológicos, es decir, que los pensamientos suprimidos requieren un gasto de recursos fisiológicos produciendo un nivel bajo, pero crónico, de activación de varios sistemas fisiológicos (sistema cardiovascular, hipotalámico-pituitario, adrenal e inmune).

La inhibición activa de los pensamientos provoca una serie de consecuencias negativas en el nivel biológico, cognitivo y afectivo, las cuales van en detrimento de la salud mental y física de las personas que habitualmente la utilizan como estrategia de afrontamiento (Dominguez Trejo, 1993; Pennebaker, 1990). En el

nivel corporal se ha observado que la inhibición cognitiva-emocional produce cambios biológicos a corto plazo, reduciendo la temperatura periférica, alterando la presión arterial y la respuesta electrodérmica. A largo plazo, la misma opera como un estresor acumulativo del cuerpo, aumentando la probabilidad de padecer enfermedades crónico-degenerativas.

Considerar el enojo suprimido, aislado de los demás factores de riesgo, no revela efectos apreciables. Vögele (2002) sostiene que la combinación de los factores de riesgo biológico (historia parental con hipertensión) con los de riesgo psicológico (inhibición del enojo), como determinantes de la reactividad cardiovascular al estrés mental, tiene efectos mayores que los que tendría cada uno de estos factores por separado.

Depresión y Ansiedad

Los estudios que han examinado la relación entre los síntomas de depresión y ansiedad con presión sanguínea, no han arribado a resultados definitivos (Jonas, Franks, & Ingram, 1997; Goldberg, Comstock, & Graves, 1980). De siete investigaciones que estudiaron la ansiedad como factor de riesgo en normotensos y en sujetos relativamente saludables (Jonas, *et al.* 1997; Sparrow, Garvey, Rosner, & Thomas, 1982), cinco encontraron que los normotensos ansiosos presentaron mayor tendencia a desarrollar hipertensión o incrementos clínicamente significativos en la presión sanguínea, en comparación con individuos no ansiosos (Jonas, *et al.* 1997; Markovitz, Matthews, Wing, Kuller, & Meilahn, 1991; Russek, King, Russek, & Russek, 1990).

Los estudios referidos a los síntomas depresivos son menos consistentes. De seis estudios que examinaron la relación entre depresión y futuras elevaciones en la presión sanguínea (Jonas *et al.* 1997; Kahn, Medalie, Neufeld, Riss, & Goldbourt, 1972; Heine, 1970; Goldberg *et al.* 1980), tres de ellos encontraron resultados significativos (Jonas, *et al.* 1997; Kahn, Medalie, Neufeld, Riss, & Goldbourt, 1972; Heine, 1970); los restantes no encontraron ninguna asociación entre depresión e hipertensión (Vogt, Pope, Mullooly, & Hollis, 1994).

Everson, Kaplan, Goldberg *et al.* (1997) - en un seguimiento de 6 años- demostraron que la desesperanza en hombres, se asoció a una mayor probabilidad de muerte cardiovascular, siendo de 2.5 a 4 veces mayor que en aquellos hombres que no presentaban esta condición.

Aunque las investigaciones acerca de la depresión como posible factor de riesgo para la hipertensión son aún relativamente escasas, existen diversos estudios en pacientes diagnosticados con enfermedad arterial coronaria que han encontrado un alto riesgo de mortalidad asociado con los síntomas depresivos (Frasure-Smith, Lesperance, & Talajic, 1995; Barefoot, Helms, Mark, Blumenthal, Califf, Haney, O'Connor, Siegler, & Williams, 1996).

Estos resultados también han incrementado el interés por conocer los efectos que la depresión puede provocar sobre otras enfermedades crónicas tales como asma, diabetes y cáncer.

Estrés

El estrés ha sido uno de los factores que más se han relacionado con la patología de la HA. Desde hace mucho tiempo, la importancia de la naturaleza y la complejidad de los mecanismos multifactoriales que ligan al estrés con la hipertensión arterial, han sido extensamente estudiadas en condiciones artificiales.

La reactividad cardiovascular ante el estrés, ha sido definida como la variación interindividual de ciertos parámetros cardiovasculares durante una estimulación ambiental, en comparación con ausencia de tal estimulación (Manuck, Kasprowicz, & Muldoon, 1990).

Numerosas situaciones de la vida real son capaces de provocar un marcado y sostenido estrés, y por lo tanto, se han relacionado con el aumento en los valores de la presión arterial y con la capacidad potencial de desarrollar hipertensión. Entre ellas, podemos mencionar el cambio de residencia (de rural a urbana) y en especial, el cambio de país y de costumbres (Pickering, 1997); un bajo nivel educativo; un trabajo de bajo estatus y de alta carga o responsabilidad y escaso poder de decisión, así como un estatus socioeconómico inferior (Kaplan & Keil, 1993); también, el descenso forzoso en el nivel de vida, pasando de un estatus elevado a otro inferior.

Desde fines de los años setenta (Pickering & Gerin, 1990) diversas investigaciones han comprobado que los individuos que muestran una exagerada respuesta de la presión arterial, frecuencia cardíaca u otras variables cardiovasculares, ante el estrés mental, tendrían un riesgo incrementado de convertirse en futuros hipertensos (Fredrikson & Matthwes, 1990).

Las técnicas artificiales de laboratorio que provocan estrés mental, llevan a un incremento en los valores de la presión sanguínea y de la frecuencia cardíaca, vía una regulación nerviosa cardiovascular alterada, que consiste típicamente en un aumento de la actividad simpática con depresión vagal, una reducción barorefleja y una prolongada disfunción del endotelio vascular (Lucini, Norbiato, Clerici, & Pagani, 2002).

El comportamiento de la presión sanguínea durante los tests de estimulación mental, tendrían un valor predictivo para el desarrollo de una futura hipertensión. Estudios como el de Spence, Barnett, Manuck, & Jennings (1997) muestran, en situaciones de estrés mental, una elevación media de la presión arterial de hasta 10 mmHg para la sistólica y 6 mmHg para la diastólica, con un amplio rango entre 54 y 28 mmHg, para la sistólica y diastólica, respectivamente.

Por otra parte, la presión sanguínea elevada, ha sido asociada repetidamente a una sensibilidad disminuida a la estimulación física dolorosa. Esto ha sido demostrado con técnicas de estimulación eléctrica dolorosa (Zamir, Simantov, & Segal, 1980); térmica (Sheps, Bragdon, Gray, Ballenger, Usedom, & Maixner, 1992), y de presión de los dedos (Bruehl, Carlson, & McCubbin, 1992).

En muestras de individuos normotensos, se ha encontrado, frente a estresores físicos, una asociación inversa entre presión sanguínea y percepción de estimulación dolorosa (Bruehl, *et al.* 1992). Existe una clara evidencia de que esta asociación es resultado de una estimulación baroreceptora que disminuye los efectos en el nivel del sistema nervioso central (Dworkin, Filewich, Miller, Craigmyle, & Pickering, 1979; Randich, & Maixner, 1984; Elbert, Rockstroh, Lutzenberger, Kessler, & Pietrowsky, 1988). Dicha estimulación reforzaría elevaciones de presión sanguínea, las cuales, por condicionamiento operante, podrían ocurrir frente a un amplio rango de situaciones potencialmente estresantes. Las personas sensibles a estos mecanismos y que frecuentemente se encuentran en estas situaciones, podrían eventualmente desarrollar HAE (Elbert, Dworkin, Rau, Pauli, Birbaumer, Droste, & Brunia, 1994).

En la literatura sobre hipertensión y autoinformes sobre estrés, el conocimiento del estatus hipertenso, a menudo ha sido una variable que introduce confusión. Los

hipertensos diagnosticados informan, frecuentemente, mayor cantidad de síntomas médicos (Monk, 1980; Zonderman, Leu, & Costa, 1986) así como de eventos estresantes cotidianos (Linden & Feuerstein, 1983; Theorell, Svensson, Knox, Waller, & Alvarez, 1986) con relación a los individuos normotensos.

De todas maneras, el mecanismo de la estimulación baroreceptora como responsable de los efectos relacionados con la hipertensión sobre la evaluación del dolor (Dworkin, *et al.* 1979; Randich, & Maixner, 1984) tiene igual influencia en sujetos con o sin conocimiento de su condición de hipertensos.

Tratando de mitigar los efectos negativos del estrés, se han buscado modelos individuales o psicosociales que puedan actuar como protectores de estos. Así, Cohen (1988) ha incorporado una categoría que denominó amortiguadores del estrés ("stress buffers") en la que incluye, un adecuado soporte social (House, Robbins, & Metzner, 1982); el poseer una mascota (Allen, Blascovich, Tomaka, *et al.*, 1991); realizar ejercicios físicos aeróbicos; aprender métodos de relajación y llevar a cabo terapias de reconocimiento y ayuda para el manejo del estrés (Blumenthal, Jiang, Babyak, *et al.*, 1997). Según Van Montfrans, Karemaker, Weiling, *et al.* (1990), todos estos recursos tienen en común el efecto de disminuir la actividad simpática, provocando una menor reactividad de la presión arterial ante las situaciones estresantes.

Sentido del humor y otras emociones positivas

Son pocos los estudios que asocian características favorables de personalidad y niveles de presión arterial. Algunas investigaciones han examinado que los rasgos de personalidad sociable, tales como el sentido del humor, podrían estar asociados inversamente con enfermedad coronaria.

Clark, Seidler & Miller (2001) encontraron una correlación inversa entre sentido del humor y enfermedad coronaria. Los sujetos con dicha enfermedad, comparados con los sujetos control, presentaron significativamente, menor tendencia a reírse durante las actividades diarias, situaciones sorpresivas o de interacciones sociales. También estos autores observaron una asociación inversa, significativa, entre sentido del humor y rasgos de personalidad Tipo A (cólera/hostilidad).

Otros estudios señalan que el sentido del humor provoca modificaciones sobre los efectos del estrés en la salud. El reírse reduce los efectos inmuno - depresores del estrés, así como también, reducciones en la presión sanguínea, ritmo cardíaco y respiratorio (Fry, 1994).

De acuerdo con lo publicado por Kubzansky (2001), el estilo explicativo de las personas acerca de las causas de los eventos diarios influye notablemente sobre su salud. Los sujetos que se culpan a sí mismos por los malos eventos que les ocurren y creen que las cosas nunca cambiarán (estilo explicativo pesimista), presentarían - a diferencia de los sujetos optimistas - una tendencia a desarrollar enfermedades cardíacas y mayor probabilidad de morir por ataques cardíacos. El pesimismo está vinculado con altos niveles de enojo, ansiedad y depresión, emociones ampliamente consideradas como factores de riesgo de enfermedades cardíacas.

Según Kubzansky (2001) los sujetos optimistas planifican y resuelven activamente sus problemas, indicando que experimentan bajos niveles de estrés, o bien, presentan más recursos de afrontamiento ante éste. Además, serían más sociables - cualidad vinculada a una mejor salud - y adoptarían conductas saludables, tales como realizar ejercicio físico, tomar alcohol con moderación o no fumar. En

resumen, el estilo explicativo optimista podría proteger contra el riesgo de enfermedad coronaria.

Como decíamos anteriormente, las investigaciones actuales realizadas en torno a las emociones, han focalizado sobre las emociones negativas y habría un relativo descuido u olvido, con respecto a las emociones positivas. Una razón para esto podría ser la dificultad que presentan estas emociones, a diferencia de las negativas, para ser asociadas con una acción específica. Por definición, las emociones negativas son asociadas tanto a una acción específica, como a cambios fisiológicos organizados (Frijda, 1986, Frijda, Kuipers, & Schure, 1989; Lazarus, 1991; Levenson, 1988, 1994; Tooby & Cosmides, 1990). Así por ejemplo, el enojo puede llevar al ataque, el miedo al escape y el disgusto a la expulsión o rechazo de otros.

En las emociones positivas, las tendencias a la acción no son claramente específicas y parecería que muestran *"orientaciones generales hacia la acción o inacción"*, más que urgir a comportarse de una determinada manera. Las mismas ampliarían el repertorio de pensamientos y acciones, y construirían recursos personales estables (Fredrickson, 2001).

En estudios que asocian las emociones con la activación autonómica - a excepción de las situaciones donde la actividad somática y respiratoria fue extrema -, se ha encontrado que las emociones positivas se caracterizan por la falta de activación autonómica (Levenson, Carstensen, Friesen, & Ekman, 1991; Levenson, Ekman & Friesen, 1990).

Fredrickson, & Levenson (1998) concluyen en sus estudios que las emociones positivas son posibles variables promotoras de la salud y que una importante función de dichas emociones no es conducir a una acción específica, sino reducir la activación psicológica y fisiológica generada por las emociones negativas.

De acuerdo con lo expuesto, las emociones positivas podrían estar al servicio de la homeostasis, no conduciendo fisiológicamente a estados inertes del cuerpo, sino a provocar bajos niveles de activación autonómica.

Conclusiones

Existen suficientes datos para afirmar que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla. Sin embargo, en la mayoría de las investigaciones que estudian la relación de los factores emocionales y la HA, se asocian las emociones negativas (ansiedad, estrés, enojo, depresión) a una incrementada incidencia de la enfermedad coronaria e HA.

Se ha encontrado que tanto las emociones positivas como negativas pueden presentar niveles similares de ritmo cardíaco y reactividad de la presión sanguínea. La diferencia radicaría en que la recuperación de la activación cardiovascular a los niveles iniciales, sería más prolongada luego de las emociones negativas, que con posterioridad a las positivas. Una razón que explicaría esta prolongación de la activación sería la presencia de "cogniciones perseverativas" o la rumiatura cognitiva, luego que el estresor ha desaparecido. Éstas juegan un rol importante en el mantenimiento de las elevaciones de presión sanguínea, mostrando la fuerte incidencia de la no expresión de las emociones negativas sobre los procesos psicológicos y fisiológicos.

En la mayoría de los trabajos se ha asociado el enojo encubierto con alta presión sanguínea, mientras que el enojo manifiesto se ha relacionado con bajos y también, altos niveles de la misma. Aún no se ha diferenciado claramente la incidencia de la expresión versus la no expresión del enojo, en cuanto a los efectos hipertensos.

Con respecto a la relación de los síntomas de depresión y ansiedad con presión sanguínea, los estudios han arrojado resultados contradictorios. Algunos sostienen que los normotensos ansiosos presentan mayor tendencia a desarrollar hipertensión o incrementos en la presión sanguínea, que aquellos sujetos no ansiosos. Con respecto a los estudios que examinaron la relación entre depresión y futuras elevaciones en la presión sanguínea, algunos encontraron resultados significativos, mientras que otros no hallaron ninguna asociación entre depresión e hipertensión.

El estrés ha sido considerado uno de los factores del medio ambiente mayormente relacionado con la patogenia de la hipertensión arterial. Los hipertensos diagnosticados, informan frecuentemente mayor cantidad de síntomas médicos y de eventos estresantes diarios, que los individuos normotensos.

Con respecto a las emociones positivas, son escasos los estudios que asocian características favorables de personalidad y niveles de presión sanguínea. Existiría una correlación inversa entre sentido del humor y enfermedad coronaria; ya que el reírse reduce los efectos inmuno-depresores del estrés, así como también, la presión sanguínea, el ritmo cardíaco y el respiratorio.

Los estímulos positivos permitirían una rápida recuperación de la activación autónoma generada por las emociones negativas, produciendo un efecto de anulación de ésta. Por otra parte, parecería que el estilo explicativo que las personas mantienen acerca de las causas de los eventos diarios, influiría notablemente sobre su salud. El pesimismo está vinculado con altos niveles de enojo, ansiedad y depresión - factores de riesgo de las enfermedades cardíacas -. Por el contrario, el estilo explicativo optimista podría proteger contra el riesgo de enfermedad coronaria, tanto por la forma en que los sujetos afrontan las situaciones de estrés, como por el hecho de estar asociado éste a hábitos saludables (ejercicio físico, no fumar, no consumir alcohol).

Las investigaciones realizadas hasta el presente se han focalizado principalmente sobre la influencia o asociación de variables negativas e hipertensión. Sin embargo, los resultados son divergentes y, en muchos casos, arrojan más dudas que claridad a la temática. Tanto los trabajos que investigan emocionalidad negativa como los de emocionalidad positiva, deberían diferenciar mejor los distintos grados de experiencia (intensidad) y expresión emocional. Por otra parte, en la psicología actual, no hay todavía acuerdo en cuanto a una categorización adecuada de las emociones positivas y el estudio científico de éstas está en sus comienzos. Se señala la necesidad de realizar estudios más precisos acerca de la interacción entre rasgos de personalidad, factores emocionales positivos y presión arterial.

Referencias

Alexander, F. (1939). Emotional factors in essential hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 1, 173-179.

Allen, K., Blascovich, J., Tomaka, J., et al. (1991). Presence of human friends and pet dogs as moderator of autonomic responses to stress in women. *Journal Personality Social Psychology*, 6, 582-589.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bas Publishers.

Barefoot, J. C. & Lipkus, I. M., (1994). The assessment of anger and hostility. In: Siegman, A. W. & Smith, T. W., (Eds). *Anger, hostility, and the heart*, 43-66. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ

Barefoot, J. C., Helms, M. J., Mark, D. B., Blumenthal, J. A., Califf, R. M., Haney, T. L., O'Connor, C. M., Siegler, I. C., & Williams, R. B. (1996). Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 78, 613-617.

Bongard, S., & al' Absi, M. (2003). Domain-specific anger expression assessment and blood pressure during rest and acute stress. *Personality and Individual Differences*, 34, 1383-1402.

Blumenthal, J. A., Jiang, W., Babyak, M. A., et al. (1997). Stress management and exercise training in cardiac patients with myocardial ischemia: Effects on prognosis and evaluation of mechanism. *Archives International Medicine*, 157, 2213-2223.

Brosschot, J. F. & Thayer, J. F. (in press). Worry, perseverative thinking and health. In: L.R. Temoshok (Ed.). *Biobehavioral Perspectives on Health and Disease*, Vol. 6, Harwood Academic Publishers, Newark.

Brosschot, J. F. & Thayer, J. F. (2003). Heart rate response is longer after negative emotions than after positive emotions. *International Journal of Psychophysiology*, 50, 181-187.

Bruehl, S., Carlson, C. R., McCubbin, J. A. (1992). The relationship between pain sensitivity and blood pressure in normotensives. *Pain*, 48, 463-467.

Clark, A, Seidler, A & Miller, M (2001). Inverse association between sense of humor and coronary heart disease. *International Journal of Cardiology*, 80, 87-88.

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.

Davidson, K. W., MacGregor, M. W., Stuhr, J., Dixon, D., & MacLean, D.(2000). Constructive anger verbal behavior predicts blood pressure in a population-based sample. *Health Psychology*, 19, 55-64.

Dembrosky, T. M., MacDougall, J. M., Williams, R. B., Haney, T. L. & Blumenthal, J. A., (1985). Components of type A, hostility, and anger-in: relationship to angiographic findings. *Psychosomatic Medicine*, 47, 219-233.

Denollet, J. (1996). Personality, Emotional Distress and Coronary Heart Disease. *European Journal of Personality*, 11, 343-357.

Dimsdale, J. E., Pierce, C., Schoenfeld, D., Brown, A., Zusman, R. & Graham, R., (1986). Suppressed anger and blood pressure: the effects of race, sex, social class, obesity, and age. *Psychosomatic Medicine*, 48, 430-436.

Dominguez Trejo, B. (1993). *Comentarios y observaciones del libro Opening Up: The healing power of confiding in others, de J. W. Pennebaker, 1990*, Centro de Servicios Psicológicos, Facultad de Psicología de la UNAM.

Dworkin, B. R., Filewich, R., Miller, N., Craigmyle, N. & Pickering, T. (1979). Baroreceptor activation reduces reactivity to noxious stimulation: implications for hypertension. *Science*, 205, 1299-1301.

Elbert, T., Dworkin, B. R., Rau, H., Pauli, P., Birbaumer, N., Droste, C., & Brunia, C. H. (1994). Sensory effects of baroreceptor activation and perceived stress together predict long-term blood pressure elevations. *International Journal Behavioral Medicine*, 1, 215-228.

Elbert, T., Rockstroh, B., Lutzenberger, W., Kessler, M., & Pietrowsky, R. (1988). Baroreceptor stimulation alters pain sensation depending on tonic blood pressure. *Psychophysiology*, 25, 25-29.

Engel, B. T (1998). An historical and critical review of the articles on blood pressure published in Psychosomatic Medicine between 1939 and 1997. *Psychosomatic Medicine*, 60 (6), 682-696.

Everson, S. A., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., *et al.* (1997). Hopelessness and 4-years progression of carotid atherosclerosis. The Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. *Arteriosclerosis Thrombosis and Vascular Biology*, 17, 2-7.

Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Talajic, J. (1995). Depression following myocardial infarction: Impact on 6 month survival. *Journal of the American Medical Association*, 270, 1819-1825.

Fredrickson, B. L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology. *American Psychologist*, Vol 56 (3), 218-226.

Fredrickson, B. L. & Levenson, R. W. (1998). Positive Emotions Speed Recovery from the Cardiovascular Sequelae of Negative Emotions. *Cognition and Emotion*, 12 (2), 191-220.

Fredrikson, M. & Matthews, K. (1990). Cardiovascular responses to behavioral stress and hypertension: a meta-analytic review. *Annuary Behavioral Medicine*, 12, 30-39.

Friedman, H. S. & Booth-Kewley, S. (1987). The "disease and prone personality". *American Psychologist*, 42, 539-555.

Friedman, H. S., Tucker, J. S., Schawartz, J. E, Tomlinson-Keasey, C., Martin, I. R., Wingard, D. L., & Criqui, M. H. (1995). Psychological and behavioral predictors of longevity: The aging and death of the "Termites". *American Psychologist*, 50, 69-78.

Frijda, N. H (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Frijda, N. H. (1988). The laws of emotion. *American. Psychology*, 43, 349-358.

Frijda, N. H, Kuipers, P., & Schure, E. (1989). Relations among emotion, appraisal, and emotional action readiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 212-228.

- Fry, W. F. (1994) The biology of humor. *Humor*, 7, 11-26.
- Futterman, A. D., Kemeny, M. E., Shapiro, D. & Fahey, J. L. (1994). Immunological and physiological changes associated with induced positive and negative mood. *Psychosomatic Medicine*, 56, 499-511.
- Gallo, L. C. & Matthews, K. A. (1999). Do negative emotions mediate the association between socioeconomic status and health?. *Annals New York Academy Science*, 896, 226-245.
- Gallo, L. C. & Smith, T. W., (1997). Construct validation of health related personality traits: interpersonal circumplex and five-factor model analyses of the aggression questionnaire. *International Journal of Behavioral Medicine*, 5, 129-147.
- Gentry, W. D., Chesney, A. P., Gary, H. E., Hall, R. P. & Harburg, E., (1982). Habitual anger-coping styles: I. Effect on mean blood pressure and risk for essential hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 44, 195-202.
- Gerin, W., Davidson, K. W., Schwartz, A. R., & Christenfeld, N. (2002). The role of emotional regulation in the development of hypertension. En International Congress, Series 1241, 91-97.
- Gerin, W., Pickering, T. G., Glynn, L., Christenfeld, N., Schwartz, A., Carrol, D. et al. (2000). An historical context for behavioral models of hypertension. *Journal Psychosomatic Research*, 48, 369-377.
- Goldberg, E. L., Comstock, G. W., & Graves, C. G. (1980). Psychosocial factors and blood pressure. *Psychological Medicine*, 10, 243-255.
- Greca, A. (2003). Psiquis e Hipertensión Arterial. www.forturecity.com
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Harburg, E., Gleiberman, L., Russell, L., & Cooper, M. L. (1991). Anger-coping styles and blood pressure in black and white males: Buffalo, New York. *Psychosomatic Medicine*, 53, 153-164.
- Heine, B. (1970). Approaches to the etiology and treatment of psychosomatic disorder. *Process Royal Social Medicine*, 63, 1267-1270.
- House, J. S., Robbins, C. & Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities to mortality: prospective evidence from Tecumseh Community Health Study. *American Journal Epidemiology*, 116, 123-140.
- Ingaramo, I. (2004). Estrés mental e Hipertensión arterial. www.fac.org.ar/tcvc/llave/c055/ingara
- Jacob, R. G., Thayer, J. F., Manuck, S. B., Muldoon, M. F., Tamres, L. K., Williams, D. M., et al. (1999). Ambulatory blood pressure responses and the circumplex model of mood: a 4-days study. *Psychosomatic Medicine*, 61, 319-333.

James, G. D., Yee, L. S., Harshfield, G. A., Blank, S. G. & Pickering, T. G. (1986). The influence of happiness, anger, and anxiety on the blood pressure of borderline hypertensives. *Psychosomatic Medicine*, 48, 502-508.

Jonas, B. S., Franks, P., & Ingram, D. D. (1997). Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension?. Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey i Epidemiologic Follow-up Study. *Archive Family Medicine*, 6, 43-49.

Kahn, H. A., Medalie, J. H., Neufeld, H. N., Riss, E., & Goldbourt, U. (1972). The incidence of hypertension and associated factors: The Israel ischemic heart disease study. *American Hearth Journal*, 84, 171-182.

Kaplan, G. A. & Keil, J. E. (1993). Socioeconomics factors and coronary heart disease: A review of the literature. *Circulation*, 88, 1978-1998.

Kiecolt-Glaser, J. K, McGuire, L., Robles, T. F. & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annuary Review Psychology*, 53, 83-107.

Kobasa, C. C., Maddi, S. R. & Kanh, S. (1982). Hardiness and health : A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Levenson, R. W. (1988). Emotion and the autonomic nervous system: A prospectus for research on autonomic specificity. In H. L. Wagner (Ed.), *Social psychophysiology and emotion: Theory and clinical applications* (pp.17-42). London: Wiley.

Levenson, R.W. (1994). Human emotion: A functional view. In P. Ekman & R. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions*. New York: Oxford University Press.

Levenson, R. W., Carstensen, L. L., Friesen, W. V. & Ekman, P. (1991). Emotion, physiology, and expression in old age. *Psychology and Aging*, 6, 28-35.

Levenson, R. W., Ekman, P., & Friesen, W. V. (1990). Voluntary facial action generates emotion-specific autonomic nervous system activity. *Psychophysiology*, 27, 363-384.

Linden, W., & Feuerstein, M. (1983). Essential hypertension and social coping behavior: experimental findings. *Journal Human Stress*, 9, 22-31.

Low, K. G., Fleisher, C., Colman, R., Dionne, A., Casey, G. & Legendre, S. (1998). Psychosocial variables, age and angiographically determined coronary artery disease in women. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 221-226.

Lucini, D., Norbiato G., Clerici, M., & Pagani, M. (2002) Hemodynamic and autonomic adjustments to real life stress conditions in humans. *Hypertension*, 39, 184-188.

Manuck, S. B., Kasprovicz, A. L., & Muldoon, M. F. (1990). Behaviorally-evoked cardiovascular reactivity and hypertension: Conceptual issues and potential associations. *Annuary Behavioral Medicine*, 12, 17-29.

Markovitz J. H, Matthews, K. A., Wing, R. R., Kuller, L. H., & Meilahn, E. H. (1991). Psychological, biological, and health behavior predictors of blood pressure changes in middle-age women. *Journal Hypertension*, 9, 399-406.

Martínez-Sánchez, F. y Fernández Castro, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. Presentación del Monográfico. *Anales de Psicología*, 10 (2), 101-110.

Mills, P. J., & Dimsdale, J. E. (1993). Anger supression: its relationship to B-adrenergic receptor sensitivity and stress-induced changes in blood pressure. *Psychological Medicine*, 23, 673-678.

Monk, M. (1980). Psychological status and hypertension. *American Journal Epidemiology*, 112, 200-208.

Moreno Rosset, C. *Ansiedad y depresión: principales trastornos asociados a la infertilidad*. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero- 15 de Marzo 2000 [citado en noviembre 2003]. Conferencia 28-CI-G: [25 pantallas]. Disponibles en http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_g.htm
National Institutes of Health. National Heart,Lung, and Blood Institute & National High Blood Pressure Education Program (1997). *The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. NIH Publication.
<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc6.pdf>

Nyklicek, I., Vingerhoets, A. J. J., & Van Heck, G. L. (2001). Hypertension and appraisal of physical and psychological stressors. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 237-244.

N/A. (2004) Optimism may protect against heart disease.
www.preventdisease.com/news/articles/optimism_protects_heart_disease.shtml

Pearlin, L. I. & Schooler, C., (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior* 19, 2-21.

Pennebaker, J. W. (1990). *Opening up: The healing power of confiding in others*. New York: William Morrow.

Pérez, M. N., Robles, H. y Vila, J. (1996). Importancia de las creencias frente al conocimiento en la práctica de conductas de salud (II): Tabaco, alcohol y otros factores de riesgo. *Revista de Psicología de la Salud*, 8, 113-132.

Petermann, F. & Petermann, U., (1996). Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS) (Assessment form for aggressive behavior in concrete situations). Hogrefe, Göttingen.

Pickering, T. G. (1997). The effects on environmental and lifestyle factors on blood pressure and the intermediary role of the sympathetic nervous system. *Journal of Human Hypertension*, 11(Suppl 1):S9-S18.

- Pickering, T. G. & Gerin, W. (1990). Cardiovascular reactivity in the laboratory and the role of behavioral factors in hypertension: A critical review. *Annuary Behavioral Medicine*, 12, 3-16.
- Randich, A. & Maixner, W. (1984). Interactions between cardiovascular and pain regulatory systems. *Neuroscience Biobehavioral Review*, 8, 343-369.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rodríguez, A. M., Lemos, S., y Canga, A. (2001). Relación entre variables de personalidad. Actitudes hacia la salud y estilo de vida. *Revista de Psicología General y Aplicada* 54, (4), 659-670.
- Russek, L. G., King, S. H., Russek, S. J. & Russek, H. J. (1990). The Harvard mastery of stress study 35-year follow up: Prognostic significance of patterns of psychophysiological arousal and adaptation. *Psychosomatic Medicine*, 52, 271-285.
- Shapiro, D., Jamner, L. D., Goldstein, I. B. & Delfino, R. J. (2001). Striking a chord: moods, blood pressure, and heart rate in everyday life. *Psychophysiology*, 38, 197-204.
- Sheps, D. S, Bragdon, E. E, Gray, T. F., Ballenger, M., Usedom, J. E. & Maixner, W. (1992). Relation between systemic hypertension and pain perception. *American Journal Cardiology*, 70, 3f-5f.
- Shinn, E. H., Poston, W. S., Kimball, K. T., Jeor, S. T., & Foreyt, J. P. (2001). Blood pressure and symptoms of depression and anxiety: A prospective study. *American Journal of Hypertension*, 14, 660-664.
- Siegmán, A. W. (1994). cardiovascular consequences of expressing and repressing anger. In A.W. Siegmán, & T. W. Smith (Eds.), *Anger, hostility, an the heart* (pp.137-197). Hillsdalw, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Smith, T. W., Pope, M .K., Sanders, J. D., Allred, K.D. & O'Keeffe, J. L., (1988). Cynical hostility at home and work: psychosocial vulnerability across domains. *Journal of Research in Personality*, 22, 525-548.
- Smyth, J., Ockenfels, M. C., Porter, L., Kirschbaum, C., Hellhammer, D. H. & Stone, A. A. (1998). Stressors and mood measured on a momentary basis are associated with salivary cortisol secretion. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 353-370.
- Sparrow, D., Garvey, A. J., Rosner, B., Thomas, H. E. (1982). Factors in predicting blood pressure change. *Circulation*, 65, 798-794.
- Spence, J. D., Barnett, P. A., Manuck, S. B., & Jennings, J. R. (1997). Psychological stress and progression of carotid atherosclerosis. *Journal Hypertension*, 15, 49-55.
- Spielberger, C. D., Johnson, E. H., Russell, R. J., Crane, R. J., Jacobs, G. A., & Worden, T. J. (1985). The experience and expression of anger: construction and validation of an anger expression scale, in: Chesney, M. A., Roseman, R. H. (Eds.), *Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral Disorders*, New York, Hemisphere, pp. 5-30.

Suárez, E. C., Bates, M. P., & Harralson, T. L. (1999). The relation of hostility to lipids and lipoproteins in women: evidence for the role of antagonistic hostility. *Annuary of Behavioral Medicine, 20*, 59-63.

Suls, J., & Rittenhouse, J. D. (1990). Modes of linkages between personality and disease. N. H. S: Friedman (Ed.). *Personality and Disease*. New York. Wiley.

Suls, J., Wan, P. T., & Costa, Jr. (1995). Relationship of trait anger to resting blood pressure: a meta-analysis. *Health Psychology, 14*, 444-456.

Theorell, T., Svensson, J., Knox, S., Waller, D., & Alvarez, M. (1986). Young men with high blood pressure report few recent life events. *Journal Psychosomatic Research, 30*, 243-249.

Tooby, J., & Cosmides, L. (1990). The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. *Ethology and Sociobiology, 11*, 375-424.

Van Eck, M., Berkhof, H., Nicolson, N. & Sulon, J. (1996). The effects of perceived stress, traits, mood states, and stressful daily events on salivary cortisol. *Psychosomatic Medicine, 58*, 447-458.

Van Montfrans, G. A., Karemaker, J. M., Weiling, W, *et al.* (1990). Relaxation therapy and continuous ambulatory blood pressure in mild hypertension: A controlled study. *Behavioral Medicine Journal, 300*, 1368-1372.

Vögele, C. (2002). Psychosomatic pathways to essential hypertension: the combined effect of anger and family history of cardiovascular disorders on cardiovascular reactivity. *International Congress Series, 1224*, 87-89.

Vogt, T., Pope, C., Mullooly, J. & Hollis, J. (1994). Mental health status as a predictor of morbidity and mortality: A 15-year follow-up of members of a health maintenance organization. *American Journal of the Public Health, 84*, 227-231.

Watson, D. & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96*, 465-490.

World Health Organization (1993). Guideline for the management of mild hypertension: Memorandum from WHO/ISH meeting. *Journal of Hypertension, 7*, 689-693.

Zamir, N., Simantov, R., & Segal, M. (1980). Pain sensitivity and opioid activity in genetically and experimentally hipertensive rats. *Brain Response, 184*, 299-310.

Zonderman, A. B., Leu, V. L., & Costa, P. T. (1986). Effects of age, hypertension history, and neuroticism on health perceptions. *Experimental Gerontology, 21*, 449-458.

EL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO, LA CALIDAD DE VIDA Y EL AJUSTE MARITAL

[Novoa Gómez Mónica María](#)

Coordinadora de la Línea de Investigación en *Psicología y Salud*
Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana

Karen Wilde Winz

Psicóloga adscrita a la Línea de Investigación en *Psicología y Salud*
Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá Colombia

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 siglo XX (Bayés, 1984; Instituto Nacional de Cancerología (INC), 2001). Existen aproximadamente 200 variedades de cáncer; de acuerdo con INC (2001), uno de los tipos de cáncer más frecuentes en el hombre es el cáncer de próstata con 3.172 nuevos casos, convirtiéndose 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 el cuello de la vejiga y la uretra. Sus causas son aún desconocidas, sin embargo, existen ciertos factores de riesgo, como lo son 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), el 60% de los cánceres de próstata son localizados, es decir, diagnosticados en sus etapas tempranas y que aún no se han extendido a otras partes del cuerpo. Solamente los pacientes con cáncer de próstata localizado son susceptibles de ser curados con algún tipo de los siguientes tratamientos:

Prostatectomía radical o cirugía, la cual consiste en la extirpación total de la próstata con las vesículas seminales uniéndose posteriormente con suturas 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, que consiste en irradiar la próstata con fotones de alta energía, lo cual se realiza hoy en día con aceleradores lineales, en ésta 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.

Hormonoterapia, que es el tratamiento antiandrogénico (ADT) y se puede lograr de tres formas: primero, mediante la extirpación de los testículos (orquidectomía bilateral), segundo, mediante 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, mediante bloqueadores de los receptores antiandrogénicos de las células tumorales. La eficacia de este tratamiento se dará según el 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 será efectivo.

Braquiterapia, que consiste en irradiar dentro de la próstata, ya sea mediante la implantación de semillas radioactivas (llamada braquiterapia de baja tasa de dosis) o la irradiación con Iridio 192 a través de agujas implantadas temporalmente dentro de la próstata (llamada braquiterapia de alta tasa de dosis). Aún no se conocen muy bien los resultados de los beneficios y de los riesgos a largo plazo de este tratamiento, dado que son técnicas modernas.

Observación médica, en este caso no se da ningún tratamiento al paciente, sino que periódicamente se le hacen exámenes, entre ellos el PSA y el DRE, gammagrafía ósea y evacuación de los síntomas para evaluar si el tumor está haciendo metástasis. El paciente tiene la opción de elegir que únicamente lo observen, en el caso de no estar dispuesto a someterse a ningún otro tratamiento; sin embargo, si se presenta un incremento del PSA, hay invasión de otros órganos, o se presenta dolor, seguramente será necesario recurrir a la hormonoterapia. Esto no es recomendable a pacientes jóvenes con tumores mal diferenciados que tienen índices de Gleason altos.

En el momento de elegir el tratamiento, la persona debe considerar la dualidad que optimice calidad y cantidad de vida, además, es importante 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 potenciales tienen sus ventajas y desventajas, las recomendaciones que se hacen para la elección de éstos, están basadas 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 y cols. 2000 & Brink y Fischman 2000).

En la función sexual

-*Impotencia sexual*: Es la inhabilidad de lograr o mantener una erección del pene para tener 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 en un 75-80% de los casos.

El paciente, dependiendo de su edad y de muchos otros factores, puede presentar síntomas progresivos de disminución del deseo sexual y disfunción eréctil antes del tratamiento; sin embargo, estos síntomas generalmente son más notorios después de algún tipo de tratamiento.

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 en el día. Sin embargo, hay personas cuya frecuencia puede estar modificada, pero esto no es indicador de patología, ya que puede ser causada por factores como lo son: 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 está indicando que existe una 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 tener en cuenta el número de veces y el tiempo de ocurrencia.

-*Urgencia urinaria*: Es la sensación apremiante de orinar y en la cual el paciente teme que si no va al baño rápidamente, podría orinarse involuntariamente como efectivamente pasa en algunos pacientes.

-*Tenesmo vesical*: Es el efecto que se refiere a la sensación de tener nuevamente micción a pesar de haberla terminado. También a veces 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. Este efecto en algunos pacientes 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 realiza alguna actividad física como toser, estornudar, reírse.

-*Incontinencia severa*: Se presenta cuando hay un escape de orina continuo.

En la función intestinal

-*Disfunción intestinal*: Puede manifestarse 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 del 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 la calidad de vida está compuesto por diversos dominios; Andreson (1992), afirma que es una medida compuesta de factores que pueden referirse tanto a la satisfacción global como a sus componentes específicos relacionados con la salud, el matrimonio, la familia, trabajo, situación financiera, autoestima y confianza, entre otros. Por su parte, La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000) afirma 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 auto-cuidado, 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: que se refiere a redes de apoyo formales (EPS y tipo de vinculación laboral) y a redes de apoyo informales (apoyo emocional, físico, económico recibido por parte del cónyuge, familia o amigos). También hace referencia a las creencias religiosas de las personas y 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 grupo que no los presentaba. Los resultados mostraron 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 mostraron diferencias significativas de acuerdo con el tipo de tratamiento. Se vio 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 disminución 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 nivel 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 colaboración para con el tratamiento, sentimientos de ira o irritabilidad (Palmero y Fernández, 1998).

Psicológicamente, 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 el caso de 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 tiene el paciente de sí mismo se vea afectada, si se tiene en cuenta que los efectos secundarios pueden generar 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, puede también relacionarse 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 con respecto a su rendimiento, así, cuando éstas no se cumplen, se puede generar un déficit en la autoestima del individuo y en la credibilidad de sí mismo, que llevan al debilitamiento de la imagen de su masculinidad.

En el nivel social, es posible que se den 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 punto es importante tenerlo en cuenta ya que como lo menciona Rodríguez (1995), la red de apoyo social representa una pauta de lazos continuos e intermitentes que juegan un papel significativo en la integridad psicológica y física de las personas a lo largo del tiempo; dentro de las diferentes funciones que cumplen las relaciones interpersonales se encuentran: proporcionar intimidad, prevenir el aislamiento, definir las competencias mutuas, proporcionar 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.

El proceso de afrontamiento es fundamental en el manejo de la enfermedad y hace referencia a los esfuerzos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que le plantea su vida cotidiana, para reestablecer el equilibrio perdido y poder adaptarse a la nueva situación, consiguiendo así el óptimo nivel de vida. Como se mencionó, la red social que tenga el paciente, juega un papel vital en este proceso, pues constituye una auténtica necesidad para lograr un desarrollo adecuado y expansivo del ser humano.

Weihs y cols. (2002) argumentan que las relaciones familiares, a diferencia de otras relaciones sociales, presentan una gran intensidad emocional que se asocia directamente con el manejo de la enfermedad. Bajo 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, el/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 manera, los miembros de la familia crean una parte de la realidad social que se encuentra enlazada con la salud y es dentro de este ambiente donde el manejo de la enfermedad toma lugar. Dentro de este marco de referencia, la pareja puede constituirse en un recurso fundamental de seguridad y apoyo, que facilite 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 su futuro, además en las interpretaciones que se van construyendo alrededor de la situación como tal. Así, la pareja permite satisfacer diferentes necesidades importantes, las cuales varían de persona a persona en las diversas etapas de la vida; ellas son las necesidades 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, éstas son: a) consenso; es el grado de acuerdo existente entre ambos miembros de la pareja en aspectos importantes de la relación, b) cohesión; es el grado en que la pareja se implica en actividades conjuntas, c) satisfacción; ésta indica el grado de satisfacción de la pareja con la relación en el momento presente y su grado de compromiso a continuar en dicha relación y d) expresión de afecto; ésta indica 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). Estas se han clasificado en individuales y de interacción; las primera 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) 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 el nivel psicológico específicamente, el paciente puede verse afectado dadas las reacciones emocionales negativas causadas por los efectos secundarios del tratamiento, como la vergüenza en el caso de la incontinencia urinaria y la disfunción intestinal. En el caso de 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.

En términos generales, las exploraciones teóricas realizadas acerca del tema hacen referencia al impacto que causa el cáncer de próstata localizado en la calidad de vida de los pacientes que han sido tratados y la relación con los efectos producidos por los tratamientos (Clark, Rieker y Talkott, 1999; Litwin, Flanders y pasta, 1999; Shrader-Bogen, Kjellberg, McPherson y Murriay, 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 realizada por Novoa, Cruz, Rojas y Wilde (2003), pretendió profundizar en esta última temática mencionada, con el fin de ampliar la perspectiva biológica que predomina en los estudios sobre el 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, utilizando 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, el cual es un módulo complementario del inventario mencionado anteriormente, enfocado específicamente para la evaluación de los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de próstata, y la Escala de Ajuste Diádico (DAS) utilizada para la evaluación del ajuste marital. Así, se escogieron 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.

Los hallazgos mostraron la disminución en el interés que tiene el hombre por el sexo por 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 siente el paciente al estar en intimidad sexual. Esto se asocia con lo encontrado 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 efecto de los tratamientos antineoplásicos. Respecto al 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 abolieron o disminuyeron éste, entonces la evaluación de la satisfacción marital suele ser negativa. En tal sentido, los planteamientos de Bornstein y P, 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 adecuadamente 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 bastante 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 ansiedad personal, la satisfacción, la cohesión y el consenso en la importancia de los problemas para el funcionamiento diádico.

Recopilando las relaciones 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 diferentes áreas de interacción. Esto se puede evidenciar 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, especialmente en la satisfacción y expresión de afecto. Por otro lado, los síntomas urinarios como la incontinencia, la polaquiuria y la nicturia llegaron a afectar significativamente 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 asociaron con las áreas de expresión de afecto y cohesión.

Respecto a la relación entre ajuste marital y calidad de vida, se confirmó que el primero marital tiene impacto importante en la segunda. 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, la funcionalidad emocional, se relacionaron con las áreas de cohesión, satisfacción y especialmente expresión de afecto. La funcionalidad social tuvo un fuerte impacto en el área de cohesión y satisfacción, y la funcionalidad de rol se relacionó significativamente con aspectos de la satisfacción de la pareja y la cohesión. El funcionamiento físico y el funcionamiento cognoscitivo no se relacionaron significativamente con ningún aspecto evaluado en el instrumento de ajuste marital.

Finalmente, un punto interesante que se encontró 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 la mayoría de los pacientes que tenían impotencia, este tipo de ayudas no les habían dado resultado.

Conclusiones

Teniendo en cuenta 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 también en las relaciones de pareja. Esto estaría de acuerdo con lo que afirma 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 lado, algunas parejas sugieren que pese a lo difícil de la situación, se habían unido más.

Es importante también que las parejas sepan que la satisfacción en la sexualidad no hace referencia exclusivamente 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 hecho de ser abrazado y acariciado es una parte esencial de toda intimidad sexual que proporciona comodidad y seguridad, ya que el hecho de 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, el alto apoyo por parte de la pareja es de suma importancia, ya que está asociado, como lo dice Rodríguez (1995), con niveles más bajos de depresión y ansiedad, teniendo efectos moderadores que incrementan las conductas de afrontamiento. Por esta razón, es muy importante que la pareja desarrolle habilidades para la resolución de los conflictos que se puedan presentar.

Estos aspectos reiteran nuevamente la necesidad de realizar un trabajo integrado entre el paciente y su medio familiar y social más cercano, teniendo además una mirada interdisciplinar que permita manejar de manera oportuna y acertada las múltiples circunstancias que los tratamientos traen consigo. Muestra además que la población masculina no está exenta de requerir trabajo psicológico, aspecto usualmente minimizado tanto por los usuarios o pacientes, como por el personal de salud, debido a los estereotipos asociados con la masculinidad.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se proponen ciertos aspectos a tener en cuenta 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 él puede presentar después del tratamiento, debe tener en cuenta cómo el paciente puede llegar a sentir, sufrir y temer acerca de lo que estos pueden desencadenar en su vida, teniendo en cuenta que él es un ser psicológico, cultural y social. De esta manera, la "consulta médica" debe ser un encuentro interpersonal donde el médico presente una disposición afectiva integrando no sólo una destreza clínica sino también terapéutica de igual carácter. Lo anterior ayudaría al hombre a saber de antemano las posibles alteraciones psicológicas y emocionales a las que puede verse enfrentado, logrando así un proceso de adaptación más adecuado y disminuyendo la posibilidad de afectación en su calidad de vida y en su relación de pareja. Sería importante también que el médico, al comprender las implicaciones que traen 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 enfocada al:

- 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. Esto anterior con el fin de que el proceso de adaptación a la nueva situación sea adecuado y les permita mantener un alto grado de satisfacción.
- Manejo de las problemáticas relacionadas con el funcionamiento emocional de los pacientes tales como, frustración, sentimientos de irritabilidad, miedo, ira y depresión, que permitan tener una mejor calidad de vida.
- Fortalecimiento de la autoestima del paciente, enfatizando en la valoración de la imagen que se tiene de sí mismo y en 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.
- Fortalecimiento de la función social brindando herramientas al paciente para el establecimiento y mantenimiento de las relaciones interpersonales.
- Para futuras investigaciones se recomienda incluir la pareja dentro del proceso evaluativo, ya que eso podrá complementar de manera importante los aspectos relacionados con el ajuste marital.
- Igualmente se propone con estos resultados, 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.

Referencias

Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S., de Haes, J., Kaasa, S., Klee, M., Osaba, D., Razavi, D., Rofe, P., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. & Takeda, F. (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) 365-376.

Andreson, B.(1992) Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60, 552- 568.

Arias, I. & Byrne, C.A. (1996). Evaluación de los problemas de pareja. En G, Buela-Casal., V, Caballo & J, Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. (pp. 357-375). Madrid, España: Siglo XXI.

Arnau, J. (1998). Metodología de la investigación psicológica. En M. T, Anguera., J, Arnau., M, Ato., R, Martínez., J, Pascual & G, Vallejo (Eds.), *Métodos de investigación en psicología* (pp. 23-43). Madrid, España: Síntesis, S.A.

- Bayés, R. (1984). *Psicología oncológica*. Barcelona, España: Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud.
- Barlow, D.H. & Durand, V.M. (1999). *Psicología Anormal*. México: Thomson
- Blanco, S. & Navia, V. (1986). Factores psicosociales y cáncer: una revisión crítica. *Estudios de psicología*. (25) 6-29.
- Brink, S. & Fischman, J. (2000). Prostate dilemmas early is forcing more men to weigh the difficult treatment options. *U.S. News & World Report*, 128, (20) 66-81.
- Bornstein, P. & Bornstein, M. (1986). *Marital therapy: A behavioral communications approach*. New York, USA: Pergamon Press inc.
- Brock, D. (1993). Medidas de Calidad de Vida en el cuidado de la salud y la ética médica. En: Nusbaum, M & Amartya, S (compls.). *La Calidad de Vida*. The United Nations University, Fondo de Cultura Económica. México.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. & Cierra, J. (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., Rieker, P. & Talkott. (1999). Changes in quality of life following treatment for early prostate cancer. *Urology*, 53. (1) 161-167.
- Corsi, J. (1999). *Violencia masculina en pareja: una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires, Argentina: Paídos.
- Dorval, M., Maunsell, E., Taylor-Brown, J. & Fitzpatrick, M. (1999). Marital stability after breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 91, 54-59.
- Dulcey-Ruiz, E. & Uribe, C. (2000). *Cognición afectividad y calidad de vida en la adultez*. Doc No 3. Bogotá, Colombia: Universidad Javeriana.1-10.
- Eidelson, R. J. & Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 7,15-720.
- 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) 79-193.
- Fair, W. & Weiss, R. (1994). *Management of prostate diseases*. New York, U.S.A: Professional communication, inc.
- Fayers, P.M., Aaronson, N.K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D. & Bottomley, A. (2001). *The EORTC QLQ-C30 scoring manual (3th edition)*. Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer.
- Federación Colombiana de psicología. (2001). *Código ético del psicólogo*. Bogotá, Colombia: Editorial ABC.

Feneley, M. & Walsh, P. (1999). Incontinence after radical prostatectomy. *The Lancet: London*, 353, 2091-2092.

Ferszt, G. & Barg, F. (1991). Apoyo psicosocial. En *Libro de consulta para enfermeras sobre el cáncer* (pp. 156-164) España: Asociación Española contra el cáncer.

Franks, M., Hong, T.B., Pierce, L.C. & Ketterer, M.W. (2002). The association of patients psychosocial well-being with self and spouse ratings of patient health. *Family relations*, 51, 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. & Lowman, J. (1975). Affect and status dimensions of marital adjustment. *Journal of marriage and the family* 37 (1) 155-160.

Flocks, R. & Scott, W. (1975). *The Urology clinics of North America*. U.S.A: w.b. Saunders Company P.

Garnick, M. (1994). Cáncer de próstata. *Investigación y ciencia*. 46-53.

Gottman, J. (1979). *Marital Interaction: Experimental Investigation*. New 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, 221-233.

Graham, C., Fischer, J., Crawford, D., Fitzpatrick, J. & Bina, K. (2000). Parental status, social support, and marital adjustment. *Journal of family issues* 21 (7), 888-905.

Gray Cancer Institute. (2001). Prostate Cancer. Recuperado el 28 de mayo de <http://www.graylab.ac.uk>

Hagedoorn, M., Kuijer, R. G. & Buunk, B.P. (2000). Marital satisfaction in patients with cancer: Does support from intimate partners benefit those who need it most?. *Health Psychology*, 19, 274-282.

Hanover, D. (1999). In it together. *Good Housekeeping*, 229. (4) 132-142.

Helgeson, V. & Lepore, S. (1997). Men's adjustment to prostate cancer: the role of agency and unmitigated agency. *Sex roles*. 37 (3) 251-259.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (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., Nielsen, O. & Wolf, H. (1998). Urinary Symptoms, potency, and quality of life in patients with localized prostate cancer followed up with deferred treatment. *Urology*, 52 (6), 1555-1062.

Kaps, E. (1994). The role of the support group "us too" *Cancer* 74 (17) 2188-2189.

Kornblith, A. B., Herr, H. W., Ofman, U. S., Scher, H. I. & Holland, J. C. (1994). Quality of Life of Patients with Prostate Cancer and Their Spouses. *Cancer*, 73 (11), 2791-2802.

Krongrad, A., H. Lai., Burke, M., Goodkin, K. & S. Lai. (1996). Marriage and Mortality in Prostate cancer. *The Journal of Urology*, 156, 1696-1700.

Kunkel, E., Bakker, J., Myers, R., Oyesanmi, O. & Gomella, L. (2000) Biopsychosocial aspects of prostate cancer. *Psychosomatics* 41 (2) 85-98.

Kuijjer, R.G., Buunk, B.P. & Ybema, J.F. (2001). Are quality concerns important in the intimate relationship when one partner of a couple has cancer?. *Social Psychology*, 64 , 267-282.

Langone, J. (2001). Rekindling sexuality for people with cancer. *New York Times*. F.6.

Lepore, S. & Hegelson, V. (1998). Social constraints, intrusive thoughts, and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17 (1) 89-106.

Libman, E., Fichten, C. S., Creti, L., Weinstein, N., Amsel, R. & Brender, W. (1989). Transurethral prostatectomy: differential effects of age category and presurgery sexual functioning on postprostatectomy sexual adjustment. *Journal of Behavioral Medicine*, 12. (5) 469-485.

Litwin, N., Flanders, S. & Pasta, D. (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) 505-508.

Litwin, M., Pasta, D. & Yu, J. (2000). Urinary function and bother after radical prostatectomy of 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) 1973-1977.

Litwin, M., McGuigan, K. & Shpall, A. & Dhanani. (1999). Recovery of health related quality of life in the year after radical prostatectomy: early experience. *Journal of Urology*, 161 (2) 515-519.

Llavona, L. & Carrasco, M. (1997). Tratamiento de un caso de problemas de pareja. En D, Anton. & F, Méndez. (Eds.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de la conducta*. Madrid, España: Pirámide.

Lugo, J., Barroso, M. & Fernández, L. (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) 69-101.

Martínez, P. & Ballesteros, B. P. (1998). *Dos en uno: Como lograr armonía en nuestra relación de pareja*. Bogotá, Colombia: Grijalbo.

McCammon, K., Kolm., P., Main, B. & Schelhammer, P. (1999). Comparative quality of life analysis after radical prostatectomy or external beam radiation for localized prostate cancer. *Urology*, 54 (3) 509-516.

Methodist health care system. (2002). Prostate Cancer. Recuperado el 20 de Mayo de <http://www.methodisthealth.com>

Middleton, R., Thompson, I., Austenfeld, M., Cooner, W., Correa, R., Gibbons, R., Miller, H., Oesterling, J., Resnick, M., Smalley, S. & Wasson. (1997). *El manejo del cáncer de próstata localizado. Guía para el paciente*. Baltimore, Inglaterra: The American Urological Association, inc.

Novoa, M. M.; Cruz C. A.; Rojas L y Wilde, K. (2003) Efectos secundarios de los tratamientos de cáncer de próstata localizado en la calidad de vida y el ajuste marital. *Universitas Psychologica*. V.2 No. 2 p. 169-186

Neugarten, B., Moore, J. & Lowe, J. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona, España: Herder.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *British Medical Journal* 320, 52-7.

Palmero, F. & Fernández, E. (1998). *Emociones y adaptación*. Barcelona, España: Ariel, S.A.

Pall, M., Jarvis, J.K. & Woods, S.E. (2002). Partnering for prostate health. *Vibrant Life*, 18, 18-24.

Pérez, MA., Meyerowitz, BE., Leeskovsky, G. & Skinner. (1997). Quality of life and sexuality following radical prostatectomy in patients with prostate cancer who use or do not use erectile aids. *Urology*, 50, 740-746. Pickett, M., Watkins, D., Joseph, A. & Burggraf, V. (2000). Prostate

cancer elder alert: Living with treatment choices and outcomes. *Journal of Gerontological Nursing*, 26, 22-32 Thorofare.

Potosky, A. L., Legler, J., Albersten, P.C. & Stanford, J. L. (2000). Health outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: Results from prostate cancer outcomes study *Journal of the Cancer Institute* 92, 1582-1592.

J.T, Ptacek., Pierce, G., J, Ptacek. & Nogel, C. (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) 299-324.

Olivares, M. & Cruzado, J. (1998). Tristeza y depresión en el cáncer. En F, Palmero & E, Fernández. (Eds.), *Emociones y adaptación* (pp. 143-157) Barcelona, España: Ariel, S.A.

Quevedo, E. (1992). El proceso salud-enfermedad. Hacia una clínica y una epidemiología no positivista. En Cardona, A. *Sociedad y Salud* Bogotá, Colombia: Zeus, Asesores, Ltda.

Revista semana (mayo 5, 1997) "El dilema masculino" 130-132.

Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid, España: Síntesis S.A.

Roth, A., Kornblith, A., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. & Holland, J. (1998). Rapid screening for psychological distress in men with prostate carcinoma. *Cancer* 82, (10) 1904-1908.

Salcedo, H. (1993). *The Prostate. Facts & Misconceptions*. New York: Carol Publishing Group

Shrader-Bogen, C. L., Kjellberg, J. L., McPherson, C. P. & Murray, C. L. (1997). Quality of Life and Treatment Outcomes. Prostate Carcinoma Patients Perspective after Prostatectomy or Radiation Therapy. *Cancer*, 78. (10), 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, España: Biblioteca Nueva.

Snyder, J (1989). Paradigms of health and Medicine. *Health psychology and behavioral medicine*. (pp. 1-24). New Jersey, USA: Prentice Hall.

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) 15-28.

Syrjala, K., Schroeder., T. & Abrams, J. (2000). Sexual function measurement and outcomes in cancer survivors and matched controls. *The Journal of Sex Research*, 37 (3) 213-225.

Viveros, M., Olavaria, J. & Fuller, N. (2001). *Hombres e identidad de género*. Colombia: CES.

Weiss, R. (1978). The Conceptualization of Marriage from a Behavioral Perspective. En T, Paolino & B, McCrady *Marriage and Marital Therapy*. New York, USA: Bruner Mazel.

Weihs, K., Fisher, L. & Baird, M. (2002) Families, health, and behavior. *Families, System & Health*, 20 (1) 7-46.

APOYO SOCIAL SU LUGAR EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

[MsC. Marilín Pérez Lazo de la Vega](#)

[Lic. Yalilis Castellero Amador](#)

Servicio de Psicología, CIMEQ

La Habana - Cuba

Introducción

La interrelación entre los factores psicológicos - sociales y el proceso salud enfermedad ocupan día a día un espacio mayor en el contexto investigativo. Los avances científico - técnicos alcanzados en el campo de la salud, dados por el desarrollo de medicamentos, vacunas y diferentes técnicas que permiten el control de múltiples agentes patógenos, ha contribuido a demostrar la importancia, muchas veces subvalorada, que factores tales como los sociopsicológicos, culturales, epidemiológicos, económicos, etc., tienen para el proceso salud enfermedad.

Sin pretender restar valor a los factores anatómicos y fisiopatológicos, resulta válido destacar, que en el origen de muchas enfermedades, los factores psíquicos y sociales ocupan un lugar, no sólo relevante, sino en ocasiones decisivo, lo cual puede comprobarse al analizar los cuadros de morbilidad a nivel mundial, y sobre todo los de los países con niveles aceptables de salud, que se caracterizan por un predominio de las llamadas Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

La acción de estos factores no se limita a intervenir sobre la etiología de la enfermedad, sino que su espectro de acción deviene mucho más amplio al crear, favorecer o limitar la predisposición a enfermar, y al mediar de manera positiva o negativa sobre todo el curso o pronóstico de la enfermedad.

Los primeros estudios científicos que intentaban explicar la relación entre los factores psicosociales y el proceso salud enfermedad pretendieron que el término estrés se constituyera en el puente de unión entre ambos, y que con su sola presencia se explicaran las complejas relaciones entre los factores psicosociales y el mundo biológico. El creciente interés científico y el auge de investigaciones realizadas en el área de la salud, así como su propia amplitud conceptual que lo hacen difícilmente "atrapable" desde el punto de vista metodológico, permitieron arrojar luz sobre otros elementos cuya acción resulta decisiva en los resultados del proceso salud enfermedad; los que a su vez constituyen mediadores psicológicos por medio de los cuales los individuos amortiguan o refractan el estrés.

Comenzaron entonces investigaciones sobre otros factores, todas centradas en una perspectiva individual: procesos de afrontamiento, grado de control, locus de control interno y externo, entre otros.

Posteriormente, el desarrollo del enfoque comunitario y la comprensión de que la salud no es sólo un problema individual sino también de los grupos y de la sociedad, condujo a una ruptura (afortunadamente no antagónica) con los modelos tradicionales de análisis e investigación –centrados en el individuo–, lo que le dio lugar a la aceptación del papel que los factores sociales poseen en el desarrollo de la salud.

El desarrollo de este enfoque social surge como resultado de la llamada psicología de la comunidad, la cual aparece en los Estados Unidos en los años sesenta en el marco de las instituciones encargadas de atender los barrios de las minorías étnicas y al calor de las campañas de la lucha contra la pobreza. En contraposición con el paradigma clásico de la solución de los problemas del paciente mediante una psicoterapia individual, se plantea la prevención y el tratamiento del desajuste a través de una intervención sobre el conjunto de relaciones sociales en que está inmerso el individuo.

Este enfoque revolucionó la teoría y práctica de la psicología, pues constituyó una ruptura con los modos de pensar dominantes en el marco de la psicología clínica tradicional y una apertura hacia una visión del hombre, no como un universo cerrado, sino como un producto de su sistema de relaciones sociales; sacó al psicólogo de su gabinete y lo introdujo en el mundo de las luchas sociales; y por último, lo condujo a una verdadera toma de conciencia de la génesis de los problemas sociales.

Como resultado de esto, en la década de los setenta surge un gran interés en el concepto de apoyo social (*social support*), que de manera general incluye, tanto la estructura como el contenido de las relaciones de ayuda disponibles en el medioambiente, y el proceso mediante el cual los individuos hacen usos de estas uniones.

El estudio de este concepto resulta de vital importancia para todos aquellos que desarrollen su quehacer profesional en el campo del proceso salud-enfermedad, pues el éxito de las acciones de la salud debe tener como propósito fundamental la reincorporación del individuo a su vida normal y productiva dentro de la sociedad, y no meramente el tratamiento de sus síntomas.

Es válido aclarar que, aunque este término no abarca la totalidad de vías por las cuales la sociedad puede influir sobre la salud y el bienestar del individuo, sí representa una importante dimensión, sin cuya consideración resultaría sumamente difícil hablar sobre la salud humana y es por ello que consideramos importante la profundización en el estudio de esta temática.

Desarrollo

Historia del concepto

Le anteceden al surgimiento de este concepto numerosas investigaciones, sobre todo, estudios epidemiológicos (realizados antes y durante los años setenta), los cuales trataban, desde un punto de vista sumamente optimista, explicar la función de las redes sociales y el apoyo en la salud y el bienestar del individuo. Se sugería que algunas personas estaban o resultaban aparentemente protegidas del impacto de potenciales desórdenes sociales (desorganización social, rápidos cambios sociales, emigración) por medio de otros recursos también sociales.

Desde finales del siglo XIX, Durkheim (Muisitu, 1993) introdujo el concepto de anomía, tratando de demostrar que la sociedad industrial, como responsable de las

rupturas de las conexiones sociales de los trabajadores inmigrantes en las ciudades, constituía un factor causal de la desintegración entre los individuos y sus comunidades, de la reducción del apoyo, de la pérdida de las relaciones sociales basadas en los roles y en las normas sociales adoptadas por estas personas, y por tanto, del malestar psicológico.

Con posterioridad, este mismo autor comprobó que el suicidio ocurría mayormente entre los individuos con menor cantidad de lazos sociales, y observó que resultaba más frecuente entre los hombres y mujeres solteros que en los casados (Musitu, 1993).

En la década del 20, Thomas y Znaniecki (Musitu, 1993) observaron las consecuencias que traía para los inmigrantes polacos la integración a la ciudad. Estos autores pudieron comprobar que, cuando estos individuos abandonaban la cohesión social existente en sus áreas rurales y se incorporaban a las ciudades americanas industrializadas, daba como resultado la desorganización social y el surgimiento de numerosos problemas conductuales.

La Escuela de Chicago aportó elementos esenciales en el desarrollo de trabajos que relacionaban la temática de lo humano y lo social, posteriormente conocidos como *Ecología Humana*. Basados en esta perspectiva, Parrk, Burgess y Mckensie (1976, citados por Musitu, 1993) analizaron que el surgimiento de muchos problemas sociales estaba influenciado por el contexto sociocultural en que se manifestaban. Encontraron que los más altos índices de desequilibrio social se ubicaban en lugares en proceso de cambio de área rural a zona industrial, y que la creación de industrias rompía la unidad social que había en la comunidad, lo cual producía, por esta vía, problemas conductuales y sociales tanto en el contexto individual como en el comunitario.

Por su parte, Farish y Dunhan, epidemiólogos, en los años 30 estudiaron la relevancia de los factores ecológico-ambientales en la incidencia de la esquizofrenia en la ciudad de Chicago y sugirieron que las redes de apoyo podrían ejercer una función protectora ante esta patología (Musitu, 1993).

Jenkis (1976); Syme y Berkman (1985, citados por Berkman, 1985); encontraron que la carencia de ciertas conexiones sociales, la soledad, la ruptura de relaciones sociales importantes, etc., pueden tener consecuencias deteriorantes sobre la salud. También fenómenos de migración, movilidad, cambios sociales y urbanización, fueron puestos de manifiesto como poderosos elementos que influyen y desafían la habilidad para mantener ataduras sociales efectivas y duraderas.

En sentido general, puede afirmarse que todos estos estudios se caracterizaron por establecer una asociación entre los problemas psíquicos y las variables social genéricas tales como la desintegración social, la movilidad geográfica o el estado civil, teniendo como base común la ausencia de lazos o apoyos sociales adecuados o la ruptura de las redes sociales previamente existentes.

No obstante, no es hasta los años setenta, como habíamos referido anteriormente, que la temática del apoyo social comienza a constituirse en un área relevante de investigación dentro de la ciencia psicológica y en su aplicación a la salud humana.

Un elemento clave para el desarrollo de estos estudios, fue el concepto de causalidad multifactorial (Multifactorial Causation, Price, 1974 citado por Heller, Swindle y Dusenbury, 1986), el cual sostenía que la etiología de las enfermedades era la resultante de la acción de múltiples factores de riesgo, tales como agentes infecciosos interactuando con el propio organismo y con los factores

medioambientales nocivos o protectores. La literatura sobre eventos estresantes de la vida fue usada para operacionalizar los elementos medioambientales nocivos y el apoyo social fue elegido como el representante apropiado de los recursos o ventajas psicosociales.

En esta década, numerosos trabajos presentaron la tesis de que las variables sociales y medioambientales eran importantes factores de riesgo en la etiología de un número de desórdenes físicos y psicológicos; argumentaban que los factores sociales podían influir el curso y la duración de muchos desórdenes, y que las relaciones interpersonales pueden proteger a los individuos de los efectos deteriorantes del estrés. L. Cassel, S. Cobb y G. Caplan estuvieron dentro de los principales investigadores.

Los trabajos de estos autores, aunque caracterizados como defectuosos conceptual y metodológicamente (en revisiones realizadas posteriormente: Heller, Swindle y Dusenbury, 1986), despertaron aún más el interés investigativo y contribuyeron a que el tema adquiriera un lugar privilegiado dentro del panorama de las ciencias psicosociales y de la salud.

Surge entonces un sin número de explicaciones acerca del apoyo social como un factor causal tanto en la prevención de la enfermedad como en el fomento de la salud; sin embargo, existen dos modelos tradicionales en la literatura especializada que pueden sintetizar la mayoría de los existentes: uno de ellos sugiere que las relaciones positivas entre apoyo social y salud ocurren porque el apoyo realza la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés que vivencie el individuo; este modelo es conocido como la **hipótesis de los efectos principales o directos** (*main effects*). El otro modelo, posiblemente el más estudiado y referido en la literatura, sugiere que el apoyo protege a las personas de los efectos patógenos de los eventos estresantes y es conocido como la **hipótesis amortiguadora** (*buffer*).

En los momentos iniciales, estos modelos se consideraban opuestos y excluyentes. Los partidarios de una u otra hipótesis trataban, unilateralmente, de demostrar que sólo su explicación era correcta; sin embargo, investigaciones posteriores han manifestado que el apoyo social tiene efectos tanto directos como amortiguadores sobre la salud y el bienestar de las personas. Además, ambos procesos – amortiguadores y directos- pueden encontrarse unidos en diferentes concepciones y, por tanto, en distintas medidas de apoyo social. Esta afirmación resulta coherente con el presupuesto de que el proceso salud enfermedad resulta una unidad en que sus componentes no son excluyentes, sino que coexisten a pesar de sus potenciales contradicciones.

La hipótesis de los efectos directos sostiene que siempre que exista apoyo social, este potenciará la salud y fomentará el bienestar del individuo, con independencia de que este último vivencie o no el estrés, y del nivel del mismo. Este modelo sugiere que el apoyo y la salud están relacionados linealmente. Es de señalar aquí que si bien la afirmación de que el apoyo social puede y de hecho influye en el bienestar y la salud, aún en la ausencia de estrés, no necesariamente un aumento del apoyo social es definitivamente beneficioso para el individuo en todos los momentos. Más adelante comprobaremos como éste puede resultar en efectos negativos para la salud.

La hipótesis amortiguadora (*buffer*), por el contrario, sustenta que el apoyo sólo ejerce sus efectos beneficiosos en presencia del estrés, al proteger a las personas de los efectos patógenos del mismo.

De acuerdo con lo planteado hasta aquí, la hipótesis de efectos principales enfatiza el componente promotor de la salud humana, y la hipótesis de amortiguación enfatiza el componente restaurador de la salud amenazada o dañada; es decir, el apoyo puede ejercer su influencia en dos momentos diferentes de la relación estrés-patología, aunque sus vías de acción podrían ser esencialmente similares.

En un primer momento, el apoyo puede intervenir entre el evento estresor o las expectativas de ese evento y la experiencia estresante como tal, mediante la atenuación o la prevención de una respuesta de estrés. En este sentido, los recursos proporcionados por otros pueden redefinir y reducir el potencial de daño planteado por una situación y (o) reforzar la habilidad para hacer frente a demandas impuestas; por lo tanto, pueden lo mismo prever la evaluación de una situación como estresante, que facilitar los recursos de afrontamiento para dar respuesta eficaz a la amenaza.

En un segundo momento, el apoyo puede intervenir entre la inminencia de la experiencia de estrés y la ocurrencia de los resultados patológicos, mediante acciones contribuyentes a la reducción de la experiencia de estrés o acciones que influyen directamente sobre los comportamientos responsables de la enfermedad y (o) procesos fisiológicos. Los mecanismos son similares, los momentos distintos.

A partir de estos modelos empiezan a surgir explicaciones alternativas que se proponen encontrar la solución de cómo opera el apoyo social, entre ellos podemos señalar:

1. El modelo atenuante "supresor", el cual plantea que el apoyo puede atenuar el estrés mediando o impidiendo estresores o moderando sus efectos (García y Cunill, 1995)
2. La teoría de la óptima adecuación (*optimal matching theory*) descrita por Cutrona y Russell (1990), quienes indican la importancia de adecuar las características del evento estresante que afronta un individuo y la forma de apoyo social que resulta más beneficiosa en ese contexto.
3. La teoría del enlace personal (*attachment theory*) descrita por Stroebe (Stroebe, Abakoumkin y Shut, 1996), en que se enfatiza la significación del apoyo social derivado del lazo especial único e irrepetible con una persona determinada, que no es sustituible por ningún otro tipo de apoyo, aún cuando el mismo pudiera potencialmente ser eficiente y adecuado a las necesidades específicas de la persona tributaria de apoyo.
4. Peggy Thoits (1986) lo reconceptualiza como una ayuda o recurso para el afrontamiento. Esta autora considera que por medio del proceso de afrontamiento es como el apoyo social influye sobre la salud.
5. Heller, Swindle y Dusenbury (1986) plantean en su modelo que el apoyo social solo influye en la salud por medio de los procesos evaluativos.
6. Gonzalo Musitu (1993) desarrolla una nueva posición al considerar el apoyo social como un acto comunicativo donde los individuos reciben los mensajes por medio de dos canales, el verbal y el no verbal, y dichos mensajes pueden analizarse en dos niveles, el de contenido y el de relación. Describe la conducta de ayuda como una interacción dinámica que tiene lugar entre personas que se influyen mutuamente en sus comportamientos, creencias y opiniones.

Diferentes conceptualizaciones del apoyo social

Al igual que ha resultado variado el acercamiento a la comprensión de este mediador psicológico, disímiles han sido las maneras en que ha sido conceptualizado. A continuación mostraremos algunas de las definiciones más referidas en la literatura especializada:

"...El componente subjetivo de pertenencia o de ser aceptado, querido o necesitado tanto por uno mismo como por lo que uno puede hacer..." (Moos, citado por Musitu, 1993).

"...Agregados de relaciones sociales que aportan al individuo oportunidades de retroalimentación sobre sí mismo y sobre la validación de sus expectativas respecto de los otros, lo que podría compensar las deficiencias en estas comunicaciones en su contexto comunitario más amplio" (Caplan, 1976).

"...Información transmitida a partir de la cual el sujeto cree que es apreciado y querido, estimado y valorado, y que le supone la pertenencia a una red social de comunicación y de obligación mutua..." (Cobb, 1976).

"...El apoyo accesible a un individuo a través de sus ataduras sociales a otros individuos, grupos y a la gran comunidad..." (Lin, 1984).

"...Lazos expresivos y afectivos esenciales para mantener la integridad de uno mismo y los sentimientos de solidaridad grupal" (Bharadwaj y Wilkening, citados por Musitu, 1993).

"...Una estimación o evaluación de cómo y en que grado una interacción, esquema de interacciones o relaciones, sirve o no de apoyo..." (Schaefer, 1981).

...Cualquier factor existente en el medio ambiente que fomente un curso favorable de la enfermedad..." (Beels, citado por Leavy, 1983).

"...Información y recursos de otras personas del entorno que minimizan la percepción de amenaza, maximizan la percepción actual de dominio y facilitan la acción directa y anticipatoria de los modos de afrontamiento..." (Eyres, citado por Musitu, 1993).

"...Se refiere a las funciones ejecutadas, para un individuo distresado, por otras personas importantes para él, tales como miembros de la familia, compañero de trabajo, pariente o vecino" (Thoits, 1986).

"...Se refiere al acceso y uso de individuos, grupos y organizaciones al lidiar con las vicisitudes de la vida..." (Lourdes García, 1988).

"...Las relaciones que proveen a las personas de un apoyo emocional, material o ambos en su interacción con el medio, sus funciones incluyen el mantener una identidad social positiva, proveer apoyo emocional, ayuda material, y servicios concretos así como el acceso a nuevos contactos y funciones sociales..." (M.A. Alvarez, 1989).

"...Proceso transaccional y simbólico de influencia mutua entre dos o más individuos que alteran, consecuentemente, los estados afectivos, cognitivos y comportamentales de estos. Esta interacción se produce en una red de relaciones que condiciona el tipo específico de ayuda, los estilos de interacción y el grado en que los seres humanos tienen acceso a vías de ayuda, a través de otros contactos..." (Musitu, 1993).

Como puede apreciarse, en las definiciones ofrecidas se abordan diferentes aristas, a las que puede hacerse referencia en el constructo apoyo social: la connotación percibida del apoyo social aparece reflejada en las conceptualizaciones de Moos y Schaefer, quienes destacan la significación del componente evaluativo, es decir, cómo el sujeto percibe el apoyo que le está siendo tributado.

La dimensión positiva del apoyo social también se constituye en un elemento clave de algunas conceptualizaciones, entre estas, las referidas por Beels, y por Bharadwaj y Wilkening.

Gran parte de las conceptualizaciones están enmarcadas dentro de la hipótesis amortiguadora. Investigadores como Thoits, Eyres y García, definen parcialmente el constructo, ofreciéndole al término apoyo social la posibilidad única de ayudar a enfrentar los problemas de individuos estresados.

Lo anterior nos demuestra que, a pesar de existir ideas comunes respecto al concepto, subsisten contradicciones y poco acuerdo al definirlo, lo que conduce a que, en el plano investigativo, muchos resultados no puedan ser comparables, aunque posiblemente se estén estudiando procesos muy similares.

Por nuestra parte, consideramos que una definición del apoyo social exige detenerse primeramente en los aspectos esenciales que forman este concepto. Es decir, el apoyo social incluye tanto la estructura como el contenido de las relaciones de ayuda disponibles en el medioambiente, y el proceso mediante el cual los individuos hacen uso de estas uniones.

Es por esta razón que, como resultado de una profunda revisión bibliográfica y con el ánimo de establecer un concepto operativo que facilite la utilización y el trabajo con este concepto en nuestra práctica profesional e investigativa, asumimos el apoyo social como **"aquellos recursos sociales accesibles y (o) disponibles a una persona, encontrados en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales y que pueden influir tanto de forma positiva como negativa en la salud y bienestar de los individuos implicados en este proceso. Su característica distintiva radica en su carácter interactivo, dinámico y extensible a lo largo de la dimensión temporal"**. (Roca y Pérez, 1996).

A continuación precisaremos en qué consisten algunos de los componentes del concepto:

Recursos sociales disponibles: Son los medios externos al individuo (afecto, información, funciones de ayuda, valoración personal, etc.) proporcionados por otros y que pueden o no ser reconocidos o utilizados; incluye además, las funciones realizadas por las demás personas en aras del bienestar "de un individuo distresado".

Concebidos en el contexto de las relaciones interpersonales y sociales: El apoyo social es un proceso intrínsecamente social e interactivo que tiene lugar y adquiere significación dentro de una estructura social, el contexto cultural y determinadas redes de relaciones interpersonales concretas. Entenderlo así, implica conocer la organización social, las relaciones interpersonales, las normas, la cultura, los valores que regulan el comportamiento de una sociedad y de individuos específicos, así como los cambios que se produzcan en estas dimensiones.

Carácter interactivo: es un proceso interaccional entre proveedores y receptores, en otras palabras, es un proceso de dar y recibir. Intentar verlo como la acción de individuos separados y no relacionados es ignorar la complejidad del proceso.

Carácter dinámico: No constituye un proceso fijo o invariante; puede considerarse como una variable que puede ocurrir y es deseable que así suceda, pero no como algo preestablecido, ni en la forma deseada.

Extensible a lo largo de la dimensión temporal: Puede estar presente y actuar con eficacia en determinados momentos y períodos de la vida, en tanto en otros no puede ocurrir así. De igual forma, en función de su duración, puede clasificarse en apoyo a largo plazo y apoyo a corto plazo. El primero es de naturaleza continua, extendido en el tiempo, mediado por relaciones permanentes que ayudan al individuo a enfrentarse con situaciones problemáticas a largo plazo o con problemas generales de la vida. El segundo es intermitente, utilizado por el individuo en momentos de crisis.

Consecuencias negativas o positivas: La connotación semántica positiva del término ha fortalecido la creencia de los efectos positivos del apoyo social que, lejos de ofrecer objetividad y científicidad, contribuye al poco esclarecimiento de los mecanismos y los efectos reales del apoyo social, que pueden ser negativos para la salud y el bienestar, sobre todo si somos consecuentes con el carácter dinámico referido anteriormente.

Funciones de los sistemas de apoyo social

Los sistemas, fuentes o redes sociales son los que materializan el proceso de apoyo social, en tanto están constituidos por aquellas relaciones sociales que le ofrecen al individuo determinado tipo de ayuda con su consecuente influencia sobre la salud.

Los sistemas de apoyo social pueden ser formales (servicios institucionales, labor de profesionales y especialistas) o informales (relaciones espontáneas y no institucionalizadas: familiares, amigos, pareja, compañeros de trabajo, grupos de ayuda mutua, asociaciones religiosas, etc.).

La integración a un grupo, la solidaridad, las normas grupales, la simple existencia de relaciones donde las personas sienten que son una parte importante de ellas y con las cuales se identifica positivamente, constituyen también elementos de apoyo social que por sí mismas facilitan la salud, pero que, al encontrarse inmersos en la cotidianidad, su presencia sobrepasa los niveles de conciencia, a diferencia del apoyo que es demandado y contraído en respuesta a problemas concretos.

Por otra parte, el desarrollo impone la presencia de nuevas modalidades de sistemas de apoyo social; por ejemplo: la creación de programas que educan y guían a personas con problemas específicos y el uso de la computación, tanto para obtener información como para el entrenamiento y la búsqueda de soluciones a problemas específicos.

Estos sistemas no pueden ser clasificados en orden de importancia si no se perciben dentro de una perspectiva contextual, más aún cuando su acción sobre el individuo no es excluyente. Una persona puede estar inmersa en diversos sistemas de apoyo social, pero estos no son intercambiables o equivalentes, no todos logran beneficiar al sujeto necesitado, pues la eficacia de la ayuda depende de otras variables como: tipo de problema, contexto social, tipo de apoyo ofrecido, etc.

Aunque se plantea en muchas investigaciones que la familia constituye una de las fuentes de apoyo social más importantes y efectivas, en muchos casos, donde las personas se encuentran enfermas, el médico, la enfermera y el propio hospital se convierten en las fuentes de apoyo más demandadas por la persona. Una investigación realizada por David Spiegel (2001) en pacientes con cáncer de mama

demonstró que las pacientes se sentían mejor y encontraban más efectivo el apoyo ofrecido por el médico y grupos de apoyo de personas con la misma patología, que el apoyo ofrecido por su familia. También refiere que las personas con mayor apoyo social lograron una supervivencia mayor y menos estadía hospitalaria, en comparación con las que no contaban con este recurso.

A pesar de que muchos estudios coinciden en que las relaciones familiares constituyen una importante fuente de apoyo social para los ancianos, Asón (2001) refiere que un reciente estudio de la OPS demuestra que una alta proporción de ancianos que no comparten el hogar con sus familiares se encuentran más satisfechos que aquellos que viven con sus consanguíneos y que esto pudiera estar causado por el aumento de conflictos intergeneracionales que tienden a producirse con la ampliación de la familia.

Numerosos términos han sido utilizados para describir las funciones de ayuda que cumplen los sistemas de apoyo social. A continuación se ofrece la clasificación propuesta por Thoits (1986) que, a nuestro juicio, abarca de manera integradora la diversidad de funciones descritas en la literatura:

Apoyo instrumental: Se refiere a las acciones o ayuda material proporcionada por otros, que facilita la realización de las responsabilidades de sus roles cotidianos.

Apoyo socioemocional: Se refiere a la demostración de amor, cariño, estima, simpatía y pertenencia al grupo. El componente fundamental es lo vivencial subjetivo.

Apoyo informacional: Se refiere a la comunicación de opiniones o hechos relevantes; a dificultades corrientes, tales como aviso, retroalimentación personal e informacional que puede mitigar circunstancias de la vida, ayudar a tomar decisiones u ofrecer vías acertadas para enfrentar uno u otro tipo de problemática.

Es válido señalar que el tipo de apoyo social productor de efectos positivos no es identificable por sí; éste sólo puede ser explicable en determinada relación con un problema concreto y con el estado de ese problema. Es decir, la efectividad del apoyo social no depende de un tipo de apoyo en particular; sino de la forma en que la situación específica satisfaga las necesidades del individuo.

El apoyo social efectivo para un problema determinado puede resultar completamente inadecuado para otro y aun para ese mismo problema en otro contexto o momento determinado. Shaefer, Coyne y Lazarus (1986) encontraron que el apoyo instrumental es más importante que cualquier información o tipo de apoyo emocional en personas mayores con depresión. Otro interesante estudio realizado por Friedman y King (1994) en mujeres mayores con enfermedades del corazón demostró que diferentes tipos de apoyo (en este caso emocional e instrumental) pueden afectar aspectos diferentes del bienestar psicológico de las mismas.

Apoyo Social y Salud Humana

Las relaciones sociales (o la carencia de ellas), pueden devenir tanto productoras de estrés como promotoras de salud.

Numerosas investigaciones y estudios se han realizado en todos los momentos del proceso salud-enfermedad, tanto en lo referente a la salud en general como a la llamada salud psíquica o mental, de aquí que los efectos del apoyo social en la salud hayan sido examinados en diferentes fases del proceso: prevención, enfrentamiento y recuperación, estadios terminales, etc.

Numerosos estudios que comparan población clínica y población normal en el contexto de la salud mental parecen indicar con claridad, una relación entre carencia de apoyo y serios desórdenes psicológicos.

Multitud de trabajos sobre la depresión clínica y su relación con el estrés y el apoyo social, han seguido la posición de G. Brown y sus asociados en Gran Bretaña (citado por Leavy, 1983), los cuales sustentan que, a pesar de que muchos eventos de la vida pueden provocar desórdenes psíquicos, existen factores contextuales que podrían inmunizar a los individuos contra los síntomas o, por el contrario, incrementar la vulnerabilidad a ellos, actitud esta que se acerca a la hipótesis de amortiguación. Estos autores reportan que en las mujeres el factor más poderoso que media entre los cambios negativos de la vida y la depresión clínica resulta el hecho de tener o no una relación confidencial íntima con un novio o un esposo. Las mujeres que no poseen una relación íntima y experimentan estrés, tiene casi diez veces más probabilidades de manifestar depresión que aquellas similarmente estresadas, pero que cuentan con un confidente.

Estudios posteriores sobre la depresión en hombres y mujeres (Leavy, 1983) coinciden en que tener una relación confidencial correlaciona con una menor depresión, aunque el confidente no necesita ser del sexo opuesto en algunos casos. Sin embargo, este mismo autor refiere que la depresión era particularmente mayor en las mujeres donde el apoyo emocional e instrumental de los esposos era inadecuado o no existía.

Numerosos trabajos se han realizado sobre apoyo social y esquizofrénicos. Turner (1979 citado por Leavy, 1993), investigó a 103 de estos pacientes hospitalizados, pertenecientes a una zona rural, y encontró que la carencia de apoyo social está asociada con síntomas y disfunción psicológica; los esquizofrénicos incapacitados (aquellos que presentaban extremos problemas conductuales tales como mutismo o agresión), no se diferenciaron de los no discapacitados por el número de hospitalizaciones, variables sociodemográficas o la cantidad de cuidados recibidos en consulta externa. Sin embargo, sí se diferenciaron radicalmente en cuanto al nivel de apoyo social, en el cual los discapacitados tenían menos.

En estudio realizado por la Universidad de Iowa, Alan Christensen (1999) encontró que los pacientes esquizofrénicos con frecuentes interacciones sociales, viven un promedio de 25 años más que aquellos que tiene poca o ninguna interacción social.

En el caso de la salud física, es importante destacar que las investigaciones generalmente se han centrado en la relación entre apoyo social, y adaptación y recuperación de la enfermedad; más que en el carácter causal del apoyo social en la etiología de las mismas. No obstante, existen reportes como el de Eriksen (1994) quién revisó la literatura relacionada con el rol del apoyo social en la patogénesis de la enfermedad cardiovascular y encontró la existencia de una vinculación entre ellos.

Numerosas investigaciones proporcionan claras evidencias de que el apoyo social facilita la recuperación de los problemas de salud (Wortman, B.C. and Conway, 1985; Moser, D., 1994; Cohen y Syme, 1985; Coker, 2001).

Esta relación puede estar mediatizada tanto por los efectos -más directos y evidentes desde el punto de vista comportamental-, del apoyo sobre conductas potencialmente restauradoras de la salud como por la movilización -de forma menos directa y evidente-, del sistema inmune en la optimización del enfrentamiento del organismo a la comunidad. En el caso de las conductas de salud, la información de otros acerca del cuidado de la propia salud y la potenciación de conductas de enfrentamiento a la enfermedad, pueden influir sobre la habilidad actual y percibida, lo cual influye en el estado de salud.

La ayuda instrumental -tal como el cuidado y atención de los pacientes en momentos de menor validación- puede tener un impacto directo sobre el bienestar de los pacientes, así como sobre la familia de éste. La vivencia de sentirse ayudado por otros puede facilitar en el paciente la motivación para restaurar su salud, movilizar sus procesos de afrontamiento y, en consecuencia, incrementar el cumplimiento con los regímenes médicos (adherencia terapéutica), además de la adopción de conductas beneficiosas para la salud.

Sentimientos de pertenencia, autoestima elevada y seguridad, engendradas por el apoyo social, ayudan directamente en la recuperación de enfermos físicos porque facilita la movilización del sistema inmune. El apoyo que induce elevaciones en la autoestima, habilidad para enfrentar y motivación para estar bien, pueden, de modo similar, ayudar en la recuperación de los problemas de salud mental en tanto influirán directamente sobre los estados cognitivo y emocional asociados con el desorden o contribuirán al aumento del cumplimiento con los regímenes médicos.

Según Meyer, B. y Arnold, J. (2001), el rol del apoyo social, tanto en la etiología como en la recuperación, podrían ser en algún grado similares. En ambos casos, el apoyo influye en la salud por medio de la promoción del cuidado de uno mismo y la promoción de la competencia inmunológica.

El apoyo social también desempeña un papel importante en las acciones de Atención Primaria de Salud, que son la prevención de enfermedades y promoción de más altos niveles de salud. La prevención de la enfermedad, en el caso particular del apoyo social, implicaría la modificación de las características de "apoyo" del medioambiente social. Las intervenciones irían dirigidas a la creación de nuevos sistemas de apoyo social o al fortalecimiento de sistemas ya existentes, ya sea en el nivel macro como microsocio. Una evidencia de este tipo de intervenciones es la realizada por Lierman y cols. (1994), donde utilizó el apoyo social para la promoción de la autoexaminación de los senos.

El entrenamiento de los individuos en habilidades sociales que puedan ayudar a alcanzar, conservar y fortalecer sus propios sistemas de apoyo, podría ser una importante estrategia desde la dimensión individual. Indiscutiblemente, este tipo de intervenciones resulta sumamente costosa, comparada con las que se realizan después de ocurrida la enfermedad, tal y como se postula en la hipótesis amortiguadora.

Es decir, el apoyo social tiene diversas formas de operar sobre la salud humana y el bienestar, que pueden estar mediadas tanto por los cambios conductuales, los fisiológicos, los perceptuales, o alguna combinación entre estas tres alternativas, que se expresa por medio de las más disímiles vías, e influyen con uno u otro efecto sobre la salud y el bienestar.

A modo de síntesis de este aspecto, podría decirse que el apoyo social opera de las más diversas formas sobre el bienestar y la salud humana, lo que puede observarse tanto desde una óptica sumamente objetiva y conductual, mediante la estimulación

de comportamientos saludables o la viabilización para la accesibilidad a las instituciones de salud, como desde una visión mucho más subjetiva, en que la facilitación del bienestar personal y el fortalecimiento de la autoestima, se traducen en un óptimo funcionamiento de los sistemas endocrino e inmunológico, los cuales hacen al individuo más resistente y menos vulnerable a la enfermedad.

No obstante, el apoyo social no sólo podría dejar de producir beneficios, sino también, ante determinadas situaciones, momentos y tipos de individuos, puede constituirse en una fuente de tensión, generadora de mayor estrés y portadora de consecuencias negativas sobre la salud y el bienestar.

Las consecuencias negativas pueden ocurrir porque los familiares y amigos fomentan seguridad y falsas esperanzas, especialmente cuando se les previene seguir determinados tratamientos y cumplir con acciones positivas. El disciplinado cumplimiento de las prescripciones, así como el constatar que no se obtiene el efecto deseado, puede ser sumamente contraproducente y devenir en desilusión y hostilidad hacia aquellos que tratan de apoyarlo; derivado de esto, podrían surgir sentimientos de desesperanza que tan negativamente influyen sobre la salud. Algo semejante ocurre cuando los proveedores de apoyo ofrecen informes erróneos o retienen información.

Los proveedores de apoyo pueden tener concepciones erróneas sobre los problemas o tareas adaptativas más importantes que enfrentan los individuos y errar en la proporción de un apoyo apropiado. Al hablar de apoyo es preciso tener en cuenta qué es lo que se brinda como apoyo, cuál es su contenido y en qué medida gratifican las necesidades presentes de aquel que supuestamente se beneficiará con el mismo.

En situaciones donde el tipo de apoyo social ofrecido no es el que precisamente demanda la persona necesitada, o se brinda por una fuente irrelevante para esa persona, los efectos que producirá esta relación obviamente serán negativos; y quizás aún más dañinos si el receptor del apoyo no expresa sus verdaderos sentimientos por temor a lastimar o herir al proveedor de la ayuda, con lo que se enrarece el proceso de interacción social, y los efectos -aún sin proponérselo ninguna de las partes implicadas-, pueden resultar sumamente nocivos para la salud y el bienestar.

Es interesante señalar que el apoyo social también puede adquirir una connotación negativa cuando las creencias y expectativas del que lo brinda y el que lo recibe no coinciden o son francamente contradictorias. Al respecto, Wortman y Conway (1985) reportan que la mayoría de las personas saludables tiene conceptos erróneos sobre cómo comportarse y tratar con sujetos distresados, y se creen capaces de mantener el optimismo de los enfermos físicos. Las concepciones erróneas (de los proveedores) sobre los procesos de enfrentamiento a las enfermedades podrían resultar en conductas inapropiadas y no apoyo tales como "animar" o "minimizar" los problemas.

Diferentes estudios han encontrado que, aunque la mayoría de los sujetos saludables reportan la creencia de que son capaces de levantar el ánimo de una persona con cáncer, estos pacientes percibieron el "implacable optimismo" de los otros como no auténtico y molesto (Wortman y Conway, 1985; Spiegel, 2001).

Conductas negativas como la desaprobación de pensamientos personales, creencias y sentimientos, pueden socavar la percepción de control y dominio sobre el medioambiente, generar inseguridad y, por tanto, fracasos en los intentos de

enfrentamiento. Este tipo de interacciones constituye por sí mismo, una fuente de experiencias estresantes.

Otro elemento estudiado es el estatus de enfermo crónico pues, generalmente, éste evoca sentimientos negativos en las personas saludables, por lo que los enfermos físicos encuentran que sus relaciones más importantes y cercanas son aquellas caracterizadas por elementos positivos y negativos. Blomm (1981) reportó que en un estudio realizado con mujeres con cáncer de seno, los médicos fueron evaluados, al mismo tiempo, como la mayor fuente de estrés y la más importante fuente de apoyo.

También se han encontrado evidencias que indican que los proveedores de cuidados de salud, miembros de la familia y amigos pueden tener sentimientos negativos sobre algunas enfermedades, lo que produce un evidente efecto sobre la existencia del paciente, su calidad de vida e incluso sobre su imagen física. Esto conduce a un comportamiento contradictorio, del tipo de aproximación - evitación, cuando tratan con los enfermos que requieren de su apoyo (Posen, 2001; Whitney, 2002).

Cuando la ayuda que se ofrece se realiza considerando a la persona ayudada "un pobre diablo, un incapaz o un inútil" -y que de manera muy sutil, aunque no intencional, se le transmite a la persona-, también resulta perjudicial en tanto refuerza sus creencias de poca eficacia personal, no incentiva ni moviliza al individuo y, con ello se ve lacerada su salud y bienestar personal.

Por último, con relación a este tema, resulta interesante destacar que el proveedor de la ayuda también puede ver afectada su salud y bienestar en este proceso, de las más diversas formas: desgaste físico y psíquico de una prolongada ayuda a la persona que reclama su atención, en la disminución y (o) abandono de sus actividades cotidianas, en el disgusto de no ver gratificadas sus acciones con los resultados esperados, en el "pago" poco agradecido de aquel al que le ofreció su ayuda, etc.

De esta manera, cuando el apoyo es movilizado en respuesta a problemas de personas resistentes al cambio y a las intervenciones, los proveedores de apoyo pueden estar sujetos a frustración, sentimientos de impaciencia, pérdida de poder, dominio y *burnout*. Bajo estas condiciones, es probable que cualquier tipo de beneficio que disfrute el receptor sea a expensas del proveedor.

Resulta interesante también reflexionar en los efectos a corto y a largo plazo del apoyo social pues, una relación de apoyo actual bien valorada, tanto por el proveedor como por el receptor del apoyo, puede ser muy gratificante en el aquí y el ahora, pero al no ajustarse a los requerimientos y exigencias de la problemática de salud, podría traer consecuencias muy nefastas a largo plazo.

Así, fácil disponibilidad de apoyo, por ejemplo, puede ser excepcionalmente beneficiosa en un corto período, en estadios críticos, pero puede estimular la dependencia o la pasividad a la larga si dicha situación se mantiene. Cuando esto ocurre, el "apoyo" podría restringir al receptor de asumir una postura activa, encaminada a la adquisición de habilidades para solucionar problemas y contribuir a su propio bienestar.

A modo de resumen, podría decirse que la mezcla de efectos favorables - no favorables del apoyo social será apreciada tanto entre los proveedores como entre los receptores del apoyo social. La comprensión de esta afirmación sólo es posible

si se desarrollan estrategias investigativas que abarquen el proceso en su conjunto y no a procedimientos que focalicen sobre una de sus partes.

Conclusiones

- Los factores psicosociales ocupan un lugar decisivo dentro del proceso salud - enfermedad.
- El apoyo social es un concepto de sumo interés y utilidad tanto para la Psicología de la Salud como para todos los profesionales relacionados con este proceso, en tanto pone en primer plano la significación de los factores psicológicos y sociales para la salud y el bienestar.
- Los estudios epidemiológicos han demostrado la relación existente entre la presencia y funcionabilidad de las redes de apoyo social, por una parte, y sus efectos sobre la salud y el bienestar humano, por la otra. Esta relación puede apreciarse no sólo en la etiología de cualquier problema de salud, sino en cualquier momento del proceso salud - enfermedad: la prevención, el afrontamiento y recuperación, los estadios terminales, etc.
- El apoyo social, no sólo tiene un efecto favorable sobre la salud, sino que ante determinadas circunstancias (ubicación temporal y tipos de individuos) puede constituirse en una fuente de tensión, generadora de mayor estrés y portadora de consecuencias negativas sobre la salud y el bienestar.

Por todo lo anterior, resulta válido afirmar que el apoyo social se constituye en un recurso psicosocial imprescindible para el logro de la salud y el bienestar de los individuos y la propia sociedad. Investigadores y profesionales de la salud, tienen la obligación de conocer en qué medida la correcta utilización de algunos elementos aparentemente más distantes de su quehacer, proporcionan efectos tangibles en la salud y la calidad de vida de la sociedad.

La creación y fomento de redes sociales accesibles y efectivas para el individuo, ya sean éstas formales e informales, garantizarán niveles más altos de salud y bienestar, en el nivel del individuo y de la propia sociedad. Su acción, como ya se dijo anteriormente, estará presente en todos los momentos del proceso salud enfermedad: prevención, etiología, recuperación, etc., y sus beneficios palpables se pueden apreciar a través del aumento de la calidad de vida, la disminución de la estadía hospitalaria y la disminución de costos humanos y económicos.

Para culminar, considero válido afirmar que, si bien el bienestar de cada individuo, él como interactúa con los demás, así como los demás lo hacen con él, y a su vez con las instituciones de la sociedad, nos hablan del grado de salud social; la salud, por su parte, no sólo es un producto, sino se erige como uno de los más importantes recursos para el mantenimiento y consecución de las actividades sociales.

Referencias

Alvarez. M.A. (1989). *El estrés: un enfoque neuroendocrino*, Editorial Científico - Técnica, Ciudad de la Habana,

Asón, A. (2001). Apoyo social. En: Nuñez de Villavicencio, F. *Psicología y Salud*, Editorial Ciencias Médicas, Ciudad de la Habana.

Berkman, L. (1985) The relationships of Social networks and social Support to morbidity and mortality, S. Cohen and L. Syme: *Social Support and Health*, London: Academic Press.

Bloom, J. (1981). Cancer care providers and the medical care system: facilitators or inhibitors of patient coping response (Elsenier ed.), *Coping with cancer*, North Holland Press.

Caplan, G.: Support Systems and Community of Mental Health, *Behavioral Publications*, 1976 (artículo traducido y reproducido en la revista Actualidad en Psicología, Vol. 2, no.1, 1980)

Christensen, A. (1999) *Social support may extend life of people with schizophrenia*. Universidad de Iowa, march 22 (artículo tomado de internet <http://www.pslgroup.com/dg/eec2e.htm>)

Cobbs. (1976). Social Support as a Mediator of Life Stress, *Psychosomatic Med.*, 38:300-314, 1976.

Cohen S. and Syme L. (1985) *Social Support and Health*, London: Academic Press.

Coker, J.L. (2001) *Social support and health outcomes after spinal cord injury: A mediation analysis*. Crawford Research Institute. (artículo tomado de internet http://apha.confex.com/apha/129am/techprogram/paper_23722.htm, October 24.

Cutrona, C. E. and Russell, W.(1990) Type of social support and specific stress: toward a theory of optimal matching. En: Sarason et al. *Social Support. An interactional View*, New York: Wiley.

Eriksen, W. (1994) The role of social support in the pathogenesis of coronary hearth disease, *Fam. Pract.*, 11(2): 201-209, June.

Friedman, M. and King, K. (1994). The relationship of emotional and tangible support to psychological well-being among older women with heart failure, *Res. Nurs. Health*, 17(6): 433-440, December.

García, L. (1998). *Estrés Psicológico y enfrentamiento. Una actualización del tema*. Folleto publicado por el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

García, D., y Cunill, E. (1995). *Estrés y apoyo social en una población infantil*. Trabajo de Diploma, Facultad de Psicología, Universidad de la Habana, 1995.

Heller, K.; R.Swindle and L. Dusenbury (1986). Component Social Support Process: Comments and Integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4):466-470.

Leavy, L. R. (1983). Social Support and Psychological Disorder: a review. *Journal of Community Psychology*, vol. 11, january.

Lierman, L and cols. (1994) Using social support to promote breast self-examination performance, *Oncol. Nurs. Forum*, 21 (6): 1051-1056: discussion 1057, July, 1994.

Lin, N. And W.M. Ensel: Depression. Mobility and its Social Etiology: The role of Life Events and Social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 25(2): 176-188, June, 1994.

Meyer, B. And Arnold, J. (2001) Social Support by doulas during labor and the early postpartum period. Debra Pascali-Bonaro, Bed, CFE, Cd (Dona), CPD, *Hospital Physician* September, page 65.

Moser, D. (1994). Social support and cardiac recovery, *J. Cardiovasc. Nurs*, 9(1): 27-36, October.

Musitu, G. (1993). Comunicación y apoyo: el nuevo binomio en psicología de la comunicación. En: *Dimensiones psicosociales de la educación y de la comunicación*, Eudema, Sevilla. Felicidad Loscertales y Manuel Marín (comp.), 1ra edición, Ediciones de la Universidad Complutense, S.A., Imprime Artes Gráficas Padura.

Posen, D. (2002) *Social support: Why and How. Stress Management Keynote Speaker and Author*. (artículo tomado de internet).

Roca, M.A., y Pérez, M. (1999) *Apoyo social: su significación para la salud humana*. Editorial Félix Varela.

Schaeffer, C.; Coyne, J.; Lazarus, R.(1981). Health Related Functions of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4:381-406, 1981.

Spiegel, D. (2001). *Express emotion and live longer. Cancer and depression*, Brit. J. Psychiatry, (artículo tomado de internet),

Stroebe, Abakoumkin y 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):1241-1249.

Thoits, P.A. (1986). *Social Support Processes and Psychological Well-being: Theoretical Possibilities*. (material mecanografiado).

Whitney, M. (2002). *The social support experiences of women with endometriosis. An overview*. (artículo tomado de internet).

Wortman, B.C. y Conway L.T. (1985). The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. En: S. Cohen and L. Syme, *Social Support and Health*, Academic Press, London.

MASTECTOMÍA, AFRONTAMIENTOS Y AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL

M. Sc. Diana Marjorie Suárez Vera

Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre
Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana
La Habana, Cuba

Introducción

El trabajo tuvo como propósito estudiar el papel de los afrontamientos en la autopercepción corporal postmastectomía en mujeres enfermas de cáncer de mama. La población se conformó con 40 pacientes, diagnosticadas clínica e histológicamente en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, institución en la que recibieron tratamiento quirúrgico y a la que acudieron a consulta en el período de enero-abril 2000.

Las enfermas se clasificaron de acuerdo al tipo de cirugía recibida, conformándose el Grupo 1 con las pacientes sometidas a Mastectomía Radical Modificada y el Grupo 2 con las pacientes que recibieron Cirugía Conservadora. Fueron evaluadas psicológicamente y se compararon los resultados.

El análisis intergrupo no demostró diferencias significativas entre éstos, con respecto a la inadecuación corporal percibida, el nivel de conocimiento del diagnóstico y los afrontamientos.

En el análisis intragrupo se encontró una relación significativa entre el nivel de conocimiento del diagnóstico y los afrontamientos en el grupo sometido a Cirugía Conservadora. El resto de las características estudiadas no parecen estar relacionadas.

Estos resultados brindan información novedosa en este campo, dentro del país. Estudios con muestras mayores podrían refutar o corroborar el beneficioso efecto psicológico atribuido por diferentes autores a la Cirugía Conservadora de la mama, efecto que no fue comprobado en el presente trabajo.

Desde finales del pasado siglo reaparecieron las primeras manifestaciones del interés científico por los aspectos psicológicos y sociales vinculados al cáncer. Las primeras publicaciones relativas a la educación pública, en aras de lograr la detección precoz de signos tempranos de la enfermedad aparecen alrededor de 1915 (Holland, 1992 y Holland, 1992)

Sin embargo, la participación de las particularidades psicobiológicas de las personas y su predisposición a contraer determinadas enfermedades entre ellas el cáncer, es un hecho que se asume desde los tiempos de Hipócrates antes de nuestra era y con Galeno en la Edad Antigua. Este último pensador en su momento llegó a hacer proposiciones realmente sorprendentes para su época. Señaló que las mujeres flemáticas eran más propensas a enfermar de cáncer de mama que las sanguíneas. (Contrada, Leventhal y O'Leary, 1990)

Este presupuesto articulado en un marco conceptual y metodológico diferente, ha tomado cuerpo en algunas teorías que tratan de demostrar el vínculo entre los factores psicológicos y sociales y las neoplasias malignas. En particular en el caso del cáncer de mama especialmente en la mujer, que es quien presenta una mayor incidencia a nivel mundial de esta enfermedad, la cual también constituye la primera causa de muerte por cáncer en el sexo femenino en los países con economía propia del primer mundo. El tener en cuenta esta alta incidencia, conduce a asumir que el negativo impacto psicosocial del cáncer y la mastectomía

representa un importante problema social que reclama urgente solución. (Meyerowitz, 1980)

Desde hace más de tres décadas numerosos estudios se han consagrado a evaluar el impacto psicológico de los tratamientos quirúrgicos, especialmente en la mujer con cáncer. En la literatura sobre el tema es frecuente la investigación de determinados efectos psicológicos más específicos consecuentes a los diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas de elección.

Este estudio tiene como propósito ofrecer información acerca de las repercusiones en la esfera de la auto percepción corporal que pueden diferencialmente tener los mencionados tipos de intervención quirúrgica de la mama interactuando con la función amortiguadora de los afrontamientos y teniendo en cuenta el grado de conocimiento del diagnóstico por parte de la paciente. Las investigaciones de referencia (Schover, 1994; Mock, 1993; Blichert-Toft. 1992, y Suárez V, 2000) reportan sin excepción, un determinado deterioro de la imagen corporal, tanto en los grupos de mujeres que recibieron mastectomía radical modificada, como en los que se sometieron a cirugía conservadora.

Este daño psicológico focalizado en la autopercepción corporal se incrementa hasta alcanzar niveles que lo hacen estadísticamente significativo en los grupos que sufrieron mastectomía radical modificada, según los reportes. (Schover, 1994, Yilmazer, Aydener A. Ozkan et al, 1994)

En prácticamente todos los estudios hay una tendencia explícita o no, a enfatizar en la solidez del carácter negativo del tratamiento quirúrgico de la mama, en calidad de estresor, en particular en el caso de la mastectomía radical modificada. Sin embargo es menos tenido en cuenta el grado de conocimiento de que ha tenido una enfermedad que como el cáncer es además de estigmatizante, recurrente y constituye una amenaza para la integridad y estabilidad personal, familiar y social de la enferma.

Al mismo tiempo, parece subvalorarse la importancia y significación determinante del papel mediador de la personalidad, de los afrontamientos activos, e incluso de la negación, en el ajuste a la enfermedad, a sus secuelas y limitaciones, y a las del tratamiento en la calidad de vida y en el pronóstico de sobre-vida del enfermo de cáncer de diferentes localizaciones.

Este último hecho ha sido suficientemente demostrado, en particular con pacientes de cáncer de mama, incluyendo aquellas con enfermedad metastásica, por numerosos investigadores del tema, encontrando fundamento dentro del campo de la Psiconeuroinmunología, de la Oncología Psicosocial y de la Psicología Oncológica propiamente dicha. (Cooper, Cooper y Faragher, 1989; Cooper y Faragher, 1992 y Pettingale, Morris, Greer, y Haybittle, 1985)

Resulta inobjetable el hecho de que el cáncer de mama puede constituir un estresor significativo para cualquier mujer, por el impacto psicológico que tiene una enfermedad que amenaza un órgano ligado esencialmente a la sexualidad, a la auto imagen, a la feminidad, a la autoestima y a la capacidad reproductora. (Moreno y Pérez, 1997)

Sin embargo el ajuste a la enfermedad, parece depender más de los recursos de la mujer para el afrontamiento, en particular de su sistema de creencias, del apoyo social que perciba la enferma, así como de su imagen corporal íntegra. (Greer y col 1979; Greer 1992 y Pire, Rodríguez, y Villanueva, 1995)

El problema que dio origen al presente estudio se formuló a través de la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre la autopercepción corporal, los afrontamientos que utiliza la mujer mastectomizada ante su autopercepción y el tipo de cirugía a que fue sometida?

Fue corroborada previamente a la toma de decisión de realizar el trabajo, la factibilidad para el estudio del problema de la investigación. En correspondencia con el mismo y los propósitos del estudio, la investigación tuvo los objetivos que se describen a continuación.

Objetivos

1. Comparar el grupo de pacientes sometidas a mastectomía radical modificada y el grupo que recibió cirugía conservadora con respecto a la adecuación de la imagen corporal, los afrontamientos y el nivel de conocimiento del diagnóstico.
2. Determinar en cada uno de los dos grupos de mastectomizadas la asociación entre el nivel de conocimiento del diagnóstico y la inadecuación corporal percibida, el nivel de conocimiento del diagnóstico y los afrontamientos y entre los afrontamientos y la inadecuación corporal percibida.

Control semántico

Auto percepción corporal: Percepción de si mismo en tanto sujeto físicamente existente, así como del sistema de atributos físicos que caracterizan al individuo de manera relativamente estable.

Incluye la evaluación de lo percibido en forma de aceptación o rechazo de la representación física de la persona.

Modificación de la autopercepción corporal en mastectomizadas: Cambio más o menos profundo y estable en la percepción que la enferma tenía de su cuerpo en la etapa premastectomía.

Afrontamientos: Esfuerzos encaminados a reducir el impacto negativo del estrés sobre el bienestar individual. Estos esfuerzos son dirigidos hacia los determinantes del estrés y su éxito o fracaso está condicionado por diferentes factores entre los que se destacan la naturaleza de las demandas, los recursos individuales y diferentes factores situacionales. Constituyen mediadores de los efectos del estrés sobre el individuo y actúan a través de diferentes vías, una de ellas está referida a la modificación de la percepción de estresores que amenazan el bienestar.

Nivel de conocimiento sobre el diagnóstico: Profundidad del conocimiento que en correspondencia con la realidad, tiene la paciente respecto a la enfermedad que motivó la aplicación de la terapéutica quirúrgica.

Inadecuación de la imagen corporal: Estado de pena, disgusto y dolor moral que experimenta un sujeto como respuesta a la percepción de su propio cuerpo.

Material y métodos

Sujetos

Fueron incluidas todas las pacientes que acudieron a consulta de seguimiento durante el período comprendido entre el mes de enero a abril del año 2000 y que se encontraban en el período postoperatorio comprendido entre los 3 y los 12 meses.

Este criterio se sustentó en diferentes experiencias las cuales muestran que normalmente en esta etapa el paciente de cáncer ha rebasado la reacción psicológica aguda ante el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: consentimiento explícito de participación de las pacientes, de sexo femenino, con edades entre 25 y 65 años cumplidos, sometidas a mastectomía radical modificada y a cirugía conservadora en una de las mamas, clasificadas en Etapas I y II de la enfermedad, que se encontraran en el período postoperatorio comprendido entre 3 meses y 1 año, que no presentaran deformidades físicas previas al tratamiento quirúrgico anticanceroso, que tuvieran una percepción consciente del cambio físico postmastectomía y que no hubieren padecido enfermedades mentales invalidantes (psicosis crónica, demencias, retraso mental) ni trastornos psiquiátricos menores (neurosis, trastornos de personalidad, entre otros) diagnosticados por la especialidad competente antes del tratamiento quirúrgico de la mama o en el período postoperatorio inmediato.

Se consideró como criterio de exclusión la ausencia de cualquiera de los criterios de inclusión propuestos, así como el haber recibido ambos tipos de tratamientos quirúrgicos.

Para el control de los criterios de inclusión se revisaron las historias clínicas de los pacientes y se aplicó una entrevista.

Definición operacional

Variables	Definición operacional	Escala de clasificación
Edad	25-35 años 46-55 " 56-65 "	Se consideró en cada caso la edad en años cumplidos.
Ocupación	Ama de casa Trabajadora Jubilada	Se consideró a aquella a la cual se dedica la mujer como actividad fundamental.
Escolaridad	Primaria Secundaria Preuniversitaria Universitaria	Se tomó el último nivel escolar aprobado.
Relaciones de pareja	Presentes Ausentes	Si tiene relaciones estables, legalizadas o no. No mantiene relaciones, o no son estables
Presencia de hijos	Con hijos Sin hijos	Si en algún momento de su vida concibió y logró tener un hijo al menos Si no ha tenido hijos.

Nivel de conocimiento sobre el diagnóstico que motivó la intervención quirúrgica	a. Impreciso o Poco preciso b. Preciso	a. Si refiere nódulo premaligno o nódulo b. Nódulo maligno o similar.
Inadecuación corporal percibida	Índice Global de Inadecuación corporal. Índice de Severidad de Síntomas positivos Índice Total de Inadecuación corporal	355-286 Muy intenso. 285-215 Intenso 214-144 Moderado 143-107 Leve 106-0 No alteraciones.
Afrontamientos	Centrado en el problemas Búsqueda de apoyo social Evitación Autoculpabilización Fantasear	Se tomará el promedio más elevado en las diferentes categorías.

Instrumentos

Se aplicó una entrevista en la que se incluyó el consentimiento informado de los pacientes y se controlaron las variables sociodemográficas propuestas: edad, escolaridad, ocupación, relaciones de pareja y presencia de hijos.

Escala de estilos de afrontamientos (EA): Este es un instrumento que fue propuesto por Susan Folkman y Richard Lazarus en 1980. En 1987 fue reducido por Vitalino y colaboradores y adaptado al español por Flórez en 1993 para evaluar los procesos de afrontamiento (81). Fue diseñado por los autores como una escala autoadministrable, y ha sido utilizado en el país en numerosos estudios con éxito, por lo que dispone de criterios de validez suficientemente demostrados en particular en lo relativo a los modelos transaccionales sobre el estrés.

Test de inadecuación corporal (B.U.T.) (Body Unnesseness Test): Es también una escala autoaplicable, elaborada por M. Cuzzolaro, G. Viltrone y GF Marano en la década de los años 80, con una versión española en 1988, realizada por A. Ramacciotti. Forma parte originalmente de un Inventario de Autoevaluación que consta de cuatro escalas, construido para ser aplicado en el estudio de los Disturbios del Comportamiento Alimentario.

El BUT se propone como objetivo indagar el grado de inadecuación percibida por el sujeto en relación con su propio cuerpo.

Consta de dos partes en cada una de las cuales el método de atribución de puntaje se basa en una escala tipo Likert que va de 0 a 5.

La primera parte tiene 34 ítems y abarca 5 factores: preocupación con la imagen física, evitación social, autocontrol compulsivo (de los cambios del cuerpo), despersonalización y fobia del peso.

Los ítems correspondientes a esta última subescala fueron modificados y referidos al físico, obviando la relación con el peso corporal. La primera parte de la prueba permite obtener el llamado por los autores Índice Global de la Gravedad del Disturbio. Se obtiene por la media aritmética del puntaje total obtenido.

La segunda parte se focaliza en la identificación de los diferentes componentes de la imagen corporal que generan más inconformidad en el sujeto. Se evalúa a través de la obtención de dos índices: el Índice de Síntomas Positivos (PSI) que se calcula sumando el número de ítems con un puntaje igual a 0 y mayor de 1, y el Índice de Severidad de Síntomas Positivos que resulta de la media aritmética del índice de Síntomas Positivos.

El test no tiene elaborado un puntaje de corte ni para las escalas ni para los puntajes totales ya que no ha sido estandarizado. Los autores colocan en los examinadores la responsabilidad de interpretar los resultados, proponiendo para ello la creación de normas a partir de las indicaciones generales de la valoración.

Este test ha sido muy poco utilizado en el país, aunque ha demostrado comprensión y aceptación en las situaciones en que ha sido probado y a las cuales se ha hecho referencia.

Procedimientos

Todo el procedimiento que se siguió para el estudio de las pacientes se ciñó estrictamente a la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983. Se tuvo especial cuidado en preservar la identidad de los participantes, en respetar el derecho de éstas al anonimato, así como a decidir libremente su participación en el estudio. Se utilizó una consigna oral, y el consentimiento de participación se recogió verbalmente.

Fue propósito esencial ofrecer a las pacientes que colaboraron en el trabajo, un máximo de privacidad y confidencialidad. La aplicación de las pruebas se realizó de forma individual por dos psicólogas.

Estadística

El procesamiento estadístico de los datos primarios fue realizado utilizándose los paquetes de Programas Dyane (para Windows) y D'Base. Con estos se elaboraron las tablas estadísticas y se realizaron las distribuciones de frecuencia de los datos primarios a partir de la tabulación simple. Se realizó tabulación cruzada y se utilizó la Prueba Chi Cuadrado de independencia y homogeneidad, para determinar las relaciones de dependencia entre las variables en estudio. El Coeficiente de Contingencia fue utilizado en todos los casos posibles con el propósito de determinar el grado de relación entre los conjuntos observados. Se utilizó el Coeficiente de Correlación momento-producto de Pearson en el análisis intergrupo a fin de mejorar la obtención de los resultados mediante la combinación de métodos estadísticos teniendo en cuenta el tamaño de los grupos.

Resultados

Los valores obtenidos como resultado de la aplicación de los estadígrafos mencionados indican que en la población estudiada conformada por 16 pacientes sometidas a MRM y 24 mujeres a C.C. no parece existir relación significativa entre: el tipo de tratamiento quirúrgico empleado y un conjunto de variables, representadas por la edad, la ocupación, la escolaridad, las relaciones de pareja, la

presencia de hijos, la etapa de la enfermedad, el período de tiempo posquirúrgico y el nivel de conocimiento del diagnóstico.

Con respecto a la inadecuación percibida en la imagen corporal resultó que en el Grupo 1, (M. Radical Modificada) fue mayoritaria la inadecuación corporal Leve, siendo de 31,25%, y en el Grupo 2, (C. Conservadora) se destacó la ausencia de inadecuación corporal con un 41,67%. Los valores obtenidos en las pruebas estadísticas utilizadas proponen la ausencia de relación entre el tipo de cirugía recibido y la inadecuación corporal percibida, en la población estudiada.

En el Grupo 1 (MRM) resultó predominante el tipo de afrontamiento activo Centrado en la Solución del Problemas, en el 37,50%, seguido por el Fantasioso, en el 25%. En el Grupo 2, (C.C), el afrontamiento que alcanzó valores más altos fue el de Búsqueda de Apoyo Social en el 41,67% y en segundo lugar el tipo de afrontamiento Centrado en la Solución del Problema, en el 25%. Las diferencias observadas en ambos grupos de pacientes en lo relativo a los afrontamientos utilizados, parecen ser debidos al azar, ya que según los valores de la Prueba Chi Cuadrado, y los coeficientes de Contingencia y de Correlación de Pearson no hay relación demostrada entre el tipo de cirugía y los afrontamientos utilizados por las pacientes.

No se reportaron diferencias estadísticamente significativas en lo relativo al nivel de conocimiento del diagnóstico entre ambos grupos quirúrgicos.

El análisis intragrupo reportó los siguientes resultados: en el Grupo 1 (MRM) los valores obtenidos por la aplicación de los métodos estadísticos referidos no permitieron establecer la existencia de asociación entre el nivel de conocimiento del diagnóstico y la inadecuación corporal, así como tampoco entre el nivel de conocimiento del diagnóstico y el tipo de afrontamiento. De igual forma no se apreció asociación estadísticamente significativa entre el tipo de afrontamiento y la inadecuación corporal postmastectomía. En el Grupo 2 sometido a C. Conservadora los resultados obtenidos por la utilización de las pruebas estadísticas referidas indicaron la existencia de una asociación estadísticamente significativa para un nivel de 0,05 entre el tipo de afrontamiento y el nivel de conocimiento del diagnóstico.

No se halló con estos métodos estadísticos, asociación entre el conocimiento del diagnóstico y la inadecuación corporal en este grupo, y tampoco se reportó asociación entre el tipo de afrontamiento y la inadecuación corporal.

Discusión de los resultados

El análisis de los resultados, válido sólo para el presente estudio, indica que en esta población no se corroboró el beneficioso efecto protector desde el punto de vista psicológico de la cirugía conservadora en relación con la adecuación-inadecuación de la imagen corporal, tan defendido por numerosos autores, algunos de los cuales fueron mencionados anteriormente.

Por otra parte la hipótesis implícita en el trabajo, se cumple parcialmente, ya que tanto los afrontamientos, como el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico - muy ligado a determinados afrontamientos- parecen estar estadísticamente asociados, al menos en el Grupo 2 sometido a Cirugía Conservadora, que es coincidentemente mayoritario en la población.

Debe tenerse en cuenta que la población en este estudio fue relativamente pequeña, en aras de cumplir estrictamente con los criterios de inclusión

previamente establecidos. No resulta estéril suponer que el aumento del número de unidades de análisis y observación podría en alguna manera inducir modificaciones en los resultados reportados que son objeto de análisis. Queda pendiente para estudios posteriores la profundización en este interesante aspecto.

Los hallazgos obtenidos, por ser preliminares (dentro de éstos se destaca la existencia de una asociación estadísticamente significativa para un nivel de 0,05 entre el tipo de afrontamiento y el nivel de conocimiento del diagnóstico), sólo alcanzan en nuestro medio carácter exploratorio, y sustentan precisamente en ello, el aporte del mismo en calidad de información novedosa. Las pacientes que reportaron tener un conocimiento más preciso y racionalmente cercano a la enfermedad que padecen y que condicionó el tratamiento quirúrgico, utilizaron con una frecuencia significativamente mayor la Búsqueda de Apoyo Social como proceso de afrontamiento a las demandas. Este hecho resulta comprensible si se tienen en cuenta que aún cuando estas enfermas habían pasado la fase aguda de reacción al diagnóstico, el impacto de saber que se tiene una enfermedad como el cáncer constituye una experiencia que para muchas personas requiere ser compartida con otros significativos para mantener la integridad psicológica.

Resulta necesaria la realización de investigaciones, no sólo de tipo retrospectivas, como la presente, que pueden incluir elementos que sesguen los resultados. Se precisa además y esencialmente de estudios cuasipropectivos. En estos con una probabilidad relativamente alta podría controlarse el sesgo impuesto a los resultados postmastectomía por valoraciones sobre la autoimagen, no asociadas a modificaciones derivadas de la intervención quirúrgica.

La elección de un tipo de intervención psicológica específicamente en la esfera de la autoimagen corporal para la mujer mastectomizada deberá en particular encaminarse a sus afrontamientos y de igual forma, deberá posibilitar la utilización de un tratamiento diferenciado al nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de que disponga cada paciente.

Antes de finalizar debe señalarse, la necesidad de realizar con cada enferma que deba someterse a una mastectomía total o parcial, un balance costo-beneficio de la elección de una u otra variante de intervención quirúrgica que integre también la evaluación desde el punto de vista psicológico. Solo así, en el marco de una relación de respeto y colaboración podrá hablarse de un auténtico beneficio psicológico, condicionado y condicionante de uno u otro tipo de cirugía, en la mujer con cáncer de mama.

Conclusiones

1. En las enfermas sometidas a Cirugía Conservadora de la mama, el afrontamiento del tipo Búsqueda de apoyo social –centrado en la regulación emocional- parece desempeñar un rol de importancia en la adecuación de la autopercepción corporal.
2. Se precisa la realización de estudios con poblaciones mayores para corroborar o refutar la débil participación de los afrontamientos en la autopercepción corporal mostrada en el presente trabajo, en mujeres sometidas a los tipos de mastectomía referidos, teniendo en cuenta los resultados que reportan numerosos estudios de referencia.

REFERENCIAS

1. Blichert-Toft, 1992. M. Breast-conserving therapy for mammary carcinoma. Psychosocial aspects, indications and limitations. Psych. Med. 24(6).4455-51.
2. Contrada RJ, Leventhal H , O'Leary A, 1990. Personality and health. In L.A. Pervin (ed) Handbook of Personality. Theory and Research. New York, Guilford.
3. Cooper CL. Cooper R. Faragher EB, 1989. Incidence and perception of psychological stress. The relationship with breast cancer. Psychosocial Med., 19.415-22.
4. Cooper CL. Faragher EB, 1992. Coping strategies and breast disorders-cancer. Psychosocial Med; 22:447-55.
5. Flórez L, 1993. La evaluación del estilo de afrontamiento. Bol. ASOCOPSIS 1993; 11(1):7-9.
6. Greer S. Morris T, 1979. Pettingale KW. Psychological respons to breast cancer: Effect on outcome. Lancet 1979:785-87.
7. Greer S, 1991. Psychological response to cancer and survival. Psychological Med. 1991;21:43-49.
8. Holland JC, 1992. Psycho-Oncology: Overview, obstacles and opportunities. Psycho-Oncology;1:1-13.
9. Holland JC, 1992. Psychcosocial variables, are they factors in cancer risk or survival? Current concepts in Psycho-Oncology, IV:25-33.
10. Meyerowitz B, 1980. Correlaciones psicosociales del cáncer de mama y sus tratamientos. Psychol Bull 1980; 87(1):108-31.
11. Mock V, 1993. Body image in women treated for breast cancer. Nurs. Res. 42(3).153-57.
12. Moreno LF. Pérez I, 1997. Mastectomía y Estética. Rev. Avances Médicos. Año IV. No. IV. Ed. Agencias Informativas Latinoamericanas S.A.
13. Pettingale KW. Morris T. Greer S. Haybittle JL, 1985. Mental attitudes to cancer and additional prognostic factor. Lancet;1:750-60.
14. Pire T. Rodríguez H. Villanueva T, 1995. Et al. La información médica al paciente oncológico y su estilo de enfrentamiento a la enfermedad. Ponencia al Congreso Oncología 95. La Habana. 1995.
15. Ramacciotti A, 1988. Inventario de autoevaluación de los Disturbios del Comportamiento Alimentario, EAT. EDI. BITE y BUT. Universita La Sapienza. DSNPEE. Italia.
16. Schover LR, 1994. Sexuality and body image in younger women with breast cancer. J. Cancer Inst. Monog.(16).177-82.

17. Suárez Vera, D.M 2000. Mastectomía y Autopercepción Corporal. Trabajo de Terminación de la Especialidad en Psicología de la Salud, ISCM-H 2000.

18. Yilmazer N. Aydener A. Ozkan S. Et al. 1994. A comparison of body image, self esteem and social support in total mastectomy and breast-conserving therapy in Turkish women. Support Care Cancer Jul. 2(4):238-41.

ANEXOS

Tabla 1 - Relación entre la inadecuación corporal percibida y el tipo de cirugía

Tipo de Tratamiento	MRM	CC	Total
<u>Grado Inadecuación</u>			
Muy Intenso	2	2	4
Intenso	2	3	5
Moderado	3	3	6
Leve	5	5	10
Muy Leve	4	11	15
Total	16	24	40

Chi cuadrado 1.94444 Significación 0,7460 4 grados de libertad.

Coefficiente de Contingencia ,21531 Pearson's .14377

MRM= Mastectomía Radical Modificada.

C.C= Cirugía Conservadora.

Tabla 2- Relación entre los tipos de cirugía y los afrontamientos utilizados

Tipo de Tto	MRM	Total
Afrontamientos	CC	
Soluc.problem.	6	12
	6	
Búsq. Apoyo	3	13
	10	

Evitación	1	3
	2	
Autoculpabiliz.	2	4
	2	
Fantasía	4	8
	4	
Total	16	40
	24	

Chi cuadrado 2,60684 Significación =,6256 4 grados de libertad
 Coeficiente de Contingencia .24735 Pearson 's R -.06131

Tabla 3 - Relación entre el tipo de cirugía y el nivel de conocimiento del diagnóstico

Tipo de Tto	MRM	Total
Conocimiento	CC	
Poco preciso	7	22
	15	
Preciso	9	18
	9	
Total	16	40
	24	

Chi cuadrado 0,71126 Significación 0,3990 1 grado de libertad
 Coeficiente de Contingencia .18157 Pearson 's R -.18464

Tabla 4 - Relación entre los afrontamientos y el conocimiento del diagnóstico en el grupo sometido a Cirugía Conservadora.

Afrontamientos	TOTAL MUESTRA		Nivel de conocimiento del diagnóstico	
	Frecuenc.	Frecuenc.	Impreciso	Preciso
			%	
	%			
	Frecuenc.			
	%			

Cent. Solución	6 37,50 2 28,57	4	44,44
Búsq. Apoyo	3 18,75 0 0,00	3	33,33
Evitación	1 6,25 0 0,00	1	11,11
Autoculpabiliz	2 12,50 1 14,29	1	11,11
Fantasía	4 25,00 4 57,14	0	0,00
Total	16 16 7 7	9	9

Chi cuadrado 10,2044 (p=0,0371) 4 grados de libertad.

Coefficiente de Contingencia . 39956 Pearson 's R -.04528

IV. CALIDAD DE VIDA

CALIDAD DE VIDA EN ENFERMOS DE CÁNCER: PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS

*Jorge A. Grau Abalo
Ivette Barbat Soler
Margarita Chacón Roger
María del C. Llantá Abreu
Coralía Massip Pérez*

Como se sabe, en los tiempos actuales ha llegado a ser popular el empleo del término "Calidad de Vida" para referirnos a muy variados fenómenos y aún hoy se debate sobre muchos problemas asociados a este constructo (Grau, 1997; Hollandsworth, 1988; Lara-Muñoz, Ponce de León, De la Fuente, 1995)

Ha sido la Oncología uno de los primeros campos en que se utilizaron medidas evaluativas de calidad de vida. En realidad, las características de la enfermedad y la necesidad de evaluación de los efectos de los tratamientos oncológicos, han sido factores facilitadores del desarrollo de estos estudios. Sin embargo, aún hoy se sigue utilizando el término de forma inadecuada o restringida, se emplean medidas evaluativas no justificadas y se proyectan programas e investigaciones que no evalúan la calidad de vida de los enfermos, como un auténtico producto de salida (*outcome*), como un resultado. En general, al examinar los problemas de la calidad de vida en Oncología se ponen de manifiesto los problemas conceptuales, metodológicos e instrumentales que subsisten con relación a este fenómeno (Méndez, Grau, 2003; Grau, 1998a, 1998b, 1999; Grau, Romero, 2001; Chacón, Grau, 2000).

El objetivo central de esta revisión es identificar los problemas asociados a la calidad de vida y su evaluación en Oncología, como una premisa importante para la actualización de este tema en su aplicación a enfermos de cáncer y el establecimiento de proyecciones de trabajo en esta dirección.

La evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer

Como se ha dicho, quizás como en ningún otro campo, la evaluación de la calidad de vida ha sido relevante en Oncología. Además de tener el cáncer una terrible connotación psicosocial en la población (Bayés, 1991), los tratamientos son intrusivos en la vida física, emocional y social de los pacientes. La medición de la calidad de vida en cáncer se ha ido convirtiendo en las dos últimas décadas en una necesidad impostergable. En un análisis infométrico entre 1994-1995 con el descriptor "calidad de vida" (Amarillo, González, Fernández, 1996), se encontraron 860 trabajos en cáncer, que constituían casi la tercera parte de todos los revisados. De las 10 revistas con mayor cantidad de publicaciones sobre calidad de vida, 6 eran de cáncer.

La mayoría de los autores (Grau, 1997; Méndez, Grau, 2003; Grau, 1998a, 1998b, 1999; Grau, Romero, 2001; Chacón, Grau, 2000; Hollandsworth, 1988; Lara-

Muñoz, Ponce de León, De la Fuente, 1995; De Haes, Van Knippenberg, 1987; Bayés, 1991; Schraub, Mercier, Orgerie, 1993; Aaronson, Beckman, 1987; Andersen, 1992) coincide en señalar como las mayores aplicaciones de estos estudios en Oncología a las siguientes:

- 1) Clarificación de aspectos técnico-médicos y de orden psicosocial relacionados con el cuidado a pacientes con cáncer.
- 2) Se ha ido convirtiendo en una variable de salida en los ensayos clínicos con nuevos tratamientos, en estudios epidemiológicos, en acciones de tamizaje de programas de control de la enfermedad.
- 3) Facilitan la toma de decisiones sobre la efectividad de una terapia y permiten la valoración de costos-beneficios y otros análisis.
- 4) Se ha podido incorporar como medida en los estudios de supervivencia.
- 5) Han clarificado el proceso de soporte o apoyo en la etapa terminal.

Muchos investigadores incluyen la calidad de vida en pacientes con cáncer sin asumir una definición al respecto. Al no existir una clara definición de la calidad de vida, otros han asumido diversas dimensiones en su operacionalización en cáncer y elaboran instrumentos que no reúnen los requisitos mínimos de validez y confiabilidad. En las TABLAS 1 y 2 aparecen comparaciones de medidas elaboradas en estudios con cáncer, que reflejan lo planteado (Hollandsworth, 1988, Schraub, Mercier, Orgerie, 1993). Puede observarse la gran variedad disponible. Algunos indicadores se refieren a aspectos completamente distintos (el funcionamiento físico, por ejemplo, puede estar asociado a depresión medular, trastornos digestivos o capacidad para una dieta regular). A veces se superponen los indicadores.

Usualmente se incluyen condiciones físicas, bienestar psicológico y ejecución de actividades. Sin embargo, menos de la mitad han incluido el funcionamiento y el apoyo social, este último puede determinar gran parte de las varianzas inexplicadas en indicadores de bienestar (Shaw, 1977). Aspectos materiales han sido incluidos en pocos estudios, a pesar del impacto de la enfermedad en el bienestar económico del paciente y que se sabe que estos enfermos están más insatisfechos en el orden socioeconómico que la población normal (Irwin, Gottlieb, Kramer, et al, 1982). Indicadores globales han sido escasos, pudiendo ser útiles como criterios para evaluar el peso específico de muchos componentes. En personas normales, la vida familiar, el funcionamiento personal y la posición económica se han convertido en predictores del bienestar global (Campbell, Converse, Rodgers, 1976; Andrews, Withey, 1978); mientras que en estos enfermos los síntomas físicos son mejores predictores de calidad de vida global (Linssen, Hanewald, Huisman, et al, 1982; De Haes, Pruyn, Van Knippenberg, 1983, De Haes et al, 1989), pero esto varía de un tipo de enfermo a otro, de una cultura a otra.

En los estudios subsisten muchos otros problemas metodológicos. Las muestras son generalmente menores de 25 sujetos, no se controlan variables de trasfondo, como determinados parámetros médicos (tipo de tumor, tratamiento, estadio), variables demográficas y cambios de trabajo, que pueden explicar gran parte de la varianza en los estudios (Hollandsworth, 1988). Se emplean medidas validadas en población general y en pacientes no oncológicos y psiquiátricos, que no exploran áreas específicas en cáncer (Grau, 1997; Hollandsworth, 1988; Schraub, Mercier, Orgerie, 1993).

La TABLA 3 presenta los resultados en confiabilidad y validez obtenidos en algunos de los instrumentos específicos para cáncer. Al no ser la calidad de vida una variable estable, se han utilizado otros procedimientos para determinar la fiabilidad. La validez de contenido ha sido generalmente hallada por criterios profesionales, sólo en pocos estudios se incluye la opinión de los propios pacientes. Se han calculado incorrectamente índices de validez de contenido; también se ha estudiado la validez concurrente y predictiva, comparando con otros instrumentos y criterios como el tiempo de sobrevida, que no es el más adecuado.

Tabla 1. Operacionalización de calidad de vida en instrumentos dedicados a evaluarla en pacientes con cáncer. (Modificado de De Haes y Van Knippenberg, 1987).

Instrumentos	FISICA	PSICOL.	SOCIAL	MATERIAL	GLOBAL
ABILITY INDEX (Iszak, Medalie, 1971)	X	X	X	X	X
ACSA (Yates et al, 1981)					X
ECOG (Zubrod et al, 1960)	X			X	
EORTC (Aaronson et al, 1984)	X	X	X	X	X
KPS(Karnofsky, Burchenal, 1949)	X			X	X
LASA (Priestman et al, 1976, 1981)	X	X		X	X
QOL INDEX I (Gough et al, 1983; Sugerbaker et al, 1982)	X	X	X	X	X
QOL INDEX II (Padilla et al, 1983)	X	X	X	X	X
RSLC(De Haes et al, 1983;Trew, Maguire, 1982)	X	X	X	X	X
SYMPTOM CHEKLIST (Huisman, 1981;	X	X		X	X

Linssen et al, 1981)					
VITAGRAM (Nou et al, 1980)	X			X	

Tabla 2 - Cuestionarios auto administrados específicos para cáncer. (Modificada de Schraub y cols, 1993)

Instrumentos	No. de ítems	Aspectos explorados (% de preguntas)			
		Física	Psicológica	Social	Globa
ACSA(Berheim, 1983)	1	0	0	0	100
FLIC(Schipper, 1984)	22	50	34	16	0
LASA(Priestman, 1976)	25	60	20	20	0
LASA(Coates, 1983)	6 + 1	0	68	16	16
EORTC - Cuestionario autoadministrable	30	60	27	10	3
BESANCON (Schraub, 1987)	23	35	39	26	0
PADILLA(Padilla, 1983)	14	50	34	16	0
BRIEF POMS(Cella, 1987)	11	0	100	0	0
COATES(Coates, 1987)	7	0	100	0	0
BCQ - Breast Cáncer Chemotherapy(Levine, 1986)	30	47	43	10	0

De todos los instrumentos tradicionales en Oncología, el Índice de Karnofsky es el más conocido. Es una escala de 10 puntos para evaluar capacidad funcional en diversas actividades, por observación e interrogatorio. Ha sido muy criticada por la subjetividad que pone el examinador (bajas correlaciones encontradas entre puntuaciones asignadas por diferentes médicos), así como por las dificultades encontradas para puntuar a pacientes en el extremo superior (Bayés, 1991;

Astudillo, et al, 1995). Las Escalas del Grupo Cooperativo Oncológico del Oeste (ECOG) y la de Mosley son similares (Grau, 1997; Astudillo, et al, 1995; Bejarano, De Jaramillo, 1992). A pesar de estas limitaciones, siguen empleándose indiscriminadamente bajo el supuesto de que la autonomía funcional es un indicador clave de la calidad de vida de estos pacientes.

Las Escalas Análogo-visuales (EVA) se encuentran en la base de muchos instrumentos recientes. Permiten que el paciente mismo se ubique en una línea continua, en cuyos polos están valoraciones contrapuestas en relación a lo que se pregunta. Son autoadministrables y se someten a medición para investigaciones y comparaciones clínicas de síntomas.

Una escala de validismo, muy empleada en pacientes de cáncer es la de Katz (1986), que evalúa funcionamiento cotidiano en 6 áreas: bañarse, vestirse, orinar y defecar, transportarse, continencia y locomoción.

Tabla 3 - Índices de confiabilidad y validez de instrumentos usados en cáncer (Modificado de De Haes, Van Knippenberg, 1987).

INSTRUMENTO	CONFIABILIDAD	VALIDEZ
ACSA (Yates et al, 1983)	Inter-evaluadores	De contenido
EORTC (Aaronson et al, 1984)	Consistencia interna: 0.69/0.82	Discriminante, de constructo
KPS (Karnofsky, Burchenal, 1949)	Test-retest:0.66 Inter-evaluadores:0.69	Concurrente, convergente, predictiva
QOL INDEX I (Gough et al, 1983; Sugerbaker et al,1982)	Consistencia interna:0.78 Inter-evaluadores: 0.81/0.84	De contenido, convergente, discriminante
QOL INDEX II (Padilla et al, 1988)	Consistencia interna:0.88 Test-retest:0.80	De contenido, de constructo, concurrente, discriminante
RSLC (De Haes et al, 1983; Trew, Maguire, 1982)	Consistencia interna:0.89	De contenido, concurrente, discriminante
SYMPTOM HEKLIST (Huisman, 1981; Linssen et al, 1981)	Consistencia interna:0.80	De contenido, discriminante, predictiva
VITAGRAM (Nou et al, 1988)	-----	Predictiva

Estudios realizados (Maguire, 1984) han revelado que en el 80 % de las pacientes mastectomizadas, la ansiedad o la depresión no eran reconocidas como tales por sus cirujanos. Quejas de este tipo suelen ser consideradas normales, comprensibles o que no necesitan tratamiento. Por esta razón se utilizan frecuentemente las Escalas Breves de Ansiedad y Depresión de Goldberg (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones, et al 1988), de valor clínico por su sencillez y rapidez, cuando hay puntuaciones mayores de 8 (en ansiedad) y de 2 (en depresión) (Astudillo, et al, 1995).

Las Escalas Análogo-visuales (EVA) y las Escalas Analógicas Lineales de Autoevaluación (LASA) han sido empleadas por varios autores (Priestman, Baum, 1976) al evaluar respuestas específicas a corto plazo durante el tratamiento. También se han utilizado otras mediciones más globales, de probada validez y confiabilidad, entre ellas el Índice de Spitzer (QLI) (Spitzer, 1981), para 5 dimensiones: ocupacional, doméstica y otras actividades principales y de la vida diaria, salud, apoyo de familiares u otros allegados y actitud ante la vida, con una magnitud global de cada dimensión en una escala de 0-5. La Escala Única de Calidad de Vida (QLU), también de Spitzer, es una EVA de calificación sumaria global. Estos instrumentos están diseñados para el uso por los propios enfermos, por personas importantes para ellos y por los profesionales de la salud.

El Índice de Calidad de Vida de Padilla (Padilla, Grant, 1985) se derivó de una medición originalmente propuesta por Presant (Presant, Klahr, Hogan, 1981), que incluía condiciones físicas, actitudes de los pacientes, bienestar y apoyo. Padilla luego añadió ítems para bienestar psicológico y físico, imagen corporal, respuesta quirúrgica y intereses sociales.

Schipper (Schipper, Clinch, Mc Murray, 1984) fue el primero en aplicar el Índice de Vida Funcional en Cáncer, conocido como FLIC, que contiene 22 ítems referidos a síntomas y dolencias asociadas al tratamiento, impacto de la enfermedad, manejo del funcionamiento físico, psicológico y social. Puede ser diariamente completado por los pacientes, aunque aún no se conocen las variaciones de puntuaciones a lo largo del tiempo. Probado originalmente en 837 pacientes canadienses, ha generado diversas variantes y traducciones.

Muchas otras técnicas se han desarrollado con propósitos específicos: el BCQ, creado por Levine y colaboradores (Levine, Guyatt, Gent, 1988) para evaluar el impacto de la quimioterapia en pacientes en etapa II de la enfermedad, que trata de superar dificultades metodológico-instrumentales en la construcción de otras medidas; las Escalas LASA de Coates (Coates, 1987), para comparar el impacto de diversas modalidades de quimioterapia, etc.

Los instrumentos de calidad de vida en cáncer se usan cada vez más para reinsertar laboralmente a los pacientes, determinar el impacto de la psicoterapia, evaluar nuevas drogas y obtenerlas para los laboratorios certificados de "marketing", conocer efectos de toxicidad y recaída al integrarlos a las curvas de sobrevida, etc. (Grau, 1997, 1998a, 1998b, 1999; Schraub, Mercier, Orgerie, 1993).

Aun así, quedan aún muchos problemas por resolver y hallazgos contradictorios sin esclarecer. La investigación en este campo sigue siendo necesaria.

La evaluación de la calidad de vida en pacientes terminales

Los estudios en calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado se han incrementado con el desarrollo de los llamados "Cuidados Paliativos". Para muchos, el significado del término "paliar" es precisamente, preservar calidad de vida, disminuyendo el sufrimiento (Astudillo, et al, 1995; Bejarano, De Jaramillo, 1992, Arrarás, Wright, Ahmedzal, 1995; Grau, Lence, Jiménez, et al, 1995; Gómez Sancho, 1994; Jiménez, Grau, Noriega, et al, 1995; Limonero, Bayés, 1995; Bayés, Barreto, 1992; Twycross, 1990; Sanz, 1990).

La calidad de vida en los Cuidados Paliativos hay que verla como la característica que hace a la vida deseable, aceptable para quien la vive y, por tanto, no puede imponerse desde fuera (Sanz, 1990). Incluso, han surgido los llamados "testamentos vitales" (Bejarano, De Jaramillo, 1992; Sanz, 1990), documentos en los cuales el paciente deja constancia de su voluntad priorizando su calidad de vida.

En el plano conceptual, no dejan de estar presentes las polémicas. Limonero y Bayés (1995) anteponen el concepto de bienestar al de calidad de vida, aduciendo el peso específico diferente de algunas dimensiones y la mayor estabilidad de los indicadores de calidad de vida.

Otros autores definen la calidad de vida en pacientes terminales como la suma total de las influencias de la enfermedad y la muerte sobre las experiencias y aspiraciones de los pacientes y sus familias (Ahmedzal, 1993). Ahmedzal recomienda que su evaluación debe cubrir varias dimensiones claves: síntomas físicos, rol físico y funcionamiento social, distrés psicológico, función cognitiva, imagen corporal y funcionamiento sexual, y debe añadir: satisfacción con la información y con el cuidado, magnitud del control y la autonomía, grado de satisfacción espiritual. En realidad, hasta hace muy poco ha habido una escasez de estudios focalizados en otros síntomas, además del dolor, y en otros problemas, aparte de los síntomas físicos. En los últimos años emergen estudios que demuestran que la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, en cualquier tipo de institución de Cuidados Paliativos (hospicio, unidad hospitalaria, hogar) constituye el principal foco de atención.

No pocas dificultades se levantan en la investigación de la calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado. Se presentan altos requisitos metodológicos para solucionar la mayor parte de estos problemas: la frecuencia y la temporalidad de las evaluaciones, el hecho de que la mayoría de los instrumentos de uso corriente han sido creados para ensayos clínicos en cáncer, la no pertinencia de cuestionarios muy largos cuando los pacientes son incapaces de hablar o de tomar un bolígrafo, etc. Hay además aspectos éticos: el muestreo al azar, el consentimiento informado, la propia resistencia del equipo de cuidados al considerar algunos de los instrumentos autoclasificatorios como muy intrusivos (Ahmedzal, 1991). No siempre es fácil refutar estos argumentos.

Por otra parte, instrumentos específicos para evaluar calidad de vida en Cuidados Paliativos están todavía en desarrollo (Grau, 1999). Bruera y cols., han propuesto el Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) para evaluar los Cuidados Paliativos (Bruera, Kuehn, Miller et al, 1991). Limonero ha creado un instrumento para evaluar bienestar en enfermos terminales (Limonero, 1993). Recientemente, Bayés y un grupo de psicólogos españoles han propuesto una metodología para evaluar el sufrimiento y el bienestar, basada en los tiempos de espera cronológico y subjetivo, que han aplicado a enfermos terminales y que ha sido sometida a varios procesos de validación en España y en Cuba (Bayés, 1998a, 1998b, 2000; Bayés, Arranz, Barbero, Barreto, 1996; Bayés, Limonero, Barreto, Comas, 1995; 1997; Grau, 2003).

En los estudios con cáncer avanzado, se han usado cuestionarios que se han construido para estadios más tempranos; de hecho, muchos de los descritos en párrafos anteriores se emplean para evaluar aspectos de la atención paliativa, pero se objeta frecuentemente la pertinencia de usar estos instrumentos en pacientes terminales (Arrarás, Wright, Ahmedzal, 1995; Limonero, Bayés, 1995).

En realidad, los objetivos de los Cuidados Paliativos son diferentes de aquellos en estadios tempranos de la enfermedad; esto debe tenerse en cuenta para la construcción de ítems en las nuevas medidas de calidad de vida. Algunos ítems de instrumentos estandarizados son totalmente inapropiados para pacientes encamados por prolongados períodos y que están limitados en el funcionamiento social y de roles. Instrumentos muy aceptados, como el desarrollado por el Grupo de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer: EORTC QLQ C-30, indagan, en su cuestionario raíz, sobre síntomas comunes, como dolor, náuseas y disnea, pero no sobre otros que suelen aparecer en el cáncer avanzado, como: problemas en la boca, sudoraciones, decaimiento, linfedema, etc.

Muy pocas medidas de calidad de vida han sido construidas dirigidas al distrés espiritual (o a su reverso: sensación de paz y tranquilidad), relevante en los pacientes terminales. Espiritualidad no se refiere estrictamente a religiosidad, sino en un sentido más amplio: sensación de inutilidad, pérdida de propósitos, sentimientos de aislamiento, culpas, vergüenza o descontento, realización personal, sentimientos de apoyo y amor. De acuerdo con Arrarás (Arrarás, Wright, Ahmedzal, 1995), a medida que se concientice que estas son las áreas más difíciles para cuantificar, pero las más necesarias, se irá distinguiendo la evaluación en estos enfermos, lo que permitirá obtener mejores indicadores de evaluación de los Programas de Medicina Paliativa. Hasta ahora, su control incluye índices de proceso (porcentaje de médicos, enfermos y familiares informados de normas y posibilidades de alivio del dolor), de impacto (disponibilidad de morfina, adopción de normas de alivio del dolor en hospitales) y de resultado (porcentaje que recibe morfina, supresión del dolor en una magnitud dada de pacientes) (OMS, 1995), pero no se incorporan todavía indicadores de bienestar subjetivo o de calidad de vida percibida por el paciente y sus familiares.

Se han reportado pocas investigaciones que utilicen medidas de ese tipo para evaluar Programas de Cuidados Paliativos. Jarvis y cols. consideran 4 índices a medir: a) alivio de síntomas, b) satisfacción con el cuidado por pacientes y familiares, c) utilización de recursos de la comunidad, y, d) buena moral de enfermería y bajo estrés en el equipo; los autores miden la satisfacción con una escala adaptada de Kristjanson (Jarvis, Burge, Scott, 1996).

Corrientemente se asume que los pacientes terminales son incapaces o completan de mala gana cuestionarios estandarizados de calidad de vida, a causa del agotamiento, la debilidad, la confusión, o de otras inhabilidades físicas o mentales. Muchos pacientes, desde luego, consumen opiáceos, psicofármacos u otros medicamentos con posibles efectos adversos sobre las funciones cognitivas; pero, por otra parte, sus procesos mentales pueden ser afectados por amnesia, hipercalcemia u otros disturbios metabólicos o relacionados con el tumor. La certeza de la extensión de esta limitante no ha sido establecida definitivamente (Arrarás, Wright, Ahmedzal, 1995); por eso, junto a instrumentos para calidad de vida, suelen aplicarse pruebas cognoscitivas sencillas como el Mini-mental Test (Astudillo, et al, 1995).

Todas estas dificultades plantean enormes requisitos metodológicos y prácticos a la investigación de la calidad de vida en estos enfermos. Bayés y Barreto (1992) han sistematizado algunos requerimientos de construcción de este tipo de instrumentos.

En 1993 se creó un Grupo de Trabajo de la EORTC para el estudio de la calidad de vida de pacientes con Cuidados Paliativos. Este Grupo parte de reconocer que los pacientes con cáncer avanzado tienen específicas características con relación a la enfermedad y el tratamiento, que deben ser tomadas en cuenta. Desde esta fecha, se ha venido trabajando en la evaluación de la pertinencia del EORTC QLQ C-30 para Cuidados Paliativos, así como la elaboración de un módulo adicional al cuestionario raíz. Los resultados de este estudio han sido revisados en literatura especializada (Arrarás, Wright, Ahmedzal, 1995). Se han hecho recomendaciones en aspectos tales como: la pertinencia de otros ítems, analizar resultados con síntomas como la disnea, la revisión del papel que juegan variables espirituales positivas, la forma de administración dadas algunas limitaciones de las funciones cognitivas, la revisión de criterios de inclusión en los estudios, la evaluación de la responsividad al cambio y la repetitividad del instrumento, etc.

Desde 1993, en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de la Habana (INOR) se ha venido trabajando en la elaboración de una versión para cáncer avanzado del instrumento propuesto por A. Font, en 1988 (Font, 1988), para tener indicadores de control y evaluación del programa cubano de Cuidados Paliativos, actualmente en su primera fase de implementación. La versión cubana del instrumento ha sido aplicada a decenas de pacientes que se encontraban hospitalizados o eran tratados en el nivel de atención primaria. El instrumento, basado en la concepción del autor sobre calidad de vida como valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud, adoptaba la forma de un cuadernillo con escalas análogo-visuales en cada página, para síntomas y otros parámetros experimentados en las últimas 24 horas. Se podía así evaluar repetidamente: percepción de síntomas, presencia de molestias y otras complicaciones, limitación de actividad vivenciada, autoimagen corporal, estados emocionales, satisfacción con las relaciones interpersonales, preocupaciones, incentivos, motivaciones, presencia de ilusión, afrontamientos, percepción de apoyo, etc.

En 1995 se obtuvieron los datos preliminares de confiabilidad y validez del instrumento (Grau, Jiménez, Chacón, et al, 1995), posteriormente se hicieron estudios de atención paliativa en atención primaria que ofrecieron información acerca de su sensibilidad ante intervenciones (Barbat, 1995). Actualmente, se integra la evaluación de estas dimensiones en un nuevo formato, opcional al cuadernillo, para medir la calidad de vida percibida y reportada (por médicos y familiares) en el marco de la evaluación del impacto durante su puesta en marcha del Programa cubano de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos (Grau, Chacón, et al, 2001).

En el propio Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, se han venido realizando una serie de estudios dirigidos a evaluar la calidad de vida en niños sometidos a quimioterapia y otros tratamientos. Se ha diseñado y validado un Sistema para la Evaluación de la Calidad de Vida Percibida por niños con cáncer y Reportada por sus padres y médicos (SECVPR), que permitirá el monitoreo de la calidad de vida con medidas adecuadas y confiables a niños atendidos en centros oncopediátricos cubanos, incluyendo terminales (Chacón, Llantá, Grau, et al, 1996; Llantá, Grau, Chacón, et al, 2000a, 2000b). El SECVPR, sometido a riguroso procesamiento estadístico, presenta buenas propiedades psicométricas y pondera puntuaciones de los tres proveedores de información en 29 variables. Adopta la

forma de escalas análogo-visuales, de extremos representados por caricaturas para los niños, lo que resulta ameno y asequible para ellos.

La elaboración de nuevas medidas evaluativas para pacientes terminales no reemplaza la posibilidad de que se empleen instrumentos para medir aspectos específicos que interesen en un momento determinado. Así, algunas subescalas de la versión cubana del instrumento de Font pueden usarse con fines clínicos para comparar la efectividad de acciones paliativas. En el Programa de Cuidados Paliativos del Area 1 de Madrid se emplean escalas sencillas para medir la intensidad y evolución de algunos síntomas (Gómez Navarro, López Martínez, Nespral Gastelumendi, 1996). Las Escalas Breves de Ansiedad y Depresión de Goldberg han demostrado ser útiles para evaluar cambios en estados emocionales, particularmente en pacientes con enfermedad avanzada (Barbat, 1995; Grau, 1998b, 1999; Méndez, Grau, 2003). Estos y muchos otros instrumentos se emplean con relativo éxito, pero es indispensable que se tenga bien claro la necesidad de evaluaciones integrales en estos enfermos.

Proyecciones en los estudios de calidad de vida y su repercusión en Oncología

Más allá de los aspectos de la medición y de los instrumentos empleados en Oncología, se perfila como una perspectiva interesante y de gran aplicabilidad el análisis de los resultados encontrados en diferentes estudios de calidad de vida en diversos grupos de enfermos crónicos, en comparación con pacientes con cáncer. Encontrar explicaciones a muchos resultados contradictorios, como el hecho de que a veces pacientes graves evalúan algunos aspectos de su calidad de vida de forma más "positiva" que otros con trastornos más benignos, sigue siendo un reto en pie para la investigación (Grau, 1997). Esta línea constituye toda una demanda a la investigación en relación a los actuales servicios de salud. El cáncer constituye, a estos fines, apenas un modelo de enfermedad que puede mostrar cómo estos estudios pueden ser abordados en toda su complejidad, aunando diferentes perspectivas (Grau, González, 1997).

Varias proyecciones de los estudios en calidad de vida se han desarrollado rápidamente en los últimos años y tienen su influencia en el campo de la Oncología: el de la calidad de vida en la atención paliativa, que ha sido examinado con mayor detalle, el llamado "enfoque de utilidad" que puede encontrar su expresión en la planeación del control del cáncer, tanto en las acciones preventivas como terapéuticas, así como en el perfeccionamiento de datos de registro necesarios para futuras intervenciones sanitarias; el del estudio del estrés laboral-asistencial y sus consecuencias (quemamiento o *burnout*), que afecta no sólo la calidad de los servicios de salud, sino la propia calidad de vida de los profesionales, deviniendo importante factor de riesgo de enfermar (Maslach, Jackson, 1981; Moreno, Oliver, Aragonés, 1991; Grau, Chacón, 1998c, 1999; Grau, Hernández, Chacón, 1995; Chacón, 1995, 1999; Chacón, Grau, 2003, Chacón, Grau, 2004; Arce et al, 1998), y en los efectos de la calidad de los cuidados que prestan los cuidadores familiares no profesionales, cuando no hay una adecuada alianza y preparación entre todos los intervinientes en la salud y en la calidad de vida de los enfermos (Winefeld, 1995). Por su relevancia funcional para las instituciones y la preservación de la calidad de vida laboral de los profesionales de la salud, esta dirección de investigaciones ha cobrado significativo auge en los últimos años; se ha justificado exhaustivamente su importancia y las tareas a acometer en la prevención y manejo de consecuencias en profesionales de la Oncología, particularmente en enfermeras (Chacón, 1995, 1999; Chacón, Grau, 2004), y muy especialmente, en los miembros de los equipos de Cuidados Paliativos (Grau, 1998, Chacón, 1998; Grau, Chacón, 1999; Chacón, Grau, 2003).

Y, finalmente, el enfoque que relaciona la calidad de vida con principios y retos actuales de la moderna Bioética, vinculados a muchas situaciones de atención a la salud que son inherentes al campo de la Oncología. El cáncer, como cualquier otra enfermedad crónica, que va dominando los cuadros de morbimortalidad de muchos países producto de la llamada "transición epidemiológica", constituye un recordatorio de la debilidad universal y la incertidumbre relativa de la condición humana y su abordaje clama en todo el mundo por una concepción de apoyo, justicia social y autonomía que vincula a la calidad de vida con aspectos de orden ético. Hoy en día se postula el enfrentamiento de nuevos retos éticos relacionados con esta enfermedad que centran su esencia en el mantenimiento de la calidad de vida y en la repercusión de estos vínculos en el campo de la Oncología (Méndez, Grau, 2003; Grau, González, 1997).

Consideraciones finales

Como se ha podido deducir, se abren grandes perspectivas en el estudio de la calidad de vida en el campo de la Oncología en los próximos años, que necesitarán del concurso de las ciencias médicas y la Psicooncología, como campo particular de la Psicología de la Salud, en una valoración multidireccional.

La evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer no puede apartarse de los problemas generales en la investigación de la calidad de vida relacionada con el estado de salud. Los estudios sobre calidad de vida en Oncología deben proseguir hasta obtener medidas concretas, válidas y confiables, sostenidas en un sólido aparato categorial y en fuertes marcos teóricos. Existen diferentes enfoques de partida y aún es temprano para dar conclusiones definitivas y universales.

Con todo, habrá que ir trabajando con medidas que han demostrado ser localmente útiles, hasta que se alcance la meta de crear y validar instrumentos de alcance universal, para usos clínicos y de investigación, que permitan, incluso la comparación de diferentes grupos de pacientes, en diversos estadios, en países también diferentes. No pueden desecharse las experiencias acumuladas en pacientes con cáncer hasta el presente. Antes de crear nuevas medidas, será pertinente analizar con profundidad si alguna de las ya existentes, con propiedades psicométricas aceptables o susceptibles de perfeccionamiento en nuestras propias condiciones, puede ser útil para un objetivo establecido de antemano. Está claro que la evaluación de la calidad de vida, como un gigantesco constructo, no puede lograrse de una vez, con abstracción de los objetivos particulares de un estudio dado, de límites bien establecidos.

La evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado, si bien requiere de especificidad en las medidas, no podrá separarse totalmente de los objetivos generales de su evaluación en enfermos en distintos estadios. Los retos que esto engendra incorporarán a especialistas de diverso perfil profesional, aglutinados en esta nueva proyección, que permitirá perfeccionar los propios controles del trabajo cotidiano con enfermos terminales y, por ende, la evaluación de los Programas de Cuidados Paliativos.

La Oncología se irá abriendo, cada vez más, a la valoración multidisciplinar y multidimensional que reclaman las nuevas proyecciones en el abordaje de la calidad de vida, profundizando en la investigación de los factores subjetivos que conducen al bienestar/malestar de muchos pacientes y que permiten explicar los procesos que llevan a esas personas a la satisfacción, los mecanismos con los cuales ellas afrontan, resisten e integran estos mismos factores que, como en el cáncer, están deteriorando su vida. El aporte de los estudios de los estilos de vida, de los afrontamientos y el ajuste a la enfermedad, de las habilidades funcionales

conservadas, del estrés y el dolor y su impacto inmunológico, y de muchas otras variables que aquí se interconectan realmente, permitirán un avance de la investigación de la calidad de vida en Oncología.

Referencias

Aaronson, N.K., Beckman, J. (1987). *The quality of life of cancer patients*. NY: Raven Press.

Ahmedzal, S. (1991). Quality of life research in the European Palliative Care Setting. In: Osoba D (Ed) *Effect of cancer on Quality of Life*. Boca Ratón: CRC Press.

Ahmedzal, S. (1993). Quality of life measurement in Palliative Care: philosophy, science or pontification? *Progress in Palliative Care*; 1(1):6-10.

Amarillo, M.A., González, U., Fernández, F. (1996). *Cuánto se publica en Calidad de Vida? Análisis infométrico de los años 1994 y 1995 en Medline*. Laboratorio de Investigaciones Psicológicas y Sociales en Medicina. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

Andersen, B.L. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *J Cons Clin Psychol*; 60(4): 552-68.

Andrews, F.M., Withey, S.B. (1978). *Social indicators of well-being. American's perceptions of life quality*. NY: Plenum Press.

Arrarás, J.L., Wright, S.J., Ahmedzal, S. (1995). Progresos en la medición de la calidad de vida en Cuidados Paliativos. In: *Proceedings of the 8th Annual Conference of the European Health Psychology Society*. Alicante: Univ of Alicante; I: 6 27-36.

Arce, C., Chisbert, E., Guanter, L., García, I. (1998). El estrés en el equipo. En: López Imedio E (Ed) *Enfermería en Cuidados Paliativos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 257-63.

Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E. (1995). Evaluación médica del paciente terminal. En: Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E. (Eds) *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Pamplona: Univ de Navarra, 37-41.

Barbat, I. (1995). *Eficacia de los Cuidados Paliativos en la Comunidad y la Calidad de Vida del paciente oncológico*. Tesis de Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

Bayés, R. (1991). *Psicología Oncológica*. 2a ed. Barcelona: Martínez Roca.

Bayés, R. (1998a). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*; 29(4):5-17.

- Bayés, R. (1998b). Paliación y evaluación del sufrimiento en la práctica clínica. *Med Clin*; 110:740-3.(b)
- Bayés, R. (2000). Los tiempos de espera en Medicina. *Med Clin (Barc)*; 114:464-7.
- Bayés, R., Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. (1996). Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Medicina Paliativa*; 3:114-21.
- Bayés, R., Barreto, P. (1992). Las unidades de Cuidados Paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad. *Clin y Salud*; 3(1):11-9.
- Bayés, R., Limonero, J.T., Barreto, P., Comas, M.D. (1995). *Assessing suffering*. *Lancet*; 346: 1492.
- Bayés, R., Limonero, J.T., Barreto, P., Comas, M.D. (1997). A way to screen for suffering in palliative care. *J Palliat Care*; 13(2):22-6.
- Bejarano, P., De Jaramillo, I. (1992). *Morir con dignidad. Fundamentos del Cuidado Paliativo*. Santafé de Bogotá: Lab ITALMEX.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M.J. et al. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliative Care*; 7(2):6-9.
- Campbell, A., Converse, P.E., Rodgers, L.E. (1976). *The quality of american life perceptions, evaluation and satisfaction*. NY: Rusell Sage.
- Coates, A. (1987). Improving the quality of life during chemotherapy for advanced breast cancer. A comparison of intermittent and continuous treatment strategies. *N Eng J Med*; 317:1490-5.
- Chacón, M. (1995). *Burnout en enfermería*. Ponencia al Congreso Internacional de Dolor y Cuidados Paliativos, Puerto Vallarta, México.
- Chacón, M. (1998). *Burnout*. Ponencia en la Mesa Redonda del Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos. Guadalajara, México.
- Chacón, M. (1999). *Sentido de coherencia, personalidad resistente y burnout en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos*. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública, Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, La Habana.
- Chacón, M., Grau, J. (2004). *Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos*. Psicología y Salud, Universidad Veracruzana (en prensa).
- Chacón, M., Grau, J., Llantá, M., Grau, R. et al. (1996). *Confección y validación de un sistema de instrumentos para evaluar calidad de vida percibida en niños con cáncer y reportada por padres y médicos: el SECVPR*. Reporte de investigación. La Habana, INOR.
- Chacón, J., Grau, J. (2000). La calidad de vida en el enfermo terminal. En: Die Trill, M., López Imedio, E. (Eds) *Aspectos psicológicos en Cuidados Paliativos*. Madrid: Ader, 2000. .

Chacón, M., Grau J. (2003). Burnout en los equipos de Cuidados Paliativos: evaluación e intervención. En: Gómez Sancho M. (Ed) *Avances en Cuidados Paliativos*. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, Cap. 78, T. 3, 213-221.

De Haes, J.C., Pruyn, J.F., Van Knippenberg, F.C.E. (1983). Klachtenlijst voor kankerpatients, ecaste ervingen. *Ned Tijdschr Psychol*; 38:403-22.

De Haes, J.C., Van Knippenberg, F.C.E. (1987). Quality of life of cancer patients. In: Aaronson NK, Beckman J (Eds) *The quality of life of cancer patients*. NY: Raven Press.

De Haes, J.C., Van Knippenberg, F.C.E. (1989). Quality of life instruments for cancer patients: "Babel's tower revisited". *J Clin Epidemiol*; 42:1239-41.

Font, A. (1988). *Valoración de la calidad de vida en pacientes con cáncer*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.

Goldberg, D.P., Bridges, K., Ducan-Jones, P. et al. (1988). Detecting anxiety and depression in general setting. *Brit Med J*; 297:897-9.

Gómez Navarro, R., López Martínez, R., Nespral Gastelumendi, M. et al. (1996). *Programa de Cuidados Paliativos. Área I de Madrid*. Atención Primaria. Madrid: Artegraf.

Gómez Sancho, M. (1994). *Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en enfermos terminales*. Las Palmas: ICEPSS.

Grau, J. (1997). *Calidad de vida y salud: problemas en su investigación*. Tesis de Especialidad en Psicología de la Salud. Facultad de C. Médicas "C. García", Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

Grau, J. (1998a). *Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación*. Memorias de la II Jornada de Actualización en Psicología de la Salud de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud (ASOCOPSIS), Capítulo de Cali.

Grau, J. (1998b). *Burnout: una amenaza a los equipos de cuidados paliativos*. V Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos, Concepción, Chile.

Grau, J. (1998c). Calidad de vida en el enfermo con cáncer avanzado. En: Gómez Sancho, M. (Ed) *Cuidados Paliativos: atención integral a enfermos terminales*. IX Curso a Distancia. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPPS, I, 221-34.

Grau, J. (1999). La calidad de vida en los enfermos de cáncer: su evaluación. En: Gómez Sancho, M. (Ed) *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*. Madrid: Arán, 291-300.

Grau, J., Chacón, M. (1998). *Burnout: una amenaza a los equipos de salud*. Memorias de la II Jornada de Actualización en Psicología de la Salud de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud (ASOCOPSIS), Capítulo Valle de Cali.

Grau, J., Chacón, M. (1999). El desgaste profesional (burnout) en los equipos de cuidados paliativos: mito o realidad? En: Gómez Sancho, M, (Ed) *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*. Madrid: Arán, 1005-20.

Grau, J., Chacón, M., Romero, T. et al. (2001). *Evaluación del Programa Nacional de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos en su primera fase de implementación*. Memorias del 23th Annual Meeting of the International Association of Cancer Registries. Palacio de Convenciones, La Habana.

Grau, J., Hernández, L., Chacón, M. et al. (1996). *El burnout en médicos y enfermeras del Instituto de Oncología y Radiobiología*. Reporte de investigación, INOR.

Grau, J., González, U. (1997). *Ética, calidad de vida y Psicología de la Salud*. Ponencia al IV Congreso Nacional de Psicología, Santiago de Chile, Chile.

Grau, J., Jiménez, P.J., Chacón, M., et al. (1995). *Dolor y calidad de vida en pacientes oncológicos preterminales*. Reporte de investigación, INOR.

Grau, J., Lence, J., Jiménez, P.J. et al. (1995). Calidad de vida y calidad de muerte: la atención psicológica al paciente oncológico en el marco de los cuidados paliativos. Premisas de un Proyecto cubano. *Psicología y Salud; 5:111-25*.

Grau, J., Romero, T. (2001). Los enfermos de cáncer y su calidad de vida: apuntes para una reflexión. En: Aréchiga, G. y cols (Eds) *Dolor y paliación. Recursos en la Medicina Actual*. Guadalajara: Ediciones Cuéllar, 295-320.

Hollandsworth, J.G. (1988). Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: a 5-years update. *Soc Sci Med; 26:425-34*.

Irwin, P.H., Gottlieb, A., Kramer, S., et al. (1982). Quality of life after radiation therapy: a study of 309 cancer survivors. *Soc Ind Res; 10: 187-210*.

Jarvis, H., Burge, F.L., Scott, C.A. (1996). Evaluating a Palliative Care-Program. Methodology and limitations. *J Palliative Care; 12(2):23-33*.

Jiménez, P.J., Grau, J., Noriega, P. et al. (1995). Calidad de vida en el enfermo oncológico en etapa terminal: un estudio de intervención. *Psicología y Salud; 6:59-74*.

Katz, S. et al. (1986). Studies of illness in the aged: The Index of ADL. *JAMA; 185:94*.

Lara-Muñoz, M.C., Ponce de León, S., De la Fuente, J.R. (1995). Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Inv Clin; 47(4):315-27*.

Levine, M.H., Guyatt, G.H., Gent, M. et al. (1988). Quality of life in stage II breast cancer: an instrument for clinical trials. *J Clin Oncol; 6(12):1788-1810*.

Limonero, J.T. (1993). *Evaluación del bienestar en el enfermo oncológico en situación terminal*. Trabajo de investigación de Tercer Ciclo. Bellaterra, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Limonero, J.T., Bayés, R. (1995). Bienestar en el ámbito de los enfermos en situación terminal. *Med Paliativa; 2(2):5-11*.

Linszen, A.C.G., Hanewald, G.J.F., Huisman, S., et al. (1982). The development of a well-being (quality of life) questionnaire at the Neatherlands Cáncer Institute. In: *Proceedings of the 3er EORTC Workshop on Quality of Life*. Paris: 217-28.

Llantá, M.C., Grau, J., Chacón, M., Grau, R., Renó, J. (2000a). Calidad de vida percibida en niños con cáncer y reportada por padres y médicos. *Revista Psicología y Salud*; 1(10):69-77.

Llantá, M.C., Grau, J., Chacón, M., Pire, T. (2000b). Calidad de vida en oncopediatria: problemas y retos. *Revista Cubana de Oncología*, 16(3):26-32.

Maes, S., Bruil, J. (1995). Assessing quality of life children with a chronic disease. In: *Proceedings of the 8th Annual Conference of the European Health Psychology Society*. Alicante: Univ of Alicante, II:637-52.

Maguire, P. (1984). *Psychological reactions to breast cancer, diagnosis and management*. NY: Wiler.

Maslach, C., Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *J of Occupational Behavior*; 2:99-113.

Méndez, J., Grau, J. (2003). La evaluación psicológica en el enfermo al final de la vida: principios y técnicas. La evaluación del sufrimiento y de la calidad de vida. En: Gómez Sancho, M. (Ed). *Avances en Cuidados Paliativos*. Las Palmas: GAFOS, T II, 151-170.

Moreno, B., Oliver, C., Aragonés, A. (1991). El burnout: una forma específica de estrés. En: Buela-Casal G, Caballo VE (Eds) *Manual de Psicología Clínica y Aplicada*. Madrid:Siglo XXI.

OMS. (1995). Asistencia paliativa. En: *Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer. Directrices sobre Política y Gestión*. Ginebra: 82-6.

Padilla, G., Grant, M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Adv Nurs Sci*; 7:45-60.

Presant, C., Klahr, C., Hogan, L. (1981). Evaluating quality of life in oncology patients. *Oncol Nurs Forum*; 8:26-30.

Priestman, T.J., Baum, M. (1976). Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer. *Lancet*; 1:899-200.

Schipper, H., Clinch, J., Mc Murray, A. et al. (1984). Measuring the quality of life of cancer: the Functional Living Index Cancer. Development and validation. *J Clin Oncol*; 2: 472-83.

Sanz, J. (1990). Editorial: enfermedad progresiva y ética. *Med Clin*; 94(4):137-9.

Schraub, S., Mercier, M., Orgerie, M.B. (1993). Quality of life. In: Cvitrovic, E., Dzo. J.P., Armand, J.P., Khoury, S. (Eds) *Handbook of Chemotherapy in Clinical Oncology*. Besancon: Rhone-Poulenc Rorer, 493-8.

Shaw, A. (1977). Defining the quality of life. *Hasting Center Rep*; 11(oct):3-16.

Spitzer, W.D., Dobson, A.J., Hall, et al. (1981). Measuring quality of life of cancer patients: a concised Q.L.-Index for use the physicians. *J Chronic Dis*; 34:585-97.

Twycross, R. (1990). *Care of the patient with advanced cancer*. Oxford: Sbell House Study Center.

Winefeld, H.R. (1995). Quality of life in chronic diseases. In: *Proceedings of the 8th Annual Conference of the European Health Psychology Society*. Alicante: Univ of Alicante, I: 286-303.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

[Dr. José Ignacio Baile Ayensa](#)
Universidad del Valle de Atemajac

Guadalajara, Jalisco - México

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria, son un problema de salud que se ha extendido en las últimas décadas por los países occidentales. Los enfoques explicativos, evaluativos o de tratamiento, todavía no son unánimes dentro de la comunidad científica o entre los profesionales de la psicología clínica.

En algunos países, se carecen de protocolos definidos para establecer pautas de evaluación y tratamiento de estos trastornos, y se adolece de una falta de instrumentos y/o técnicas que hayan mostrado su eficacia en investigaciones bien planteadas.

El objetivo de este capítulo es ofrecer una síntesis de algunas de las técnicas más utilizadas a principios del siglo XXI en la evaluación psicológica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, con el fin de que sirva de referencia para aquellos profesionales que se dedican a la investigación o al tratamiento.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria

En el año 2004, y siguiendo el Manual de Diagnóstico DSM (APA, 1994), los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son los siguientes:

- Anorexia Nerviosa.
- Bulimia Nerviosa.
- Trastorno de Conducta Alimentaria no Especificado (TCANE).

En todos ellos existe una alteración de la conducta alimentaria como rasgo patológico principal, pero asociada a un miedo a engordar o aparentar una imagen corporal obesa. Las diferencias principales entre Anorexia y Bulimia serían, que en la primera existe una pérdida notable de peso, que en la segunda no es imprescindible, y que en la Bulimia la pauta alimentaria patológica más notable es la presencia de atracones, pauta no presente en la Anorexia. Tanto en Anorexia como en Bulimia, existen subtipos, véase la Figura 1 para una clasificación.

En el Manual DSM IV pueden encontrarse los criterios diagnósticos para cada uno de los trastornos, así como una descripción de la sintomatología más común, y pautas para el diagnóstico diferencial.

Se considera que los TCA han aumentado su prevalencia en los últimos años; una interesante revisión española (Toro, 2000) estima que aproximadamente el 4 % de las mujeres adolescentes y jóvenes padecerían Anorexia, Bulimia o TCANE. La prevalencia de mujeres es notablemente superior, estimándose que por cada caso de un hombre, hay 10-20 mujeres.

Técnicas para la Evaluación Psicológica

Una cuidadosa evaluación psicológica, junto con la médica/nutricional, es necesaria para el correcto diagnóstico y para establecer el perfil psicopatológico, desde el cual construir el entramado terapéutico. Varias son las áreas a evaluar en Anorexia y Bulimia, en la Tabla 1 se recoge un resumen de aspectos posibles de evaluar según Raich (1994). Podría considerarse que el primer paso en el proceso evaluativo es una Entrevista Clínica. La entrevista clínica podría plantearse de forma abierta, o bien dirigida o estructurada, para ello podemos utilizar modelos específicos que nos ayudarían en el proceso de entrevista y estandarizarían los resultados. Una de las entrevistas estructuradas más utilizadas es la *Interview for Diagnosis of Eating Disorders* (IDED) de Williamson (1990).

Repasemos en este apartado algunas de las técnicas más usuales para la evaluación que disponemos en la actualidad.

Técnicas de screening

Con objeto de poder determinar cuáles son los posibles sujetos que están en riesgo de sufrir un TCA, y obtener una primera valoración de su nivel de riesgo, se han diseñado diversos cuestionarios de actitudes alimentarias. El cuestionario que durante más de 20 años ha dado buenos resultados es el *Eating Attitudes Test*, (EAT-40) diseñado por Garner y Garfinkel (1979), en una versión que incluía 40 ítems, con 6 categorías de respuesta. Aquellos sujetos que superaran el punto de corte de 30 puntos eran considerados sujetos en situación de riesgo.

Desde entonces ha sido poli-utilizado en pruebas de screening, en pruebas diagnósticas, seguimiento de tratamientos, validación de otros instrumentos, comparación inter-cultural de muestras, etc. Garfinkel y Newman (2000) realizan un repaso de los 20 años en el uso de esta técnica, analizando las aportaciones de 260 trabajos con el EAT.

En 1991 se publicó una validación española del EAT-40 (Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991); en este trabajo encontraron que el instrumento tenía una gran capacidad discriminadora entre un grupo clínico y otro control, y la consistencia interna medida con el coeficiente alfa, estaba entre 0.92 y 0.93. Igualmente pusieron de manifiesto la existencia de tres factores principales:

- Dieta y preocupación por la comida.
- Percepción de presión social y estrés con la dieta.
- Alteraciones psicobiológicas.

Posteriormente, se realizó una reducción de la longitud del test, observándose que conservaba las propiedades psicométricas, y se extendió el uso de la versión de 26 ítems (EAT-26), cuyo punto de corte es 20 puntos. En la Tabla 2 se ha reproducido una versión experimental utilizada por nosotros en México a partir de la versión proporcionada por el propio autor (Garner, 1996).

El EAT-26 puede utilizarse para determinar qué sujetos están en riesgo en una población general, y a partir de esa detección realizar un diagnóstico definitivo vía entrevista clínica. También puede utilizarse en una entrevista diagnóstica para obtener un valor o grado de la alteración de las actitudes alimentarias.

Evaluación de la psicopatología asociada

Para avanzar en la evaluación de los TCA, se puede utilizar alguna de las técnicas disponibles para establecer un perfil psicopatológico. Para este objetivo, el instrumento más común es el *Eating Disorder Inventory* (EDI-2) en su segunda versión (Garner, 1998), instrumento diseñado originariamente en 1983 (Garner, 1983) y adaptado al castellano por Guimerá, Querol y Torrubia (1987).

Con este instrumento obtenemos un perfil con una puntuación en cada uno de los siguientes rasgos psicopatológicos:

- Impulso hacia la delgadez
- Bulimia
- Insatisfacción Corporal
- Ineficacia
- Perfeccionismo
- Desconfianza Interpersonal
- Conciencia Interoceptiva
- Miedo a la Madurez
- Ascetismo
- Regulación de Impulsos
- Inseguridad Social

Cada uno de estos aspectos constituye una subescala, la suma de todos los ítems de subescalas llega a 91 ítems. En la Tabla 3, pueden verse los ítems que constituyen la subescala de Insatisfacción Corporal.

Al saber el grado de intensidad con que está alterado cada uno de estos rasgos, nos permite conocer el perfil psicopatológico actual del paciente, y establecer criterios de intervención, dirigiendo mayores esfuerzos o priorizando el tratamiento de aquellas áreas más afectadas. Igualmente puede utilizarse para observar la evolución de la sintomatología a lo largo de la terapia, administrando el EDI-2, cada cierto tiempo.

El EDI-2 no tiene punto de corte para establecer diagnósticos, aunque algunos autores han utilizado este instrumento con ese fin, y han establecido puntos de corte, por ejemplo Garandillas y Febrel (2000) consideraban 16 puntos en la escala de Insatisfacción Corporal como un criterio de psicopatología. García, Vázquez, López y Arcila (2003) establecieron una puntuación total de la escala y consideraron que el punto de corte más sensible era 80 puntos y el más específico era 105 puntos.

Evaluación de Imagen Corporal

La alteración de la imagen corporal, y más especialmente la incapacidad para estimar con exactitud el tamaño corporal, o la insatisfacción con el cuerpo, son características asociadas a los TCA, hasta el punto de que son utilizados incluso como criterio diagnóstico, véanse los criterios diagnósticos de Anorexia Nerviosa del DSM.

Por ello, la evaluación de la Imagen Corporal puede ser un elemento muy informativo dentro de la evaluación de los TCA, tanto para establecer el diagnóstico como para considerar este aspecto como un posible objetivo de tratamiento.

Básicamente disponemos de dos grandes grupos de técnicas para evaluar la alteración de la imagen corporal. Por una parte, aquellas que evalúan la distorsión perceptiva o incapacidad de evaluar con exactitud el tamaño y forma del cuerpo, y por otra, aquéllas que evalúan la alteración subjetiva o actitudinal hacia la imagen corporal. Dentro de las primeras se encuentran técnicas de distorsión de la imagen a través de fotografías, a través de calibres y más recientemente, por computador, ver para una revisión a Perpiñá, Botella y Baños (2000).

Dentro de las técnicas actitudinales, se vienen utilizando dos cuestionarios principalmente. Por una parte, la subescala de insatisfacción corporal del EDI-2, extraída del cuestionario y utilizada sola, cuestión ésta no recomendada por el autor (Garner, 1998), pero que en una investigación realizada en España demostró que su uso podía hacerse de esa manera (Baile, Raich, Garrido, 2003). El otro cuestionario clásico en la evaluación de la insatisfacción corporal es el *Body Shape Questionnaire* (BSQ), diseñado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairbun (1987). Este es un buen instrumento para evaluar el grado de alteración subjetiva de la imagen corporal de un sujeto con posible TCA, y puede ser utilizado a lo largo del tratamiento para ver cómo evoluciona la variable de insatisfacción corporal.

Este instrumento ha obtenido buenos niveles de fiabilidad y validez, concurrente en diversas investigaciones. Cooper *et al.*, (1987), cuando lo diseñaron, encontraron una correlación con la subescala de Insatisfacción Corporal del EDI, de 0.66, posteriormente nuevos trabajos de fiabilidad y validez obtuvieron un coeficiente de fiabilidad de 0.88 y buenos niveles de validez concurrente, por ejemplo con el *Body Dysmorphic Disorder Examination* (Rosen y Reiter, 1995), los niveles de correlación estuvieron entre 0.58 y 0.81, según el grupo de investigación.

En la adaptación española, los autores encontraron altos índices de consistencia interna, alfa de Cronbach entre 0.95 y 0.97, así como validez concurrente con el

Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire (MBSRQ) y la subescala de Insatisfacción corporal del EDI. El BSQ es una escala likert de 34 ítems, con 6 opciones de respuesta. Se puede obtener una puntuación de 34 a 204 puntos, y si bien los autores no plantearon un punto de corte, algunas investigaciones ha utilizado 105 puntos como referencia. Puede obtenerse una versión en castellano en Raich (2000), en la Tabla 4 se indican algunos ítems de este instrumento.

Evaluación de otros aspectos

Autorregistros. Otro de los instrumentos habitualmente utilizados en la evaluación de los TCA son los autorregistros. Los autorregistros parten de la idea de que la principal conducta alterada, la alimentaria, ocurre fuera del lugar de la intervención psicológica y que, por tanto, para conocer cómo es, debe ser registrada en su contexto originario.

Los autorregistros tienen diversos objetivos, no sólo de simple registro de alimentos ingeridos. Los autorregistros permiten conocer en qué circunstancias ocurre la pauta alimentaria que se desea evaluar, así como los sentimientos, pensamientos, y consecuencias que esa pauta alimentaria genera a la sujeto en cuestión. Toda esta información, además de permitir un conocimiento mejor de la paciente, permite establecer pautas de tratamiento, dirigidas a modificar pensamientos, a romper refuerzos patológicos, a crear conductas alternativas sanas, etc.

Existen muchos tipos de autorregistros, y en principio deberían adaptarse a las características del sujeto y al momento de la intervención. En la Tabla 5 se ejemplifica un posible autorregistro para un momento inicial de terapia en un caso de anorexia, en caso de bulimia el autorregistro además de explorar los atracones, debería explorar todo lo que ocurre desde el punto de vista psicológico/social cuando la sujeto se provoca un vómito. También puede plantearse autorregistros para otras conductas alteradas que deseamos evaluar y tratar, como por ejemplo la práctica excesiva de ejercicio físico con fines de adelgazamiento.

Observación. Cuando los autorregistros no son suficientes para obtener la información necesaria, o la sujeto tiene problemas para cumplimentarlos, se puede recurrir también a observación de conductas por parte de sujetos colaboradores. Como posibles colaboradores se encuentran principalmente los familiares y la posible pareja. A estos sujetos habrá que entrenarles en el proceso de observación y registro, y proporcionarles una guía para su elaboración.

Resumen

En este breve artículo se han repasado algunas de las técnicas psicológicas más utilizadas hoy en día en la evaluación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Algunas de estas técnicas tienen el respaldo de numerosas investigaciones y de su largo uso en el ámbito clínico a lo largo de todo el mundo.

Es necesario hacer una llamada al rigor en la evaluación psicológica, a la utilización de técnicas estandarizadas y validadas en el país donde se vayan a utilizar, y a no dejar a la simple impresión clínica un diagnóstico de TCA, así como la configuración de su perfil psicopatológico. El binomio evaluación-tratamiento son inseparables, una buena evaluación determina un buen planteamiento terapéutico.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994): *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. (American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author. 1994.)
- Baile, J.I., Raich, R.M. y Garrido, E. (2003). Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología*, 19, 187-192.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: validation of the spanish version. *Psychological Assessment*, 7, 175-190.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairbun, G.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Garandillas, A., Febrel, C. (2000) Encuesta de Prevalencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario en Adolescentes Escolarizados de la Comunidad de Madrid. *Documentos Técnicos de Salud Pública*, nº 67. Consejería de Sanidad de Madrid.
- García, E., Vázquez, V, López, J.C. y Arcila, D. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica del Eating Disorders Inventory en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 45, 206-210.
- Garfinkel, P.E. y Newman, A. (2000). The Eating Attitudes Test: Twenty years later. *Eating Weight Disorders*, 6, 1-24.
- Garner, D.M. (1996). Factores culturales y educación en el tratamiento de los trastornos de alimentación. En: Buendía J. *Psicopatología en niños y adolescentes, desarrollo actuales*. Madrid: Pirámide, 1996. P.461-473.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M.(1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2*. Madrid: Tea Ediciones, SA.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P. y Polivy, J.(1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Guimerá, E., Querol, E. y Torrubia Beltri, R. (1987). Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *Anales de Psiquiatría*, 3, 185-190.
- Perpiñá,C.; Botella,C. y Baños. R.M. (2000). *Imagen corporal en los trastornos alimentarios. Evaluación y tratamiento por medio de realidad virtual*. Valencia: Promolibro.

Raich, R. M. (1994): *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.

Raich, R. M.. (2000). *Imagen Corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.

Rosen, J.C. y Reiter, J. (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 755-766.

Toro, J. (2000). La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica*, 114, 543-544

Williamson, D.A. (1990). *Assessment of eating disorders. Obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. New York: Pergamon Press.

ANEXOS

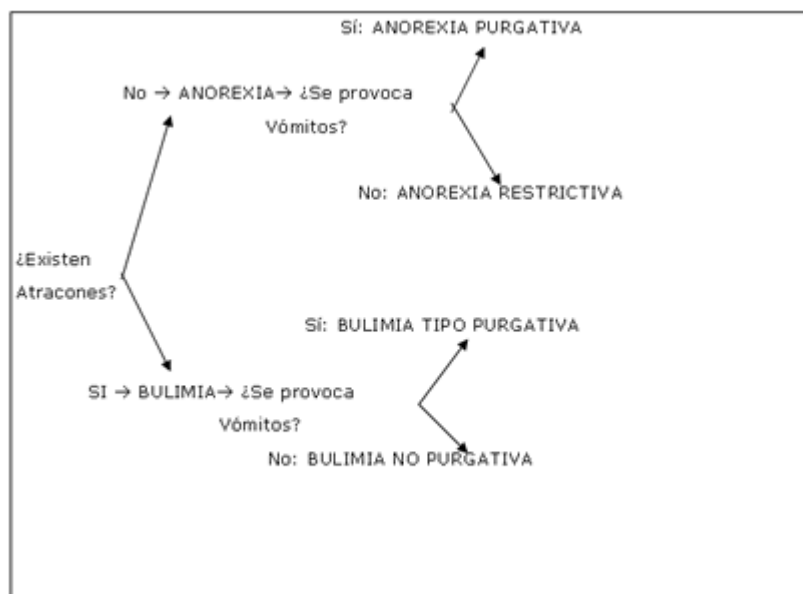


Figura 1 - Subtipos de Anorexia y Bulimia.

Tabla 1 - Aspectos a evaluar en Anorexia y Bulimia, tomado de Raich (2000).

Aspectos a evaluar en anorexia y Bulimia
1. Peso corporal

2. Conducta alimentaria: Dieta, ayuno, descontrol alimentario -atracones-, conducta purgativas, comidas prohibidas, ansiedad tras la ingesta

3. Imagen comporal: Errores perceptivos, insatisfacción corporal, conductas de evitación

4. Aspecto emocionales relacionados con la ingesta y la imagen corporal.

5. Patología asociada : depresión, ansiedad, transtorno obsesivo compulsivo, otros.

6. Aspecto biomédico

Tabla 2 - Ítems del EAT-26, versión experimental mexicana

1. Me aterroriza llegar a tener exceso de peso.

2. Evito comer cuando tengo hambre.

3. La comida es un tema que me preocupa.

4. Me he dado "atracones" (mucho comida en poco tiempo) en los que sentía que no era capaz de parar de comer.

5. Desmenuzo la comida en pequeñas porciones.

6. Soy consciente de las calorías de lo que como.

7. En concreto, evito los alimentos que tienen un alto contenido de hidratos de carbono (pan, papas, arroz, pastas.)

8. Tengo la impresión de que los demás preferirían que yo comiera más.

9. Vomito después de comer.

10. Me siento culpable después de comer.

11. Me preocupa especialmente el deseo de estar delgado (a).

12.-Cuando hago ejercicio, pienso sobre todo

- en quemar calorías.
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado (a).
 14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo.
 15. Tardo más tiempo que los demás en comer.
 16. Evito los alimentos que contengan azúcar.
 17. Tomo alimentos dietéticos.
 18. Tengo la impresión de que la comida controla mi vida.
 19. Puedo autocontrolarme en lo que respecta a la comida.
 20. Siento que los demás me presionan para que coma.
 21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.
 22. Me siento a disgusto después de haber comido postres.
 23. Hago dieta.
 24. Me gusta tener el estómago vacío.
 25. Disfruto probando nuevos platillos ricos en calorías.
 26. Tengo el impulso de vomitar después de las comidas.
 27. La comida principal del medio día habitualmente la hago...

Tabla 3 - Ítems de la subescala de Insatisfacción Corporal del EDI-2

- Creo que mi estómago es demasiado grande
- Pienso que mis muslos son

demasiado gruesos.

- Creo que mi estómago tiene el tamaño adecuado.

- Me siento satisfecho con mi figura.

- Me gusta la forma de mi trasero.

- Creo que mis caderas son demasiado anchas.

- Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado.

- Creo que mi trasero es demasiado grande.

- Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado

Tabla 4 - Ejemplo de algunos ítems del BSQ

1. ¿Cuando te aburres te preocupas por tu figura?

2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?

3. ¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura, demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?

4. ¿Has tenido miedo a engordar?

5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?

6. ¿Sentirte lleno-a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentirte gordo-a?

7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?

8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara?

9. ¿Estar con chicos o chicas delgados-as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?

10. ¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?

Tabla 5 - Ejemplo de autorregistro para un día, en sujeto anoréxica.

Comida	Qué comí o no comí	Qué debería haber comido para estar sana.	Qué sentimientos tuve haciendo eso...	Qué pensamientos tuve haciendo eso	Circunstancias y observaciones:
Desayuno					
Comida					
Cena					

FACTORES COGNITIVO-CONDUCTUALES EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ¹

*Juan Manuel Mancilla-Díaz
Karina Franco Paredes*

Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y La
Educación

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Universidad Nacional Autónoma de México

México

Introducción

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han sido reportados a lo largo de la historia. Sin embargo, su caracterización ha venido variando a través del tiempo. En algunas culturas, el ayuno indicaba un ritual, mientras que en algunas antiguas religiones de Oriente, un ascetismo motivado espiritualmente guiaba al autocontrol del hambre, parecido a la anorexia nerviosa (AN) de nuestros días (Bemporad, 1996; 1997). Esta motivación espiritual contrasta marcadamente con el deseo por la delgadez que se reporta como una característica fundamental de la AN en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV; *American Psychiatric Association* [APA], 1994). Los TCA han sido definidos como aquellos procesos psicopatológicos que conllevan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos respecto a la ingestión de alimentos, cuya base se encuentra en una alteración psicológica que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal y de un miedo intenso a la obesidad (Raich, 1994). Acorde al DSM-IV, (APA, 1994), la AN y la bulimia nerviosa (BN) son los dos TCA predominantes. Sin embargo, también se encuentran el Trastorno por Atracón (TPA) –actualmente en investigación- y los Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE), también conocidos como Síndromes Parciales o Trastornos Subclínicos. Tanto la AN como la BN se dividen en dos tipos: AN de tipo restrictivo y de tipo purgativo y BN de tipo purgativo y de tipo no purgativo.

Anteriormente se pensaba que los TCA ocurrían exclusivamente en grupos con poder adquisitivo alto en naciones Occidentales (Bruch, 1973), la mayoría de las investigaciones sugieren que los TCA continúan presentándose predominantemente en personas blancas en países Occidentales (Altabe, 1996; Thompson, 1996). Algunos autores han estudiado las tasas de incidencia de los TCA en países como Alemania (Steinhausen, 1984), Suiza (Willi & Grossman, 1983), Inglaterra (Lacey & Dolan, 1988), Escocia (Kendall, Hall, Hailey, & Babigian, 1973), Italia (Rathner & Messner, 1993; Dale, De Luca, & Oliosi, 1997), Países Bajos (Hoek, 1991), Suecia (Norrning & Sohlberg, 1988; Theander, 1970) y España (Morandé, Celada & Casas, 1999), encontrando evidencias de que los TCA ocurren en un amplio rango de grupos socioeconómicos, étnicos y culturales. Diversos estudios (Levine & Smolak, 1992; Johnson & Connors, 1987; Toro, 1996; Kendler, Mac Lean, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1991; Lameiras, Calado, Rodríguez & Fernández, 2002) coinciden en que las mujeres, adolescentes o jóvenes adultas son las más afectadas por los TCA. Sin embargo, en los últimos años se ha reportado un aumento en la incidencia de TCA en varones, señalando que representan aproximadamente el 10% de los

casos femeninos (Clarkson & Riedl, 1997; Crispo, Figueroa & Guelar, 1996, O´Dea & Abraham, 2002; Woodside, 2002); así como la presencia de TCA en niños de ambos sexos –con un rango de edad de 7 a 9 años– (Al-Adawi *et al*, 2002; Edlund, Halvarsson & Sjoden, 1996; Ricciardelli & McCabe, 2001).

La literatura sobre el desarrollo de los TCA, así como de los factores asociados a estos, es diversa. Por ello que resulte necesario una aproximación multifactorial para entender estas psicopatologías. Algunos factores parecen necesarios en el desarrollo de los TCA, pero ninguno es suficiente. Dentro de los factores asociados a los TCA, los más señalados en la literatura son: socioculturales, familiares, individuales (baja auto-estima, personalidad, etc.), biológicos y cognitivo-conductuales, entre otros. Sin embargo, por cuestiones de espacio, el propósito de este capítulo es presentar una revisión, que si no exhaustiva, sí presente lo más relevante de los factores socioculturales, familiares, biológicos, con un mayor énfasis en los factores cognitivo-conductuales. El interés por hacer énfasis en los factores cognitivos obedece a dos razones. Por un lado, cada día existe un mayor número de evidencias relacionadas con la terapia cognitivo-conductual y los TCA, y segundo, el desarrollo de paradigmas experimentales sobre el estudio de la cognición.

Factores socioculturales

Las creencias culturales y actitudes han sido identificadas como factores que contribuyen en el desarrollo de los TCA. Estos trastornos varían entre diferentes grupos raciales y étnicos, cambiando también a través del tiempo. En algunas sociedades no Occidentales las redondeces son consideradas atractivas y deseables, y pueden ser asociadas con la prosperidad, fertilidad y seguridad económica (Nasser, 1988). En dichas culturas, los TCA son menos comunes que en países Occidentales. La literatura disponible sugiere que los países Orientales pueden tener una prevalencia de TCA, similar a la de los Estados Unidos. Por ejemplo, algunos autores han descrito un marcado incremento en la prevalencia de AN y BN en Japón (Kamata, Nogami, & Momma 1987; Nakane & Umino, 1987). Sin embargo, en años recientes también se ha reportado la presencia de TCA en países en vías de desarrollo (Ritenbaugh, Shisslak, & Prince, 1996).

En América Latina ha sido escasa la información publicada acerca de los TCA. Sin embargo, autores como Carlos (1972) reportaron una incipiente incidencia de AN en América Latina. Más recientemente, han sido descritos pacientes con AN en Brasil (Negrao & Cordas, 1996) y pacientes con AN y BN en Chile (Pumarino & Vivanco, 1987). También se han estudiado tasas de incidencia de BN entre jóvenes adultas (mujeres), en grupos de alto riesgo en Buenos Aires, Argentina (Zuckerfeld, Fuchs, & Cormillot 1988), en México se han evaluado las propiedades psicométricas del Eating Disorders Inventory (EDI) en población, tanto clínica como no clínica (Macilla-Díaz, Franco-Paredes, Alvarez-Rayón & Vázquez-Arévalo, 2003).

Por otra parte, aunque la mayoría de las investigaciones sobre TCA se ha centrado en la mujeres, en años recientes el interés por el estudio sobre hombres ha aumentado (Andersen, 1996; Miller, Gleaves, Hirsch, Green, Snow & Corbett, 2000; Braun, Sunday, Huang & Halmi, 1999; Lewinsohn, Seely, Moerk & Striegel-Moore, 2002; Furnham & Nordling, 1998; Decaluwé, Braet & Fairburn, 2003). Estudios recientes han mostrado que los hombres también son afectados por expectativas socioculturales sobre la figura corporal y tienden a trabajar para cambiarla propia (Furnham & Nordling, 1998; Cole, Smith, Halford & Wagstaff, 2003).

A lo largo de la historia, cada época ha venido marcando los límites de lo deseable y lo no deseable en cuanto a la imagen corporal se refiere (Guillemot & Laxenaire, 1994). De esta manera, el grado moderado de insatisfacción corporal que ahora es normativo en una gran cantidad de mujeres, impulsa a muchas mujeres, principalmente adolescentes, a hacer dietas para manipular su talla y peso; aunque muchas veces la disposición biológica impide que todas logren moldear sus cuerpos, acorde a la idea de esbeltez (Groez, Levine & Murnen, 2002). Algunos autores (Bilukha & Utermohlen, 2002; Sherman & Thompson, 1999; Toro, 1996) han señalado que los principales promotores de la cultura de la delgadez son los medios de comunicación, sobrepasando todo tipo de fronteras. Esta cultura de la delgadez es transmitida y reforzada por muchas influencias sociales, incluyendo a la familia, los compañeros, la escuela, el deporte, los negocios y los profesionales de la salud (Groez *et al.*, 2002); ya que se considera como sinónimo de éxito en la vida, en el trabajo y en las relaciones interpersonales (Zenón, 2002; Toro, 1996).

Factores familiares

La dinámica familiar ha sido relacionada no sólo con la perpetuación de los TCA, sino también en su desarrollo (Minuchin *et al.* 1978). Estudios sobre la interacción familiar muestran a las familias con TCA como intrusivas, hostiles, tienden a negar a los pacientes por necesidades emocionales (Minuchin *et al.* 1978). Los pacientes con TCA, generalmente describen a la familia como un ambiente crítico, destacando un papel paternal coercitivo (Haworth-Hoepfner, 2000). En pacientes con BN, se ha reportado una mayor competición e invasión a la privacidad, particularmente por parte de la madre (Rorty, Yager, Rossotto & Buckwalter, 2000). Por el contrario, la percepción parental de alentar la autonomía es asociada con una menor restricción en la dieta (Strong & Huon, 1998).

Las madres de pacientes con TCA están más insatisfechas con el funcionamiento general del sistema familiar y ellas mismas son más desordenadas en su alimentación en comparación con madres de hijas que no tienen TCA (Hill & Franklin 1998, Pike & Rodin 1991). Los comentarios maternos directos parecen tener mayor influencia que el simple modelamiento (Ogden & Steward 2000, Smolak, Levine & Schermer, 1999), aunque también se ha reportado que el modelamiento afecta el peso, así como las actitudes y conductas relacionadas con la imagen (Smolak *et al.* 1999).

La mayor parte de los estudios sobre el funcionamiento familiar hacen difícil determinar si la disfunción familiar contribuye a los TCA o si los TCA contribuyen a la disfunción familiar, incluso si algún factor común contribuye sobre ambos. Autores como Steiger, Stotland, Trottier y Ghadirian (1996), han reportado que las familias, incluso aquellas consideradas como normales, pueden transmitir preocupaciones sobre la alimentación. Sin embargo, tales preocupaciones no pueden ser suficientes para desarrollar TCA; ya que se requiere de algún factor adicional, como podrían ser algunos relacionados con la experiencia individual o aspectos biológicos.

Factores biológicos

Los principales resultados apuntan hacia sistemas de neurotransmisores que actúan a través del sistema nervioso central, principalmente en regiones hipotalámicas, y que si bien no son las únicas, probablemente sí las de mayor importancia en términos de la función integradora de la información del contexto ambiental y del flujo metabólico del organismo.

Algunos estudios han señalado el papel de una gran diversidad de estructuras anatómicas y de neurotransmisores relacionados con la conducta alimentaria. Entre los más relevantes se encuentran aquellos que estudian el papel de los opioides en el núcleo del tracto solitario (Kotz, Billington & Levine, 1997); los receptores del glutamato en el Núcleo Accumbens (Maldonado-Irizarry, Swanson & Kelly, 1995; Stratford & Kelly, 1997; Stratford, Swanson & Kelly, 1998); la interacción entre el ácido gama-aminobutírico y el neuropéptido Y (Pu, Jain, Hovarth, Diano, Kalra & Kalra, 1999); la asociación de la dopamina en el Núcleo Accumbens y el apetito (Salamone, 1994); la inducción de la ingestión a través del glutamato, el ácido kaínico, el ácido L-a -amino3-hydroxy-5-methyl-isoxazole propiónico o el ácido *N*-methyl-D-aspartico; en el hipotálamo lateral (Stanley, Ha, Spears & Dee II, 1993; Trece, Covasa, Ritter & Burns, 1998); la función de receptores NMDA como mediadores fisiológicos de la alimentación y el control de peso (Stanley, Willert III, Donias, Dee II & Duva, 1996). Finalmente, la hipótesis que aporta más evidencias es la que se refiere a que las drogas que favorecen la transmisión serotoninérgica reducen la ingestión de carbohidratos sin afectar la de proteínas; por lo cual se ha sugerido la existencia de un mecanismo dependiente de los niveles cerebrales de serotonina (5-HT) en el control de la ingestión.

Para el caso de la BN, algunos estudios sugieren que estas pacientes muestran una reducción en la actividad de la 5-HT (Brewerton, 1995; Brewerton *et al.*, 1992; Kaye & Weltzin, 1991; Weltzin, Fernstrom & Kaye, 1994; Weltzin, Fernstrom, Fernstrom, Neuberger & Kaye, 1995) o que son menos sensibles a la estimulación serotoninérgica (Pjil *et al.*, 1995). Mientras que en otros estudios donde se ha medido el metabolito 5-HIAA en el fluido cerebroespinal de pacientes con BN en comparación con pacientes control, se ha observado que los primeros presentan cantidades menores de 5-HIAA, en comparación con el grupo control (Jimerson, Lesem, Kaye & Brewerton, 1992; Kaye *et al.*, 1990). También se han señalado concentraciones bajas de prolactina basal en pacientes con BN en comparación con pacientes control (Fichter, Pirke, Pollinger, Wolfram & Brunner, 1990).

Por otra parte, los TCA también se han asociado a otros factores biológicos, ya que se ha reportado que los TCA como la AN pueden producir alteraciones en los ciclos hormonales (Nakai & Koh, 2001), inmunodepresión con aumento del riesgo de infecciones, mielinolisis (Amann, Schafer, Sterr, Arnold & Grunze, 2001) y una reducción en el gasto de energía en reposo (Zwaan, Aslam & Mitchell, 2002). Para la BN, se ha reportado incremento de colesterol en sangre (Pauparte & Walsh, 2001) así como lesiones en dientes debido a la acidez del vómito. Finalmente, en un estudio realizado en adolescentes con TCA, se encontró que los registros electrocardiográficos son normales en adolescentes con AN, pero no en aquellos casos con BN o con TANE (Panagiotopoulos, 2000).

1 Proyecto financiado por el CONACyT, Registro No. U40208-H

Factores cognitivo-conductuales

Tanto en la AN como en la BN se presentan algunas alteraciones cognitivas que se refieren principalmente a la comida, el peso o la imagen corporal (Agras, Crow, Halmi, Mitchell, Wilson & Kraemer, 2000; Dobson & Dozois, 2004; Muñoz & Turón, 2002; Raich, 1994). En una investigación realizada por Sunday, Halmi y Einhom (1995), se encontró que el 74% de las pacientes pasaban más de tres horas al día pensando obsesivamente en la comida, la alimentación, el peso y la figura corporal.

En un estudio pionero, Garner y Bemis (1982) identificaron algunas alteraciones cognitivas que presentan las personas con TCA:

Abstracciones selectivas, llegar a conclusiones considerando aspectos parciales del tema. "Si como una galleta me descontrolaré y comeré doscientas".

Generalizaciones excesivas, por ejemplo, "Cuando comía hidratos de carbono estaba gorda, por lo tanto no debo comerlos más"

Magnificación de las consecuencias negativas, por ejemplo, "si aumento un solo kilo perderé totalmente el control sobre mi peso".

Pensamiento dicotómico, por ejemplo, "Mejor no como porque si lo hago comeré en exceso".

Ideas de autorreferencia, por ejemplo, "Cuando como todo el mundo me mira".

Pensamiento supersticioso, aceptan relaciones causales entre acontecimientos no contingentes. Por ejemplo, "Si como un dulce, enseguida se convertirá en grasa dentro de mi estómago".

Las investigaciones han mostrado que cuando los pacientes presentan excesivas preocupaciones relativas al peso y la imagen corporal, el pronóstico para el recuperación es más negativo debido a que constituyen un factor de mantenimiento sumamente resistente a la crítica racional, asimismo se ha encontrado que pueden ser predictores de recaída (Fairburn, Cooper, Doll, Norman & O'Connor, 2000; Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

Dentro de las alteraciones cognitivas que presentan las pacientes con TCA merecen especial atención las de la percepción de la imagen corporal. Las pacientes no son capaces de hacer una valoración adecuada de su figura, sobreestiman las dimensiones de partes específicas de su cuerpo, especialmente músculos, caderas, abdomen y glúteos, es decir, la fotografía mental de su silueta no corresponde a una estimación objetiva (Fairburn & Harrison, 2003; Ricciardelli & McCabe, 2001; Slade, 1985) y aún en los casos de emaciación, son incapaces de reconocer su extrema delgadez.

Las personas con TCA también suelen caracterizarse por ser perfeccionistas debido a que se auto-imponen estándares altos y buscan cumplirlos afanosamente, la autoevaluación de los resultados de su ejecución es extremadamente rigurosa y tienen miedo de cometer errores debido a que cualquier falla representa un fracaso total (Ashby, Kottman & Shoen, 1998; Cockell *et al.*, 2002; Halmi *et al.*, 2000; Mancilla, Alvarez, Mercado, Manríquez & Román, 1998). Asociada a esta actitud perfeccionista se encuentra una excesiva necesidad de tener todos los aspectos de su vida bajo control y más concretamente un control corporal (Slade, 1982; Fairburn, Shafran & Cooper, 1998).

Las alteraciones cognitivas que suelen presentar las personas con AN o BN han sido objeto de diversas investigaciones, en las cuales se ha confirmado que se preocupan excesivamente por aspectos relacionados con la comida, presentan una mayor insatisfacción corporal, motivación para adelgazar, sentimientos de ineficacia, miedo a madurar y desconfianza interpersonal en comparación con un grupo control (Abraham, 1996; Alvarez, Franco, Mancilla, Alvarez & López, 2000; Mancilla *et al.*, 1998; Vázquez, López, Alvarez, Ocampo & Mancilla, 2000).

El estilo de pensamiento característico de los TCA precipita que las personas tomen la decisión de hacer "algo" para modificar su apariencia física. Lo más común es la recurrente práctica de dietas restrictivas; sin embargo, esta conducta puede conllevar serias consecuencias negativas cuando este "control" sobre la alimentación se convierte en una abstinencia casi total de la ingestión, o bien, se combina con períodos de sobreingesta (Saldaña, 1994). Cuando la dieta restrictiva no es suficiente para conseguir el peso deseado, las personas recurren a la realización de conductas compensatorias como son el vómito autoinducido, ejercicio en exceso y empleo de laxantes y/o diuréticos (García-Camba, 2001; Sherman & Thompson, 1999).

El seguimiento de dietas restrictivas con la finalidad de controlar el peso corporal favorece que la persona baje de peso drásticamente y se desencadene un estado de desnutrición que trae como consecuencia que las personas cometan errores en la asimilación de la información, en la concentración, atención, comprensión y juicio, provocando distorsiones en los pensamientos, las percepciones, la afectividad y la conducta (Fairburn *et al.*, 1998; Mas & Molinero, 1999; Slade, 1996). Particularmente se ha encontrado que cuando las pacientes con TCA se enfrentan a estímulos relacionados con el peso, la figura y la comida, presentan un efecto de interferencia en el procesamiento de la información (Ben-Tovim & Walker, 1991; Black, Wilson, Labouvie & Hefferman, 1997; Cooper, Anastasiades & Fairburn, 1992; Fairburn, Cooper, Cooper, McKena & Anastasiades, 1991; Green, Corr & DeSilva, 1999; Perpiná, Hemsley, Treasure & DeSilva, 1993).

Una alteración conductual que se presenta principalmente en las pacientes con AN es la hiperactividad. Realizan un mayor número de actividades físicas tanto en frecuencia como en intensidad, este incremento en sus actividades tiene como objetivo la pérdida de peso a través de un mayor consumo de calorías (García-Camba, 2001; Turón, 1997).

Las pacientes con BN presentan en general una conducta desordenada, inicialmente en su alimentación y posteriormente en diferentes ámbitos de su vida. Se presentan cambios en la forma de comer y la frecuencia de las comidas, suelen ingerir los alimentos de forma rápida, voraz y compulsiva. Los alimentos que consumen durante los atracones suelen ser aquellos que habitualmente rechazan por tener un alto contenido en calorías, hidratos de carbono o grasas (Fairburn & Harrison, 2003; Raich, 1994). Es común que después de llevar a cabo los atracones realicen una dieta restrictiva o recurran al ayuno, conductas que predisponen y facilitan la aparición de episodios de sobreingesta descontrolada, desencadenándose así el llamado ciclo dieta-atracón (Fairburn, 1998; Sherman & Thompson, 1999).

Quienes padecen un TCA dependen mucho de los acontecimientos externos como parámetros de autoevaluación, las actuaciones y evaluaciones que hacen de sí mismos buscan agradar a los otros más que a sí mismos. Anteponen el sentirse a gusto con su cuerpo a la opinión que los demás tienen sobre su peso y figura (Slade, 1996, Turón, 1997; Vitousek & Hollon, 1990). En esta situación, las personas se sienten excesivamente confundidas y no son capaces de ordenar sus prioridades, ni reconocer sus méritos, habilidades, experiencias y sentimientos, lo cual parece paradójico si se considera que está encubierto tras una fachada de eficiencia, organización y rutina (Crispo *et al.*, 1996; Ducker & Slade, 1995; Fernández-Aranda, Dahme & Merman, 1999).

Es indudable que los factores cognitivo-conductuales juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los TCA, algunos autores han desarrollado modelos y teorías que permiten explicar estas psicopatologías desde un enfoque

cognitivo conductual (Byrne & McLean, 2002; Garner & Bemis, 1982; Fairburn, 1981; Fairburn, 1985; Fairburn *et al.*, 1998; Slade, 1996). En dichos modelos se ha puesto énfasis en la excesiva preocupación por el peso y la figura, insatisfacción corporal, la necesidad de autocontrol y la baja autoestima. Estos modelos han hecho importantes aportaciones al tratamiento de estas psicopatologías debido a que muestran las características que en un primer momento deben considerarse en las intervenciones terapéuticas.

Los altos índices de prevalencia e incidencia de los TCA, principalmente en la población juvenil, han suscitado el interés por elaborar instrumentos que permitan una rápida detección de personas en riesgo. A continuación se describen brevemente cuatro de los autoinformes más conocidos y ampliamente utilizados en la evaluación de los TCA:

Test de Actitudes Alimentarias (EAT; Garner & Garfinkel, 1979), específicamente diseñado para valorar la presencia de síntomas de AN, consta de 40 preguntas con seis opciones de respuesta y el punto de corte internacional es ³ 30.

Test de Bulimia (BULIT; Smith & Thelen, 1984), para evaluar síntomas de BN, está conformado por 36 preguntas con una escala bipolar de cinco opciones de respuesta y el punto de corte internacional es ³ 102.

Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI; Garner, Olmstead & Polivy 1983), permite evaluar factores cognitivo-conductuales asociados a los TCA. Consta de 64 preguntas con seis opciones de respuesta que se califican en una escala de 0-3.

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ; Cooper, Taylor & Fairburn, 1987), creado con la finalidad de evaluar la autopercepción respecto a la imagen corporal e identificar la presencia de insatisfacción corporal. Está conformado por 34 preguntas con seis opciones de repuesta y su punto de corte es ³ 105.

Estos autoinformes han demostrado tener adecuadas propiedades psicométricas (confiabilidad y validez) y constituyen valiosas herramientas para el estudio de las psicopatologías alimentarias, asimismo han aportado elementos que han contribuido en la formulación de programas preventivos y tratamientos adecuados.

Conclusión

Con base en la literatura revisada, se puede decir que en las personas con AN los comportamientos más relevantes están encaminados a la reducción de la ingesta y a incrementar el gasto calórico, mientras que en las personas con BN la reducción de la ingesta se alterna con los periodos de sobreingesta seguidos por la realización de conductas compensatorias. Sin embargo, como ya se mencionó a lo largo de este capítulo, son muchos los factores que intervienen en los TCA, por lo que resulta necesario, en primera instancia, reconocer su multicausalidad para poder entenderla y tratarla. Aún así, la evaluación creciente de cogniciones asociadas a los TCA ha sido estimulada por el aumento de reportes de terapia cognitivo-conductual, la generación de modelos (cognitivo-conductual) que explican estas psicopatologías; así como la posible importación de paradigmas experimentales ya bien establecidos para el estudio de las cogniciones en otras áreas. De esta manera, la terapia cognitivo conductual representa una alternativa adecuada para el manejo y tratamiento de las pacientes con TCA y ha mostrado ser exitosa en el tratamiento de estas psicopatologías (Agras, Schneider, Arnow, Raeburn & Telch, 1989; Chen *et al.*, 2003; Kirkley, Schneider, Agras & Bachman, 1985; Wilfely & Cohen, 1997; Wilson, Fairburn, Agras, Walsh & Kraemer, 2002).

Referencias

- Abraham, S. (1996). Characteristics of eating disorders among young ballet dancers. *Psychopathology, 29*, 223-229.
- Al-Adawy, S., Dorvlo, A., Burke, D., Al-Bahlani, S., Martín, R. & Al-Ismaily, S. (2002). Presence and severity of anorexia and bulimia among male and female Omani and non-omani adolescents. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41* (9), 1124-1130.
- Altabe, M. N. (1996). Issues in the assessment and treatment of body image disturbance in culturally diverse populations. In J. K. Thompson (Ed.). *Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment* (pp. 129-47). American Psychological Association.
- Agras, W. S., Crow, S. J., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., Wilson, G. T. & Kraemer, H. C. (2000). Outcome predictors of the cognitive-behaviour treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1302-1308.
- Agras, W. S., Schneider, J. A., Arnow, B., Raeburn, D. S. & Telch, F. C. (1989). Cognitive-Behavioral and response prevention treatments for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57* (2), 215-221.
- Alvarez, T. D., Franco, P.K., Mancilla, J.M., Alvarez, R.G. & López, A.X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. *Psicología Contemporánea, 7*, 26-35.
- Amann, A. E., Schafer, M., Sterr, A., Arnold, S. & Grunze, H. (2001). Central pontine myelinolysis in a patient with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 30*(4), 462-466.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. American Psychiatric Association.
- Andersen, A. E. (1996). Contraste y comparación entre hombre y mujeres con trastorno de alimentación: Desafíos para la clínica y la investigación. En J. Buendía (Ed.) *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales* (pp.439- 460). Madrid: Pirámide.
- Ashby, J., Kottman, T. & Shoen, E. (1998). Perfectionism and eating disorders reconsidered. *Journal of Mental Health Counseling, 20*, 261-271.
- Bemporad, J. R. (1996). Self-starvation through the ages: reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 19*, 217-37.
- Bemporad, J. R. (1997). Cultural and historical aspects of eating disorders. *Theor. Med. 18*, 401-20.

Ben-Tovim, D. I. & Walker, M. K. (1991). Further evidence for the Stroop test as a quantitative measure of psychopathology in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 609-913.

Bilukha, O. & Utermohlen, V. (2002). Internalization of western standards of appearance, body dissatisfaction and dieting in urban educated Ukrainian females. *European Eating Disorders Review*, 10 (2), 120-137.

Black, C. M. D., Wilson, G. T., Labouvie, E. & Hefferman, K. (1997). Selective processing of eating disorder relevant stimuli: Does the Stroop test provide an objective measure of bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 22, 329-333

Braun, D. L., Sunday, S. R., Huang, A. & Halmi, K. A. (1999). More males seek treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 25, 415-424.

Brewerton, T. D. (1995). Toward a unified theory of serotonin dysregulation in eating and related disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 20 (6), 561-590.

Brewerton, T. D., Mueller, E. A., Lesem, M. D., Brandt, H. A., Quearry, B., George, D. T., Murphy, D. L. & Jimerson, D. C. (1992). Neuroendocrine responses to m-CPP and L-tryptophan in bulimia. *Archive General of Psychiatry*, 49, 852-861.

Bruch H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York: Basic Books.

Byrne, M. S. & McLean, J. N. (2002). The Cognitive-Behavioral model bulimia nervosa: A direct evaluation. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 17-31.

Carlos, A. S. (1972). Psychiatry in Latin America. *British Journal of Psychiatry*, 121, 121-36.

Clarkson, H. & Riedl, J. (1997). Fear of thinness. *American Journal of Psychiatry*, 153 (3), 441-443.

Cockell, S., Hewitt, P., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E., Flett, G. & Remick, R. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (6), 745-758.

Cole, J. C., Smith, R.; Halford, J. C. G. & Wagstaff, G. F. (2003). A preliminary investigation into the relationship between anabolic-androgenic steroid use and the symptoms of reverse anorexia in both current and ex-users. *Psychopharmacology*, 166, 4, 424-426.

Cooper, M. J., Anastasiades, P. & Fairburn, C. G. (1992). Selective processing of eating-, shape-, and weight- related words in persons with bulimia nervosa. *Journal of abnormal Psychology*, 101, 352-355.

Cooper, P.J., Taylor, M. & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). *Anorexia y bulimia, lo que hay que saber: Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa.

Chen, E., Touyz, W. S., Beumont, J. V., Fairburn, C. G., Griffiths, R., Butow, P., Russell, J., Schotte, D. E., Gertler, R. & Basten, C. (2003). Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 33, 241-254.

Dale, R., De Luca, R. & Oliosi, M. (1997). Eating attitudes and prevalence of eating disorders: a survey in secondary schools in Lecce, southern Italy. *Eating Weigh disorders*, 1, 34-37.

Decaluwé, V., Braet, C. & Fairburn, C. G. (2003). Binge eating in obese children and adolescents. *International Journal of Eating Disorder*, 33 (1), 78-84.

Dobson, S. & Dozois, J. A. (2004). Attentional biases in eating disorders: A meta-analytic review of Stroop performance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1001-1022.

Ducker, M. & Slade, R. (1995). *Anorexia nerviosa y bulimia*. México: Noriega Editores.

Edlund, B., Halvarsson, K. & Sjoden, P. (1996). Eating behaviours, and attitudes to eating, dieting and body image in 7-year-old Swedish girls. *European Eating Disorders Review*, 4, 40-53.

Fairburn, C. G. (1981). A cognitive behavioral approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.

Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioural treatment for bulimia. In D.M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 160-192). New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G. (1998). *La superación de los atracones de comida*. España: Paidós.

Fairburn, C. G., Cooper, P. J., Cooper, M. J., McKena, F. P. & Anastasiades, P. (1991). Selective information processing in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 415-422.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 659-665.

Fairburn, C. G., Cooper Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.

Fairburn, C. G. & Harrison, P.J. (2003). Eating disorder. *The Lancet*, 361, 407-416.

Fairburn, G. C., Shafran, R. & Cooper, Z. (1998). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37,1-13.

Fernández-Aranda, F., Dahme, B. & Merman, R. (1999). Body image in eating disorders and análisis of its relevance: a preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (5), 419-428.

Fichter, M. M., Pirke, K. M., Pollinger, J., Wolfram, G. & Brunner, E. (1990). Disturbances in the hypothalamic-pituitary-adrenal and other neuroendocrine axes in bulimia. *Biology Psychiatry*, 27, 1021-1027.

Furnham, A. & Nordling, R. (1998). Cross-cultural differences in preferences for specific male and female body shapes. *Personality and Differences*, 25, 635-648.

García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.

Garner, D. M. & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.

Garner, D. & Garfinkel, P. (1979). The Eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

Garner, D., Olmstead, M. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.

Green, M., Corr, P. & DeSilva, L. (1999). Impaired color naming of body shape-related words in anorexia nervosa: affective valence or associative priming?. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 413-422.

Groez, L., Levine, M. & Murnen, S. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 1-16.

Guillemont, A. & Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura*. España: Masson.

Halmi, A. K., Sunday, R. S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, B. D., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W. H. & Kaye, H. W. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (11), 1799-1805.

Haworth-Hoepfner, S. (2000). The critical shapes of body image: the role of culture and family in the production of eating disorders. *Journal of Marriage and Family*, 62, 212-27.

Hill, A. J. & Franklin, J. A. (1998). Mothers, daughters and dieting: investigating the transmission of weight control. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 3-13.

Hoek, H. W. (1991). The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychological Medicine*, 21, 455-60.

Jimerson, D. C., Lesem, M. D., Kaye, W. H. & Brewerton, T. D. (1992). Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes. *Archives General of Psychiatry*, 49, 132-138.

Johnson, C. & Connors, M. E. (1987). *The etiology and treatment of bulimia nervosa: A biopsychosocial perspectives*. New York: Basic Books

- Kamata, K., Nogami, Y. & Momma, K. (1987). Binge-eating among female students. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, 41, 151-2.
- Kaye, W. H. & Weltzin, T. E. (1991). Neurochemistry of bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 21-28.
- Kaye, W. H., Ballenger, J. C., Lydiard, B., Stuart, G. W., Laraia, M. T., O'Neill, P., Fossey, M., Stevens, V., Lesser, S. & Hsu, L. K. G. (1990). CSF monoamine levels in normal-weight bulimia: evidence for abnormal noradrenergic activity. *American Journal of Psychiatry*, 147, 225-229.
- Kendall, R. E., Hall, D., Hailey, A. & Babigian, H. (1973). The epidemiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 2, 200-3.
- Kendler, K. S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A. & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148 (2), 1627-1637.
- Kirkley, B. G., Schneider, J. A., Agras, W. S. & Bachman, J. A. (1985). Comparison of two grupo treatments for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 43-48.
- Kotz, C. M., Billington, C. J. & Levine, A. S. (1997). Opioids in the nucleus of the solitary tract are involved in feeding in the rat. *American Journal of Physiology*, 272, 1028-1032.
- Lacey, J. H., & Dolan, B. M. (1988). Bulimia in British blacks and Asians: A catchment area study. *British Journal of Psychiatry*, 152, 73-79.
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y. & Fernández, M. (2002) Los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios españoles. *Acta Psiquiátrica Española*, 30, 343-349.
- Levine, M. P. & Smolak, L. (1992). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence. In J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll & M. A. Stephens (Eds.). *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context* (pp. 59-80). USA: Hemisphere Publishing Corporation.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C. & Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 426-440.
- Maldonado-Irizarry, C. S., Swanson, C. J. & Kelly, A. E. (1995). Glutamate receptors in the nucleus accumbens shell control feeding behavior via the lateral hypothalamus. *Journal of Neuroscience*, 15, 6779-6788.
- Mancilla, D.J.M., Alvarez, R.G., López, A.X., Mercado, G.L., Manríquez, R.E. & Román, F.M. (1998). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. *Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 34-43.
- Mancilla-Díaz, J. M., Franco-Paredes, K., Álvarez-Rayón, G., Vázquez-Arévalo, R.. (2003). Evaluation of the psychometric properties of the Mexican version of the eating disorders inventory. *Revista Thomson Psicología*, 1(2), 167-176.

Mas, H. B. & Molinero, C. N. (1999). Trastornos de la alimentación: La anorexia nerviosa. En M. Lameiras & J. M. Faílde (Eds.) Trastornos de la conducta alimentaria. Del tratamiento a la prevención (pp. 29-44). España: Universidad de Vigo.

Miller, K. J., Gleaves, D. H., Hirsch, T. G., Green, B. A., Snow, A. C. & Corbett, C. C. (2000). Comparisons of body image dimensions by race/ethnicity and gender in a university population. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 310-316.

Minuchin, S, Rosman B. L. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.

Morandé, G., Celada, J., Casas, J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 212-9.

Muñoz, P. M. & Turón, G. V. (2002). Factores Mantenedores de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 1 (2), 33-41

Nakai, Y. & Koh, T. (2001). Perception of hunger to insulin-induced hypoglycemia in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 3, 354-357.

Nakane, A., & Umino, M. (1987). Psychopathology of anorexia nervosa in young adolescence. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, 41, 153.

Nasser, M. (1988). Eating disorders: the cultural dimension. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 184-187.

Negrao, A. B. & Cordas, T. A. (1996). Clinical characteristics and course of anorexia nervosa in Latin America, a Brazilian sample. *Psychiatry Research*, 62, 17-21.

Norrning, C. & Sohlberg, S. (1988). Eating disorder inventory in Sweden: Description, cross-cultural comparison, and clinical utility. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 567-75.

O'Dea, J. & Abraham, S. (2002). Eating and exercise disorders in young college men. *Journal of American College Health*, 50 (6), 273-277.

Ogden, J. & Steward, J. (2000). The role of the mother-daughter relationship in explaining weight concern. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 78-83.

Panagiotopoulos, C. (2000). Electrocardiographic findings in adolescents with eating disorders. *Pediatrics*, 10 (5), 1-10.

Pauparte, J. & Walsh, B. T. (2001). Serum cholesterol in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30 (3), 294-298.

Perpiná, C., Hemsley, D., Treasure, J. & DeSilva, P. (1993). Is the selective information processing of food and body words specific to patients with eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 14, 359-366.

Pijl, M., Cohen, A. P., Verkes, R. J., Koppeshaar, H. P., Iestra, J. A., Shoemaker, H. C., Prolich, M., Onkenhout, W. & Meinders, A. E. (1995). Plasma amino acid

ratios related to brain serotonin synthesis in response to food intake in bulimia nervosa. *Biology and Psychiatry*, 38 (10), 659-668.

Pike, K. M. & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 198-204.

Pu, S., Jain, M. R., Hovarth, T. L., Diano, S., Kalra, P. S. & Kalra, S. P. (1999). Interactions between neuropeptide Y and gamma-aminobutyric acid in stimulation of feeding: A morphological and pharmacological analysis. *Endocrinology*, 140, 933-940.

Pumarino, H., & Vivanco, N. (1987). Appetite and eating disorders: An increasing pathology? *Revista Médica de Chile*, 115, 785-7.

Raich, R. (1994). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.

Rathner, G., & Messner, K. (1993). Detection of eating disorders in a small rural town: An epidemiological study, *Psychological Medicine*, 23, 175-84.

Ricciardelli, L. A. & McCabe, M. P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 21 (3), 325-344.

Ritenbaugh, C., Shisslak, C. & Prince, R. (1996). A cross-cultural review in regard to DSM-IV. In J. E. Mezzich, H. Fabrega, A. Kleinman & D. Perron (Eds.). *Culture and Psychiatric Diagnosis: A DSM-IV Perspective* (pp. 171-186). Washington, D.C.: APA Press.

Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E. & Buckwalter, G. (2000). Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 202-8.

Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. España: Fundación Universidad-Empresa.

Salamone, J. D. (1994). The involvement of nucleus accumbens dopamine in appetitive and aversive motivation. *Behavior Brain Research*, 61, 117-133.

Sherman, T. R. & Thompson, A. R. (1999). *Bulimia: Una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.

Slade, P. D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 255-265.

Slade, P. D. (1985). A review of body image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 167-169.

Slade, P.D. (1996). Modelo explicativo causal para la anorexia y bulimia nervosa. En, J. Buendía (Ed). *Psicopatología en niños y adolescentes*. (pp. 400 - 410). Madrid: Pirámide.

Smolak, L., Levine, M. P. & Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 263-71.

Smith, C. & Thelen, M. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52* (5), 863-872.

Stanley, B. G., Ha, L. H., Spears, L. C. & Dee II, M. G. (1993). Lateral hypothalamic injections of glutamate, kainic acid, D, L-α-amino-3-hydroxy-5-methyl-isoxazole propionic acid or N-methyl-D-aspartic acid rapidly elicit intense transient eating in rats. *Brain Research, 61* (3), 88-95.

Stanley, B. G., Willert III, V. L., Donias, H. W., Dee II, M. G. & Duva, M. A. (1996). Lateral Hypothalamic NMDA receptors and glutamate as physiological mediators of eating and weight control. *American Journal of Physiology, 270*, 443-449.

Steiger, H., Stotland, S., Trottier, J. & Ghadirian, A. M. (1996). Familial eating concerns and psychopathological traits: causal implications of transgenerational effects. *International Journal of Eating Disorders, 19*, 147-57.

Steinhausen, H. C. (1984). Transcultural comparison of eating attitudes in young females and anorectic patients. *Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 234*, 198-201.

Stratford, T. R. & Kelly, A. E. (1997). Feeding elicited by inhibition of neurons in the nucleus accumbens shell depends on activation of neurons in the lateral hypothalamus. *Society of Neuroscience, Abstract, 23*, 577.

Stratford, T. R., Swanson, C. J. & Kelly, A. E. (1998). Specific changes in food intake elicited by blockade or activation of glutamate receptors in the nucleus accumbens shell. *Behavior Brain Research, 93*, 43-50.

Strong, K. G. & Huon, G. F. (1998). An evaluation of a structural model for studies of the initiation of dieting among adolescent girls. *Journal Psychosomatic Research, 44*, 15-26.

Sunday, S. R., Halmi, K. A. & Einhorn, A. (1995). The Yale-Brown-Cornell eating disorder scale: a new scale to assess eating disorder symptomatology. *International Journal of Eating Disorders, 17*, 235-241.

Theander, S. (1970). Anorexia nervosa: A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 214*, 1-194.

Thompson, J. K. (1996). Body image, eating disorders, and obesity: An emerging synthesis. In J. K. Thompson (Ed). *Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment* (pp. 1-20). American Psychological Association.

Toro, J. (1996) *El Cuerpo como Delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.

Turón, V. (1997). *Trastornos de la alimentación*. España: Masson.

Trece, B. R., Covasa, M., Ritter, R. C. & Burns, G. A. (1998). Delay in meal termination follows blockade of N-methyl-D-aspartate receptors in the dorsal hindbrain. *Brain Research, 810*, 34-40.

- Weltzin, T. E., Fernstrom, M. H. & Kaye, W. H. (1994). Serotonin and bulimia nervosa. *Nutrition Reviews*, 52 (12), 399-408.
- Weltzin, T. E., Fernstrom, M. H., Fernstrom, J. D., Neuberger, S. K. & Kaye, W. H. (1995). Acute tryptophan depletion and increase food intake and irritability in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152 (11), 1668-1671.
- Wilfely, D. E. & Cohen, L. R. (1997). Psychological treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 437-454.
- Willi, J., & Grossman, S. (1983). Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 140, 564-7.
- Wilson, T. G., Fairburn, C. G., Agras, W. S., Walsh, B. T. & Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanism of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2), 267-274.
- Woodside, B. (2002). Eating Disorders in Men: An Overview. *Healthy Weight Journal*, 16 (4), 52-55.
- Vitousek, K. B. & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.
- Vázquez, A., López, A., Alvarez, R., Ocampo, T. & Mancilla, D. (2000). Trastornos alimentarios y factores asociados en estudiantes de danza. *Psicología Contemporánea*, 7 (1), 56-65.
- Zuckerfeld, R., Fuchs, A., & Cormillot, A. (1988). Characterization and detection of bulimia in the city of Buenos Aires. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 34, 298-302.
- Zwaan, M., Aslam, Z. & Mitchell, J.E. (2002). Research on energy expenditure in individuals with eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 32 (2), 127-134.

RIESGO DE SUFRIR TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL HÁBITO DE COMER SOLA O ACOMPAÑADA

Alejandra Velázquez Castañeda

Licenciada en Psicología. Profesora Dpto. Psicología

José Ignacio Baile Ayensa

Doctor en Psicología. Profesor Visitante Dpto. Psicología

Universidad del Valle de Atemajac.

Guadalajara - México

Emilio Garrido Landívar.

Doctor en Psicología. Catedrático E.U. Psicología.

Universidad Pública de Navarra.

Pamplona - España

Introducción

El objetivo de este trabajo de investigación es averiguar si existe relación entre el riesgo de sufrir trastorno de conducta alimentaria, en función de si la sujeto come habitualmente sola o lo hace en compañía, en una muestra de mujeres adolescentes mexicanas.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) están en este momento subdivididos en Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado (APA, 1997), dichos trastornos han tenido un importante impacto social por la gravedad de sus manifestaciones clínicas, y por el incremento preocupante de su prevalencia entre las adolescentes de las sociedades occidentales. En Navarra (España), un estudio (Aguinaga, Fernández y Varó, 2000) durante tres años (1997-98-99) en los centros de salud mental, informa que se atendió a 375 pacientes con algún TCA. El 44.5 % con anorexia nerviosa, el 25.6 % con bulimia nerviosa y el 25.6 % con otro tipo de TCA. Revisiones (Toro, 2000) de los estudios de prevalencia, consideran que aproximadamente el 4,5 % de las adolescentes españolas sufren alguno de los cuadros clínicos.

Los modelos explicativos (Garner y Garfinkel, 1980) de la etiología de estos trastornos, abogan por modelos multicausales, donde un conjunto de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores, interactúan de forma compleja en el inicio y mantenimiento de dichas alteraciones de la salud. Algunos autores (Toro y Villardell, 1987) contabilizan aproximadamente 30 posibles factores implicados, factores de personalidad, experiencias personales, estructura familiar, reforzadores ambientales, factores socioculturales, etc.

La estructura familiar y los hábitos familiares en cuanto a la comida, son factores que se han asociado con el riesgo de TCA. Las investigaciones (Pike y Rodin, 1991) se han dirigido a explorar la existencia en las familias, de una tendencia a promover

y reforzar las presiones sociales hacia la delgadez y control alimentario, especialmente en la relación madre e hija.

En el contexto familiar se ha propuesto que los hábitos de alimentación y, en concreto, que las adolescentes coman habitualmente solas o acompañadas, podría ser un factor de riesgo de TCA. Esta propuesta se relaciona con el cambio observado en las últimas décadas en la estructura familiar occidental. Actualmente las familias son menos numerosas, y las pautas de alimentación han ido cambiando. Hoy es más frecuente encontrar familias monoparentales, o familias donde el padre y la madre trabajen, lo que origina que más adolescentes y jóvenes que antes, hagan solas la comida principal del día.

Algunos autores (Pérez et al, 2000) ya han relacionado el incremento de riesgo de sufrir TCA y el hábito de comer solas en adolescentes, concluyendo que se duplica dicho riesgo si se come sola en vez de en compañía. Probablemente, este aumento del riesgo esté relacionado con el posible efecto protector y orientador en los primeros momentos del inicio de una restricción alimentaria, que ejercen familiares que comen junto a la adolescente, así como la labor educativa en cuanto a nutrición y hábitos alimentarios que pueda realizarse en ese momento común.

Con objeto de ampliar y confirmar esta posible relación, se plantea esta investigación, y se propone en un contexto sociocultural (adolescentes mexicanas) del que se dispone de escasa información sobre prevalencia y factores de riesgo de TCA.

Material y Métodos

Como muestra de estudio se eligió alumnas pertenecientes a un Centro Escolar de Secundaria (preparatoria), dependiente de la Universidad del Valle de Atemajac en Guadalajara, México. Se realizó una evaluación a una muestra al azar de grupos escolares, si bien por razones organizativas se administró las pruebas a todo el alumnado de cada grupo, posteriormente sólo se analizaron las pruebas realizadas por chicas, resultando una muestra de 253 sujetos.

Las variables a estudiar fueron: Riesgo de sufrir TCA y hábito de realizar la comida principal del día sola o acompañada. Para medir la primera variable se utilizó el *Eating Attitudes Test*, versión de 26 ítems (Eat-26), versión castellana proporcionada por el propio autor (Garner, 1996) y que se reproduce en la Tabla 1. Este test fue desarrollado (Garner y Garfinkel, 1979) en 1979 en una versión larga de 40 ítems, pero estudios psicométricos posteriores demostraron que la versión reducida tenía la misma capacidad de *screening*. Se optó por este test por ser el más extensamente utilizado en el nivel internacional para la medida del riesgo de sufrir TCA, y por tener un aval (Garfinkel y Newman, 2000) psicométrico y de sensibilidad y especificidad para detectar estos casos, muy reconocido durante ya casi tres décadas. En este test se puede obtener una puntuación de 0 a 78 puntos, considerándose un punto de corte de 20 puntos como el criterio para separar a los sujetos en situación de riesgo de los que no.

Para la evaluación de la segunda variable se pidió a los sujetos que respondieran a la pregunta: "*La comida principal del medio-día, ¿habitualmente la hago...?*", entre las siguientes opciones de respuesta: Siempre acompañada, muy a menudo acompañada, a menudo acompañada, algunas veces acompañada, rara vez sola y siempre sola.

Se elaboró un dossier que incluía el cuestionario Eat-26 y la pregunta de hábitos alimentarios, y se administró a los grupos seleccionados al azar, durante horario

escolar normal, previa autorización por escrito a la dirección del Centro Escolar. A cada alumna se le informó de la voluntariedad de la participación, y el anonimato de la misma, solo pidiendo edad y sexo para efectos estadísticos.

Completados los cuestionarios, se eliminaron aquéllos contestados por sujetos masculinos y aquéllos que tuvieran errores de contestación, quedando 253 casos válidos. Corregidos se obtuvieron los estadísticos básicos con el programa Excel de Microsoft, y se realizaron comparaciones de medias con el programa SPSS v. 7.5.

Resultados

El grupo de investigación estuvo formado por 253 chicas adolescentes, de 14 a 19 años, con media de edad de 16.05 (DT, 1).

Superaron el punto de corte del Eat-26 (puntuaciones iguales o superiores a 20), 32 casos que suponen el 12,65 % de la muestra, quedando 221 por debajo. La Tabla 2, recoge los estadísticos básicos obtenidos.

El grupo con situación de riesgo y el grupo de situación de no-riesgo no tenían diferencias estadísticas significativas en cuanto a la edad ($p > .1$), y sí diferían significativamente en cuanto a la puntuación en el Eat-26 ($p < .001$).

En cuanto a los hábitos alimentarios, se analizaron las respuestas de la pregunta clasificatoria, obteniendo proporciones de elección, de toda la muestra, y por grupos de riesgo y de no riesgo. La Tabla 3 recoge el número de sujetos que eligieron cada opción de respuesta, y qué tanto por cien significa, y en la Figura 1, se realiza una interpretación visual de dichos resultados.

Para comparar el grupo de sujetos con alto riesgo de TCA con el grupo de sujetos con bajo riesgo de TCA, se optó por analizar exclusivamente las respuestas en los extremos de la pregunta clasificatoria (Comer siempre sola y Comer siempre acompañada), pues el resto de opciones intermedias no ofrecen una interpretación clara y rotunda desde el punto de vista clínico. De esta forma, se calculó la relación matemática existente entre la proporción de sujetos del grupo de alto riesgo de TCA que habían contestado que comían siempre solas (6,25 %) con la proporción de sujetos del grupo de bajo riesgo de TCA que habían contestado que comían siempre solas (3,61 %), resultando ser 1,73 veces mayor, un 73 % mayor.

Igualmente, se calculó la relación matemática existente entre la proporción de sujetos del grupo de bajo riesgo de TCA que habían contestado que siempre comían acompañadas (48,86 %) con la proporción de sujetos del grupo de alto riesgo de TCA que habían contestado que comían siempre acompañadas (27,76 %), resultando ser 1,76 veces mayor, un 76 % mayor.

Discusión

Con el objeto de saber si nuestro instrumento de detección se comportó adecuadamente en esta muestra de adolescentes mexicanas, podemos comparar los resultados obtenidos con el mismo instrumento en otras muestras. Así por ejemplo, en una investigación (Baile, Guillén y Garrido) con 91 universitarias navarras (España) de edad superior a la de la muestra actual, pues tenían de media 18,9 años, obtuvieron en el EAT-26 una puntuación media de 7,09 y DT 6,74. Resultando estos ligeramente inferiores a los actualmente obtenidos, debido

probablemente a la diferencia de edad. Nuestros resultados son más parecidos a otros trabajos con el EAT-26 en el nivel internacional, por ejemplo, una investigación estadounidense (Strong et al, 2000) con universitarias de 18 a 30 años, obtuvo de 9,7 puntos de media y 9,54 de DT, y en otra investigación inglesa (Séller, Blissett y Oldfield, 2001), 30 universitarias obtuvieron 8,3 de media y 8,31 de DT.

Estos datos apuntarían a que el EAT-26 se comportó en la muestra estudiada dentro de los intervalos habituales en mujeres jóvenes y adolescentes.

En cuanto al objetivo del trabajo de investigación, comprobamos dos resultados muy significativos. Primero, que la proporción de chicas adolescentes que comen solas es mucho mayor (un 73 %) en el grupo de las que tienen riesgo de sufrir TCA que en las que no tienen. Esta relación, 1,73, es ligeramente inferior a la obtenida en otra investigación que exploró esta variable en España, que fue de 2. El que sea ligeramente inferior puede deberse a las diferencias socioculturales entre España y México. En el país centroamericano la estructura familiar más extensa, y el hábito de comer en familia, probablemente son más comunes que las familias españolas actuales.

En cuanto a comer siempre acompañada, nuestros resultados señalan que es un factor de protección, pues un 76 % más de chicas adolescentes con bajo riesgo de sufrir TCA comen siempre acompañadas en comparación con las chicas que lo hacen y que tienen algo riesgo de sufrir TCA.

En conclusión, podemos considerar que en el grupo de chicas adolescentes mexicanas estudiadas existe una relación entre el hábito de comer siempre sola o siempre acompañada y el riesgo de sufrir TCA. Siendo el hábito de comer siempre sola un factor de riesgo y siendo el hábito de comer siempre acompañada un factor de protección.

Se plantean, a partir de estos resultados, varias preguntas que podrían ser objeto de futuras investigaciones. La principal es ¿por qué el comer sola es un factor de riesgo? Quizá porque la compañía familiar limita las conductas alteradas de alimentación cuando surge un incipiente trastorno del comportamiento alimentario, o quizá el inicio de un TCA lleva a la sujeto a evitar situaciones familiares y organiza su vida para comer sola, entonces esta conducta más que un factor de riesgo sería una consecuencia de los TCA. Igualmente sería interesante explorar si la estructura familiar (familias monoparentales, ambos padres trabajadores, hermanos que comen juntos...) son variables implicadas en la relación entre los hábitos de comer y el riesgo de TCA.

Referencias

APA (1997). *Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.

Aguinaga, M., Fernández, L.J. y Varó, J.R. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales del Sistema Sanitario Navarro*, 23, 279-292.

Baile, J.I., Guillén, F., Garrido, E. *Características psicométricas del instrumento "Eating Attitudes Test-26" en una muestra de chicas universitarias*. Manuscrito en revisión.

Garfinkel, P.E. y Newman, A. (2000). The Eating Attitudes Test: Twenty years later. *Eating Weight Disorders*, 6, 1-24.

Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1980). Socio cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656

Garner, D.M. (1996) Factores culturales y educación en el tratamiento de los trastornos de alimentación. En: Buendía J. *Psicopatología en niños y adolescentes, desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide, p.461-473.

Neyer, C., Blissett, J., Oldfield, C. (2001). Sexual orientation and eating psychopathology: the role of masculinity and femininity. *International Journal of Eating Disorders*, 29: 314-318.

Pérez, M., Gual, P., de Irala, J., Martínez, M.A., Lahortiga, F. y Cervera S. (2000) Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 114, 81-482.;

Pike, K.M. y Rodin, J. (1991). Mothers, daughters and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 198-204.

Strong, S.M., Williamson, D.A., Netemeyer, R.G., Geer, J.H. (2000). Eating disorder symptoms and concerns about body differ as a function of gender and sexual orientation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 240-255.

Toro, J. y Villardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.

Toro, J. (2000). La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica*, 114, 543-544.

Anexos

Tabla 1 - Versión del Eat-26 utilizado en la investigación.

1. Me aterroriza llegar a tener exceso de peso.
2. Evito comer cuando tengo hambre.
3. La comida es un tema que me preocupa.
4. Me he dado "atracones" en los que sentía que no era capaz de parar de comer.
5. Desmenuzo la comida en pequeñas porciones.
6. Soy consciente de las calorías de lo que

como.

7. En concreto, evito los alimentos que tienen un alto contenido de hidratos de carbono (pan, papas, arroz, pastas.)

8. Tengo la impresión de que los demás preferirían que yo comiera más.

9. Vomito después de comer.

10. Me siento culpable después de comer.

11. Me preocupa especialmente el deseo de esta delgado-a.

12. Cuando hago ejercicio, pienso sobre todo en quemar calorías.

13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado-a.

14. Me preocupa la idea de tener grasa en mi cuerpo.

15. Tardo más tiempo que los demás en comer.

16. Evito los alimentos que contengan azúcar.

17. Tomo alimentos dietéticos.

18. Tengo la impresión de que la comida controla mi vida.

19. Puedo autocontrolarme en lo que respecta a la comida.

20. Siento que los demás me presionan para que coma.

21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.

22. Me siento a disgusto después de haber comido postres.

23. Hago dieta.

24. Me gusta tener el estómago vacío.

25. Disfruto probando nuevos platillos ricos en calorías.

26. Tengo el impulso de vomitar después de las comidas.

Tabla 2 - Características de la muestra

	Todas	Eat26<20	Eat26=>20	Significación.
N	253	221 (87,35 %)	32 (12,65 %)	
Med Edad	16,05	16,01	16,29	>0,1 n.s.
Dt Edad	1	0,99	1,1	
Med Eat26	9,61	6,63	30,19	<0,001 s.
Dt Eat 26	9,57	4,85	8,82	

Med: Media, Dt: Desviación Típica, Eat-26: *Eating Attitudes Test*, n.s: no significativo estadísticamente, s.: significativo estadísticamente.

Tabla 3 - Resultados por opciones de respuesta

	Siempre Acompañada	Muy a menudo acompañada	A menudo Acompañada	Algunas veces acompañada	Rara vez acompañada	Siempre sola	Total
Eat-26 => 20	9 ¹ (27,27 %) ²	6 (18,75%)	6 (18,75%)	6 (18,75%)	3 (9,37 %)	2 (6,25%)	32
Eat -26 < 20	108 (48,86 %)	34 (15,38 %)	22 (9,95 %)	27 (12,21)	22 (9,95 %)	8 (3,61 %)	221
Total	117 (46,24 %)	40 (15,81 %)	28 (11,06 %)	33 (13,04 %)	25 (9,88 %)	10 (3,95 %)	253

Eat-26: *Eating Attitudes Test*, ¹ N° de casos que respondieron en esa categoría y grupo. ² Proporción en % con respecto al total de sujetos de ese grupo.

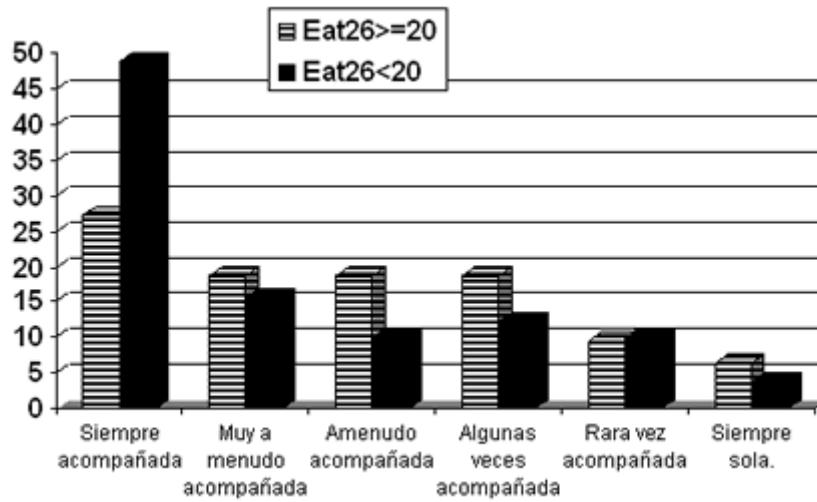


Figura 1 - Interpretación gráfica de los resultados.

LA CALIDAD DE SUEÑO COMO FACTOR RELEVANTE DE LA CALIDAD DE VIDA

Juan Carlos Sierra

Universidad de Granada

Granada - España

Introducción

El sueño constituye un estado de suma relevancia para el ser humano; prueba de ello es que pasamos cerca un tercio de nuestra vida durmiendo. Por desgracia, y probablemente 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 solamente constituye un factor determinante de la salud, sino que además supone un elemento crucial en una buena calidad de vida. Así, habitualmente, el padecimiento de ciertos trastornos del sueño va asociado a riesgos de desarrollo de otros problemas psicológicos, médicos y sociales (deterioro funcional, incremento de las tasas de accidentabilidad, alteraciones emocionales, problemas cardiovasculares, etc. Miró, Sánchez y Buela-Casal, 2003). La calidad de sueño no solamente se refiere al hecho de dormir bien durante la noche, sino también a un buen funcionamiento diurno. En este capítulo vamos describir, en primer lugar, un modelo comportamental del sueño que integra los elementos más importantes que influyen en la calidad del mismo; en segundo lugar, se analizará el papel que juegan estos factores; 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 unas manifestaciones conductuales características, tales como la relativa ausencia de motilidad y un incremento del umbral de respuesta a la estimulación externa, produciéndose durante el mismo cambios funcionales a nivel orgánico, así como cambios de actividad en el sistema nervioso, acompañado todo ello de la actividad intelectual que supone el soñar (Buela-Casal y Sierra, 2001b). Carskadon y Dement (1994) señalan que el fenómeno del sueño se puede describir desde dos perspectivas diferentes: comportamental y fisiológica. Desde el punto de vista fisiológico, en el sueño se han descrito dos estados diferentes bien definidos por sus parámetros fisiológicos; estos dos estados corresponden al sueño de ondas lentas y al sueño de movimientos oculares rápidos. Desde una perspectiva 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 1).

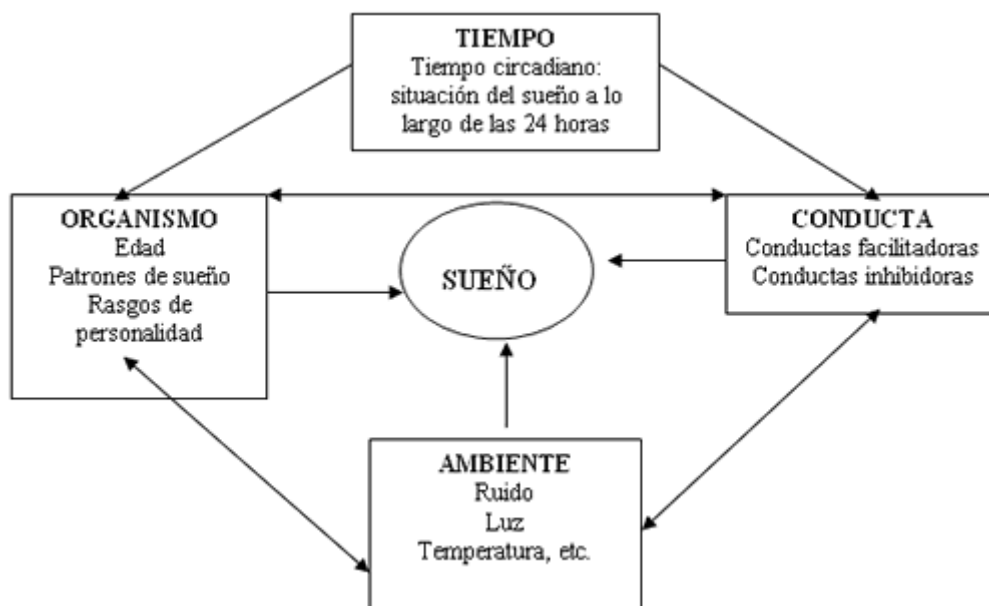


Figura 1 - Modelo comportamental interactivo propuesto por Buena-Casal y Sierra (2001a). Según este modelo, el tiempo total y la estructura del sueño están determinados por el tiempo circadiano (¿cuándo duerme el sujeto?), el organismo (¿cómo duerme?), la conducta (¿qué hace para dormir?) y el ambiente (¿dónde duerme?).

Este modelo integra perfectamente la mayoría de factores que influyen en la calidad de sueño, los cuales serán descritos a continuación.

Factores determinantes de la calidad del sueño

Como acabamos de señalar, en la descripción de los factores más importantes que inciden en la calidad del sueño del ser humano vamos a tener en cuenta los componentes o dimensiones del modelo conductual del sueño de Buena-Casal y Sierra (2001a); así, se analizará la influencia del tiempo circadiano (hora en la que se localiza el sueño), 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, principalmente como consecuencia de los horarios laborales; se estima

que en torno a 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), inestabilidad emocional (Bildt y Michelsen, 2002; Ohida *et al.*, 2001; Zubeidat y Garzón, 2003), etc. En un reciente estudio, 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 esta peor calidad podrían estar jugando un papel significativo los pensamientos disfuncionales acerca del sueño; así, se demuestra que los primeros presentan una mayor latencia del sueño y que usan con más frecuencia medicación hipnótica.

Por otro lado, es muy importante, de cara a fortalecer el ritmo circadiano del sueño y la vigilia, tratar de acostarse y levantarse a la misma hora todos los días; es recomendable que, aunque algún día nos acostemos tarde, a la mañana siguiente nos levantemos a la hora habitual. Por desgracia, entre los jóvenes es relativamente frecuente la desorganización del reloj interno por la trasgresión 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, vamos a destacar la edad, los patrones del sueño y los rasgos de personalidad. La edad constituye un factor primordial para comprender las características del sueño. La cantidad de horas de sueño cambian a lo largo de nuestra vida, pasando durante el primer año de vida de 17 a 13 horas aproximadamente, disminuyendo posteriormente de forma más lenta y gradual hasta los 20 años (acercándose a las 7-8 horas aproximadamente), y manteniéndose en esta cifra hasta la edad senil, disminuyendo progresivamente a partir de aquí. Por tanto, aquellas personas que se separan sustancialmente de estos 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 a la calidad del sueño son los patrones de sueño. En función de las horas dormidas habitualmente por los adultos 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 peor parados (Kripke, Garfinkel, Wingard, Klauber y Marler, 2002; Miró, Iáñez y Cano-Lozano, 2002). Por último, otro factor asociado a 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, también en sujetos normales sin graves trastornos del sueño se ha encontrado una asociación entre rasgos psicopatológicos y calidad del sueño; así, 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 la eliminación de comportamientos incompatibles con un sueño reparador. Así, entre las conductas positivas para el sueño se encuentran una adecuada alimentación y la práctica regular de ejercicio físico; entre las conductas perturbadoras del sueño vamos a destacar 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. Asimismo, 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. Además, el triptófano constituye un precursor de la melatonina y diferentes 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 importantes diferencias individuales, la práctica de ejercicio físico mejora en general 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; no obstante, debemos tener en cuenta la aptitud y la habituación de la persona, pues en ciertos casos podría llegar a ser incluso contraproducente. Se ha encontrado 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 porque reduce el estrés y la ansiedad, y porque produce relajación muscular y disminución del tono simpático. En principio, para que el ejercicio tenga un papel beneficioso sobre el sueño debe realizarse entre 4 y 6 horas antes de acostarse, pues si se hace justo antes de disponerse a dormir, puede provocar activación, incrementando los despertares en la fase 1 y reduciendo el sueño de ondas lentas. Sin embargo, también se demostró en una muestra de deportistas que hacer ejercicio intenso de la una a las cuatro de la madrugada no provocaba modificaciones en medidas objetivas y subjetivas del sueño en comparación a 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 claramente 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, sobre todo 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 importantes 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 (especialmente, 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 estos efectos colaterales, su uso se debe limitar a una administración aguda. Otro aspecto importante a tener en cuenta a la hora de usar 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) puede precipitar o mantener trastornos del sueño (Nicassio, Mendlowitz, Fussell y Petras, 1985; Ohayon, Caulet y Guilleminault, 1997). En un reciente estudio, Sánchez del Aguila Pérez, Sierra, Ortega Leyva y Martín-Ortiz (2003) demostraron, mediante un registro de 28 días, que los pensamientos sobre economía y salud en el momento previo a dormirse empeoran la calidad del sueño.

Factores ambientales

Existen diversos factores asociados al 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 es restaurador, encontrándose cansado 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 para una

buena calidad del sueño la oscuridad. La temperatura de la habitación debe oscilar entre 10 y 20 grados centígrados y la humedad ambiental no 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 demasiado 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, pues junto con 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 simples listados de conductas o factores que influyen sobre el sueño. Por ello, es fundamental contar con instrumentos que hayan demostrado adecuados índices de fiabilidad y validez, pues es bien conocida la falta de relación existente a veces entre medidas objetivas y medidas subjetivas del sueño. A continuación vamos a describir aquellos autoinformes que permiten evaluar diferentes 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 sobre 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) informan de 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 Estanford (ESS) (Hoddes, Dement y Zarcote, 1972) es una escala que permite autoevaluar el nivel de somnolencia, por lo que nos permite localizar 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 pide que elija la descripción que mejor represente 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 encontrado correlaciones significativas de esta escala con el tiempo de reacción, la temperatura periférica y la tasa cardiaca, mostrando por tanto, una buena validez (Buena-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 diferentes grados de somnolencia en las que el sujeto debe indicar 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 mediante el 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 realizadas antes de acostarse, luz y ruido durante la noche y siesta, constituyendo por tanto 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 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 referidos al recuerdo y contenido de los sueños. En cuanto a la validez, el autor informa de correlaciones significativas entre las puntuaciones obtenidas 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 referidos a conductas asociadas al sueño. Puntuaciones elevadas indican 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 estos 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). Por lo que respecta 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 diferentes subgrupos de insomnes (Edinger, Glenn, Bastian y Fins, 1998). Recientemente, 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 obtener solamente un factor de 15 ítems con unas adecuadas garantías psicométricas, denominado Consecuencias del insomnio: percepción, anticipación aprehensiva, valoración pesimista sobre el futuro y creencias sobre 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: período en el que dormimos, conductas que realizamos antes de disponernos a dormir, ambiente en donde dormimos, etc. A continuación, y a modo de conclusión, se establecen unas pautas a seguir relacionadas con las diferentes dimensiones descritas a lo largo de este capítulo que afectan al sueño, que mejorarán la calidad del mismo.

- Levantarse siempre a la misma hora.
- Dormir lo necesario, pero no en exceso, teniendo en cuentas 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.
- A la hora 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.

Referencias

Abad, F. Adelantado, S., González, P. y Melendo, J.A. (1993). Rasgos generales y diferenciados según el sexo en el sueño de jóvenes de 14 a 19 años. *Vigilia-Sueño*, 4, 26-33.

Aikens, J. E., Caruana-Montaldo, M. B., Venable, P. A., Tadimeti, L. y Mendelson, W. B. (1999). MMPI correlates of sleep and respiratory disturbance in obstructive sleep apnea. *Sleep: Journal of Sleep Research and Sleep Medicine*, 22, 362-369.

Aikens, J.E. y Mendelson, W.B. (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, 355-359.

Atay, T. y Karacan, I. (2000). A retrospective study of sleepwalking in 22 patients: Clinical and polysomnographic findings. *Sleep and Hypnosis*, 2, 112-119.

Bildt, C. y Michelsen, H. (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, 252-258.

Blais, F.C., Gendron, L., Mimeult, V. y Morin, C. M. (1997). Evaluation de l'insomnie: Validation de trois questionnaires. *Encephale*, 23, 447-453.

Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (1994). Escalas para evaluar la activación-somnolencia. *Vigilia-Sueño*, 6, 13-19.

Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (1996). Evaluación de los trastornos del sueño. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 307-336). Madrid: Siglo XXI.

Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (2001a). Evaluación y tratamiento de los trastornos del sueño. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 393-438). Madrid: Biblioteca Nueva.

Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (2001b). *Los trastornos del sueño. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia* (3ª reimp.). Madrid: Pirámide.

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. y Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.

Carskadon, M. y Dement, W. (1994). Normal human sleep: An overview. En M.H. Kryger, T. Roth y W.C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (pp. 16-25). Philadelphia: Saunders.

Carter, N.L., Hunyor, S.N., Crawford, G. y Kelly, D. (1994). Environmental noise and sleep: A study of arousals, cardiac arrhythmia and urinary catecholamines. *Sleep*, 17, 298-307.

Coradeschi, D., Novara, C. y Morin, C. M. (2000). Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire: versione italiana ed analisi della fedeltà. *Psicoterapia cognitiva e Comportamentale*, 6, 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., Kritz, E. I. K. y Bogren, I. K. (2002). Self-reported sleep quality, strain and health in relation to perceived working conditions in females. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 179-181.

Edinger, J.D., Glenn, D.M, Bastian, L.A. y Fins, A.L. (1998). The roles of dysfunctional cognitions and other person factors in mediation insomnia complaints. *Sleep*, 21 (supl.), 144.

Espie, C. A., Inglis, S. J., Harvey, L. y Tessier, S. (2000). Insomniacs' attributions: Psychometric properties of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale and the Sleep Disturbance Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 141-148.

Garbarino, S., Beelke, M., Costa, G., Violani, C., Lucidi, F., Ferrillo, F. y Sannita, W. G. (2002). Brain function and effects of shift work: Implications for clinical neuropharmacology. *Neuropsychobiology*, 45, 50-56.

Harma, M., Tenkanen, L., Sjoblom, T., Alikoski, T. y Heinsalmi, P. (1998). Combined effects of shift work and life-style on the prevalence of insomnia, sleep deprivation and daytime sleepiness. *Scandinavian Journal of Work*, 24, 300-7.

Hoddes, E., Dement, W. y Zarcone, V. (1972). The development and use of the Stanford Sleepiness Scale (SSS). *Psychophysiology*, 9, 150.

Holbrook, A. M., Crowther, R., Lotter, A., Cheng, C. y King, D. (2000). Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *Canadian Medical Association Journal*, 162, 225-233

Hong, J., Pan, S., Lin, L. y Li, Q. (1997). Electroencephalography and MMPI results of patients with insomnia. *Chinesse Journal of Clinical Psychology*, 5, 29-31.

Irwing, M., Miller, C., Gillin, J.C., Demodena, A. y Ehlers, C.L. (2000). Polysomnographic and spectral sleep EEG in primary alcoholics: An interaction between alcohol dependence and African-American ethnicity. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24, 1376-1384.

Jan, J.E., Freeman, R.D. y Fast, D.K. (1999). Melatonin treatment of sleep-wake cycle disorders in children and adolescents. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41, 491-500.

Jonhs, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 14, 540-545.

Koelega, H.S. (1989). Benzodiazepines and vigilance performance. *Psychopharmacology*, 98, 145-156.

Kripke, D.F., Garfinkel, L., Wingard, D.L., Klauber, M.R. y Marler, M.R. (2002). Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Archives of General Psychiatry*, 59, 131-136.

Libert, J.P., Bach, V, Johnson, L-C. y Ehrhart, J. (1991). Relative and combined effects of heat and noise exposure on sleep in humans. *Sleep*, 14, 24-31.

Medina. A.G. y Sierra, J.C. (en prensa). Influencia del trabajo por turnos en el estado emocional y en la calidad del sueño. *Psicología y Salud*.

Meneses, R.F., Ribeiro, J.P. y Martins da Silva, A. (2001). Subjective daytime sleepiness in a Portuguese clinical sample: Contribution for the study of the Epworth Sleepiness Scale. *Vigilia- Sueño*, 13, 9-14.

Michelini, S., Cassano, G.B., Frare, F. y Perugi, G. (1996). Long-term use of benzodiazepines: Tolerance, dependence and clinical problems in anxiety and mood disorders. *Pharmacopsychiatry*, 29, 127-134.

Miró, E., Iáñez, M.A. y Cano-Lozano, M.C. (2002). Patrones de sueño y salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 301-326.

Miró, E., Sánchez, A.I. y Buela-Casal, G. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos del sueño. En M. Pérez-Alvarez, J.R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud* (pp. 255-286). Madrid: Pirámide.

Monk, T. H., Reynolds, C. F., Buysse, D. J., DeGrazia, J. M. y Kupfer, D. J. (2003). The relationship between lifestyle regularity and subjective sleep quality. *Chronobiology International*, 20, 97-107.

Morin, C. M. (1994). Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep: Preliminary scale development and description. *Behavior Therapist, Summer*, 163-164.

Morin, C. M. (1998). *Insomnio. Asistencia y tratamiento psicológico*. Barcelona: Ariel.

Morin, C. M, Stone, J., Trinkle, D., Mercer, J. y Remsberg, S. (1993). Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep among older adults with and without insomnia complaints. *Psychology and Aging*, 8, 463-467.

Nicassio, P.M., Mendlowitz, D.R., Fussell, J.J. y Petras, L. (1985). The phenomenology of the pre-sleep state: The development of the Pre-Sleep Arousal Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 263-271.

Ohayon, M.M., Caulet, M. y Guilleminault, C. (1997). How a general populations perceives its sleep and how this relates to the complaint of insomnia. *Sleep*, 20, 715-723.

Ohida, T., Takemura, S., Nozaki, N., Kawahara, K., Sugie, T. y Uehata, T. (2001). The influence of lifestyle and night-shift work on sleep problems among female hospital nurses in Japan. *Japanese Journal of Public Health*, 48, 595-603.

Rivas, T., Navarro, J. F., Sagredo, L., Maldonado, E. y Dávila, G. (1998). Características psicométricas de un instrumento de evaluación de los hábitos del sueño. *Vigilia-Sueño*, 10, 73-95.

Rosa, R. R. y Bonnet, M. H. (2000). Reported chronic insomnia is independent of poor sleep as measured by electroencephalography. *Psychosomatic Medicine*, 62, 474-482.

Royuela, A. y Macías, J. A. (1997). Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburg. *Vigilia-Sueño*, 9, 81-94.

Sánchez del Aguila Pérez, B., Sierra, J.C., Ortega Leyva, V. y Martín-Ortiz, J.D. (2003). Influencia de los pensamientos previos a acostarse en la calidad del sueño. *Vigilia-Sueño*, 15, 7-14.

Saxon, L., Hiltunen, A.J., Hjemdahl, P. y Borg, S. (2001). Gender related differences in response to placebo in benzodiazepine withdrawal: A single-blind pilot study. *Psychopharmacology*, 153, 231-237.

Shirayama, M., Iida, H., Shirayama, Y. y Takahashi, K. (1996). The psychological aspects of patients with delayed sep phase síndrome (DSPS): A preliminary study. *Seishin Igaku Clinical Psychiatry*, 38, 281-286.

Sierra, J. C. y Buela-Casal, G. (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* (pp. 275-285). Madrid: Pirámide.

Sierra, J.C. y Buela-Casal, G. (2003). Efectos de una dosis aguda de diazepam sobre la expectación en sujetos voluntarios: diferencias de género. *Psicothema*, 15, 211-215.

Sierra, J.C., Delgado-Domínguez, C.J. y Carretero-Dios, H. (2004). *Propiedades psicométricas de la Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS) en una muestra española de sujetos normales*. Manuscrito sometido a publicación.

Sierra, J.C., Jiménez-Navarro, C. y Martín-Ortiz, J.D. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*, 25, 35-39.

Sierra, J. C., Luna-Villegas, G., Buela-Casal, G. y Fernández-Guardiola, A. (1997a). Residual effects (10 hours later) of a single oral dose of diazepam on vigilance. *Medical Science Research*, 25, 41-43.

Sierra, J. C., Luna-Villegas, G., Buela-Casal, G. y Fernández-Guardiola, A. (1997b). The assessment of residual effects of a single dose of diazepam on visually-defined EEG patterns. *Journal of Psychopharmacology*, 11, 367-372.

Sierra, J.C., Martín Ortiz, J.D. y Poveda Vera, J. (2003). Efectos de una dosis de diazepam sobre el estado emocional en una muestra no clínica. *Psicología y Salud*, 13, 103-110.

Sierra, J.C., Zubeidat, I., Ortega, V. y Delgado-Domínguez, D.J. (2004). *Evaluación de la relación entre rasgos psicopatológicos de la personalidad y la calidad del sueño*. Manuscrito sometido a publicación.

Smith, A. P., Maben, A. y Brockman, P. (1993). The effects of caffeine and evening meals on sleep and performance, mood and cardiovascular functioning the following day. *Journal of Psychopharmacology*, 7, 203-206.

Smith, S. y Trinder, J. (2001). Detecting insomnia: Comparison of four self-report measures of sep in a young adult population. *Journal of Sleep Research*, 10, 229-235.

Smits, M.G., Nagtegaal, J.E., Van der Heijden, J., Coenen, A.M.L. y Kerkhof, G.A. (2001). Melatonin for chronic sleep onset insomnia in children: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Child Neurology*, 16, 86-92.

Walsh, J. K., Muehlbach, M. J., Humm, T. M. y Dickins, Q. S. (1990). Effect of caffeine in physiological sleep tendency and ability to sustain wakefulness at night. *Psychopharmacology*, 101, 271-273.

Weydahl, A. (1991). Sex differences in the effect of exercise upon sleep. *Perceptual and Motor Skills*, 72, 455-465.

Wu, R. y Wang, Z. (1999). Cognitive behavior features of patients with insomnia. *Chinese Mental Health Journal*, 13, 377-378.

Youngstedt, S.D., Kripke, D.F. y Elliot, J.A. (1999). Is sleep disturbed by vigorous late-night exercise. *Medicine & Sciences in Sport & Exercise*, 31, 864-869.

Zarcone, V.P., Benson, K.L., Greene, K.A., Csernansky, J.G. y Faull, K.F. (1994). The effect of chronic alprazolam on sleep and bioamine metabolites in depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 14, 36-40.

Zubeidat, I. y Garzón, A. (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, 381-397.

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON SOMNOLENCIA EXCESIVA

Hernán Andrés Marín Agudelo y Stefano Vinaccia Alpi

Universidad San Buenaventura

Medellín - Colombia

Introducción

En muchas ocasiones se ha establecido una relación existente entre los diferentes patrones de sueño y la salud en general (Buysse, 1992; Miró y cols., 2002). En otros estudios son conocidos los impactos negativos de los trastornos de sueño como la narcolepsia y la apnea de sueño, entre otros, en el funcionamiento físico y Psico – social; o la influencia de la somnolencia excesiva en la calidad de vida de los trastornos psiquiátricos (Daniels, 2001; Marín 2001, Ramos, 1998). Las conclusiones referidas a estos trabajos demuestran claramente cómo la calidad de vida se encuentra afectada también por la somnolencia diurna excesiva, lo cual altera el funcionamiento diurno, la alerta, las capacidades de concentración, entre otros, generando estrés, accidentes y, en los casos más severos, muertes por accidentes de tránsito o laborales.

El presente trabajo hace una revisión de un aspecto menos investigado, pero de importantes implicaciones, como lo es la somnolencia excesiva diurna en diferentes aspectos de la calidad de vida en el funcionamiento cotidiano de personas sanas, es decir, sin trastornos de sueño caracterizados por este síntoma. La vida actual se caracteriza por un aumento de la longevidad, la revolución tecnológica, la inseguridad constante, el desempleo o multiempleo, cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral) y el cambio motivacional; estos aspectos se convierten en factores que predisponen al estrés generando un activismo cultural, que genera privación de sueño y éste genera somnolencia excesiva, que deteriora la calidad de vida (Marín, 2001).

Aunque la somnolencia excesiva y su impacto afecta todos los segmentos de la sociedad en cierto grado, es necesario anotar que la población sana a la que más afecta dicha problemática, son a los trabajadores por turnos rotativos, a los adolescentes y a los adultos jóvenes; diferentes estudios evidencian el predominio de somnolencia excesiva diurna en estos grupos etareos y con consecuencias puntualmente serias (Carskadon, 1998; Campbell 1995; Lindberg 1997). El problema de la somnolencia excesiva en general, se relaciona en gran parte con la forma de vida, y los datos que arrojan las investigaciones a nivel mundial son bastante fuertes y sientan las bases para dirigir programas educativos de promoción y prevención de consecuencias y factores de riesgo, que generan somnolencia excesiva a estas poblaciones criterio (Monk, 2001).

En estudios realizados con estudiantes universitarios sanos, contextualizados en la población de adultos jóvenes, demuestran ciertos componentes del sueño que se encuentran afectados, debido a la privación de sueño y que genera somnolencia excesiva diurna (como el patrón circadiano, la latencia de sueño, la disfunción

diurna, patrón de sueño, entre otros), datos obtenidos de los estudios subjetivos o cuestionarios de autoreporte, los cuales son posibles correlacionarlos con otras mediciones de calidad de vida, las cuales serían importantes retomar en posteriores estudios (Sierra, 2002; Iáñez, 2003; Chervin y Guilleminault, 1996).

Calidad de Vida y Sueño

Desde 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea el concepto de la salud, como un estado completo de bienestar físico psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad, se plantea la importancia de percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones, entendidos como calidad de vida; se vio la necesidad de empezar a explorar dos variables importantes dentro de este concepto. La primera de ellas se refiere a la percepción del paciente que padece enfermedades crónicas y la segunda, a aquellas personas en las cuales la adquisición de una enfermedad o su presencia sintomática deteriora su calidad de vida (Schwartzmann, 2003).

Partiendo de estas dos premisas, las investigaciones de la medicina comportamental del sueño, se han centrado en ambas direcciones, en la primera de ellas, los estudios de calidad de vida relacionadas con sueño se han referido específicamente en estudiar cómo las enfermedades crónicas del sueño, como el insomnio, la narcolepsia, la apnea obstructiva de sueño, deterioran la calidad de vida (Hida, 2003; Baldwin, 2001; Daniels, 2001). Lo mismo que los tratamientos y la adherencia a los mismos pueden o no mejorar la calidad de vida en dichos pacientes (Becker, 2004; De Batista, 2003; Parish y Lyng, 2003). Los resultados obtenidos en dichos estudios, arrojan como consecuencia el deterioro en diferentes áreas del desempeño global del individuo. En pacientes con privación de sueño crónica, se ha demostrado problemas en cuanto a la concentración y el desempeño de actividades diarias, lo mismo que irritabilidad y disminución productiva en su trabajo (Stepanski, 2002). Otros estudios relacionados con la narcolepsia concluyen que la somnolencia excesiva causa fallas en la función ejecutiva del individuo (Marín, 2001; Conessa, 1998).

Descripción del problema de somnolencia excesiva diurna

La somnolencia excesiva diurna, refleja un estado biológico básico necesario, análogo al hambre o a la sed (Dement y Vaughan, 2000). Como comer y beber, hambre y sed son las sensaciones cubiertas de estos estados fisiológicos, la sensación respectiva al sueño, sería la somnolencia. Como los estados fisiológicos anteriores, la somnolencia ocurre en un patrón diario rítmico. La magnitud de la somnolencia, se puede describir en tres aspectos, a saber, el primero es cómo a menudo y fácilmente, ocurre el inicio del sueño en cualquier situación; en segundo lugar, cómo es difícil de despertar cuando se está dormido, y por último, cuánto tiempo la persona despierta antes de quedarse dormida (Carskadon y Dement, 1987). La somnolencia es más evidente cuando los episodios involuntarios del sueño ocurren durante actividades rutinarias en vigilia. El problema de somnolencia excesiva, se puede asociar a una gama de quejas neuroconductuales, incluyendo dificultades en la concentración, memoria, pérdida de energía, carencia de la iniciativa, fatiga, letargo, y labilidad emocional, que llevan a reportar una pobre calidad de vida en el evaluado (Dinges, 1989b; Miró y cols 2002).

Somnolencia excesiva y calidad de vida

La somnolencia excesiva diurna, puede ser considerada problemática cuando tiene un impacto quebrantador en actividades de la vida diaria (Walsleben, 2004).

La somnolencia excesiva se puede causar por muchos factores, entre ellos, los concernientes al estilo de vida o trastornos del sueño cuya sintomatología principal es la somnolencia excesiva (Roth y cols., 1994). Dentro de los aspectos referidos al estilo de vida, incluyen tiempo escaso en cama, patrones irregulares de sueño y uso del alcohol y de ciertas medicaciones, que fragmentan el sueño nocturno, es decir, causan deprivación de sueño (Dinges, 1997). Dentro de los trastornos del sueño más frecuentes que causan somnolencia excesiva diurna, se encuentran los trastornos respiratorios del sueño, como la apnea -hipopnea del sueño, trastorno de resistencia de las vías aéreas superiores, trastornos primarios del sueño o disomnias como la narcolepsia, insomnio y síndrome agitado de las piernas, síndrome de Kleine Levin, trastornos del ritmo circadiano, por actividades voluntarias, turnos rotativos de trabajo, entre otros (Avdaloff, 2000).

El problema de la somnolencia excesiva diurna en la población general, es más probable que se deba a los factores de la forma de vida, que a los trastornos del sueño específicos caracterizados por esta sintomatología (Walseben, 2004). El problema de la somnolencia excesiva, cuya causa es la deprivación de sueño debida a los factores del estilo de vida, ocurre cuando una cantidad diaria escasa de sueño se obtiene, para llenar la necesidad biológica requerida del sueño de un individuo, y/o cuando se requiere el estado de alerta óptimo en un momento en que el cuerpo necesita dormir y cuenta con esto. La necesidad biológica del sueño es una construcción hipotética, que refleja la cantidad de sueño diario y las necesidades de un individuo de estar completamente alerta durante el día (Webb y Agnew, 1975; Dement Y Vaughan, 2000).

Deprivación de sueño, somnolencia excesiva y calidad de vida

Las necesidades biológicas del sueño varían entre la gente, a través de la esperanza de vida, y probablemente en respuesta a varios desafíos fisiológicos. Estos factores hacen difícil de identificar la cantidad específica de sueño para cubrir las necesidades de un individuo. La necesidad del sueño probablemente se distribuye normalmente, aunque no son definitivos los datos científicos existentes para responder adecuadamente a esta problemática (Miró y Cols, 2002). Sin embargo, la evidencia empírica demuestra que cuando se permite a los adultos dormir sin restricción, el tiempo medio que se duerme, es de 8 a 8.5 horas (Roehrs et al., 1989, 1996; Wehr y cols., 1993). Cuando el tiempo del sueño se reduce, de acuerdo con la necesidad del sueño de un individuo, una "deuda hipotética del sueño", o "déficit de sueño acumulado", se adquiere. Incluso reducciones diarias relativamente modestas del tiempo de sueño (1 a 2 horas) pueden acumularse a través de días para inducir una deuda del sueño, y si la deuda llega a ser demasiado grande, puede conducir al problema de somnolencia excesiva diurna (Dement y Vaughan, 2000; Marín, 2001). Aunque el déficit de sueño acumulado y la somnolencia excesiva diurna no se perciben en primera medida por el individuo, el déficit que resulta puede ser absolutamente problemático (Dement y Vaughan, 2000; Marín, 2001).

La somnolencia causada por el reloj biológico, es decir, el continuo de dormir y alerta, también tienen un ciclo diario, es decir, una ocurrencia alrededor de un día entre uno y otro (Dement y Vaughan, 2000). Este ritmo biológico básico es controlado dentro del cerebro por un sistema de nervios llamado el reloj biológico, el cual es sensible a la luz del día, o a otras señales o Zeitgebers, y a la oscuridad. En general, la somnolencia natural es más frecuente durante LA oscuridad, especialmente tarde en la noche, y la vigilancia es óptima durante la luz del día, aunque un período secundario de somnolencia creciente ocurre sobre el medio día (Roth y cols., 1994). El reloj biológico hace difícil que la gente duerma durante el día y siga estando despierto durante la noche (Monk, 1991; Dinges, 1989a). Así,

sea cual sea la cantidad de sueño del día anterior, la somnolencia aumenta sobre las horas tempranas de la mañana (en general, entre 12 a.m. y 7 a.m.), y sin importar cuánto tiempo se ha estado despierto, la somnolencia se reduce durante las horas tempranas de la tarde (en general, entre 6 p.m. y 11 p.m.), tendencia que se observa en la figura 1. (Dement y Vaughan, 2000).

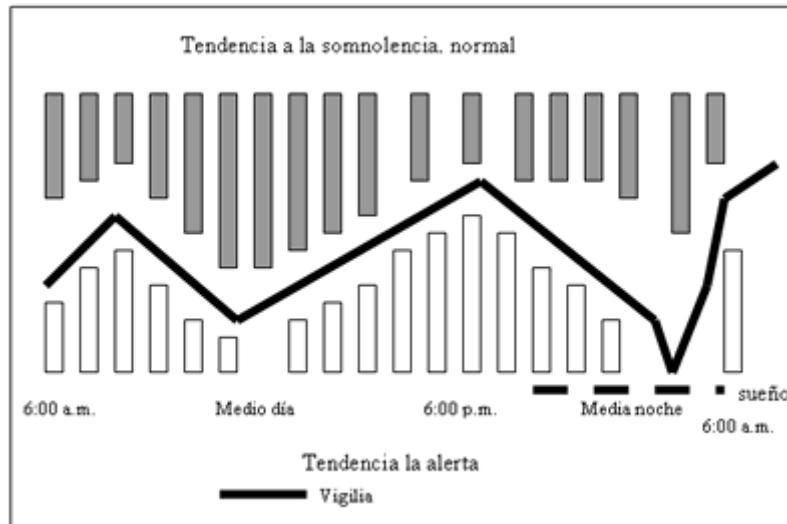


Figura 1 - Tendencia natural a la alerta y a la somnolencia, Dement y Vaughan (2000)

Los efectos del problema de la somnolencia excesiva diurna y el impacto quebrantador en la salud y la vida diaria, están comenzando a ser apreciados (Miró y cols 2002). Índices más altos de accidentalidad en automóviles en pacientes con trastornos del sueño, cuya sintomatología se caracteriza por somnolencia excesiva, se han divulgado constantemente (León y cols, 2000; Masa y cols 2000; Connor y cols, 2000). En varios estudios, los déficits neurocognitivos de pacientes con trastornos del sueño, caracterizados por somnolencia excesiva, han demostrado déficits en funcionamiento psicomotor y cognoscitivo, que se invierten con el tratamiento (Roth y cols., 1995a).

En general, la somnolencia excesiva se asocia en sí misma a un sin número de niveles, que median los resultados en la calidad de la salud y por ende en la calidad de vida, de acuerdo con la variable patrón de sueño, es decir, el tiempo total que una persona duerme diariamente y que es estable en ella (Miró y Cols., 2002). En las gráficas 1 y 2, del estudio del trabajo de Ohayon (1997), citado por Miró (2002), se observa, en primer lugar, la relación estrecha entre prevalencia de somnolencia severa o moderada con el patrón de sueño y, en segundo lugar, se retoman algunas consecuencias en el nivel de salud física y psicológica, asociadas al padecimiento de somnolencia severa y moderada.

Gráfica 1 - Estudio de Ohayon, 1997, citado por Miró y cols., 2002.

Porcentaje de sujetos con patrón de sueño corto, intermedio o largo que sufren de somnolencia severa o moderada		
Patrón de sueño	Somnolencia severa	Somnolencia moderada
Corto	13,4%	26%
Intermedio	3.1%	11.7%
largo	3%	16.6%

Gráfica 2 - Estudio de Ohayon 1997, citado por Miró y cols 2002.

Algunas consecuencias a nivel de salud física y psicológica, asociadas al padecimiento de somnolencia severa y moderada					
Padecimiento de somnolencia	Consultas médicas en un año	Hospitalización y/o Tratamientos	Trastornos depresivos	Tratamientos de ansiedad	Accidentes tráfico o maquinarias
Somnolencia severa	76.3%	20.2%	17.4%	19.4%	9.3%
Somnolencia moderada	67.9%	15.6%	8.7%	9.6%	6.9%
Sin somnolencia (o muy leve)	58.7%	9.5%	3.3%	4.2%	3.4%

Para evidenciar los diferentes niveles de alteración de la salud, se explican en el siguiente cuadro, diferentes estudios retomados de la descripción de Miró y cols. (2002), donde se abordan nuevamente los aspectos de la salud o enfermedad, resultado de la relación de dichos factores, con la somnolencia excesiva, además de una breve descripción de instrumentos utilizados y resultados en aspectos relacionados con la salud, debido a la ocurrencia o al riesgo de padecer somnolencia excesiva.

Gráfica 3 - Factor de salud afectado o de ocurrencia por riesgo al padecer somnolencia excesiva

Autor	<i>Instrumentos utilizados</i>	<i>Factor de salud afectado o de ocurrencia por riesgo al padecer somnolencia excesiva</i>
Briones y cols.	<ul style="list-style-type: none"> SF 36 Escala de Somnolencia Epworth 	<ul style="list-style-type: none"> Percepciones del estado funcional, bienestar total y salud general, mas bajas a mayor somnolencia

	<ul style="list-style-type: none"> • TMLS 	
Asplund 1996 Newman y cols. 2000 Splegel 1999	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios de auto reporte 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones con peor salud global y limitaciones funcionales (informes de dolor, problemas visuales y auditivos, déficit neurológicos, zumbidos, vértigo y trastornos del equilibrio)
Qureshi 1997	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios de auto reporte 	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación, somnolencia y derrame cerebral
Ohayon y cols. 1997	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios de auto reporte 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalizados por enfermedad física y relación con somnolencia
González y cols. 1991	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios de auto reporte 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de trastornos psicopatológicos

Otros estudios han reportado que las personas que tienden a siestas prolongadas en la tarde, están asociadas a fallas en el estado cognitivo y funcional, e incluso el incremento de trastornos psiquiátricos (Miró y cols., 2002). En resumen, está clara la relación del estado y percepción de salud, al padecimiento de somnolencia, aunque es necesario realizar más estudios que apoyen con evidencia empírica para demostrar esta relación.

Factores de riesgo o alteraciones diurnas que causa la somnolencia excesiva diurna

La distribución de los accidentes de automóvil relacionados con la somnolencia en la población en general a través del día de 24 horas, es altamente constante; estudios que han llevado a afirmar y a deducir el perfil circadiano de la somnolencia (Mitler y cols., 1988; Leger, 1994; Webb, 1995). La literatura extensa sobre los efectos de la privación del sueño y de la restricción del sueño en la gente sana, según lo determinado por medidas de funcionamiento basadas en estudios de laboratorio, documentan claramente una gama de déficits neuroconductuales de funcionamiento que acompañan al problema de somnolencia excesiva (Dinges y Kribbs, 1991). Los aspectos que pueden estar alterados en un individuo sano "somnoliento", pueden incluir dificultades para sostener la atención, respuestas retardadas, dificultad para recordar la información reciente y problemas en mantener un nivel estable del funcionamiento ejecutivo, lo cual puede llevar a que muchas veces no se identifique el problema real de la somnolencia, y el accidente pase a un segundo plano, debido al factor de activación pos-shock (Baulk y cols, 2001; Marín, 2001). Estas disfunciones pueden dar lugar a que se cometan errores y que ocurran accidentes laborales o automovilísticos. Si bien es cierto que no existen muchos estudios sistemáticos de laboratorio, estados de humor deprimido o irritable, lo mismo que la labilidad emocional, también pueden acompañar los estados de somnolencia excesiva, según lo indicado por experiencia diaria e informes anecdóticos de estudios en el laboratorio y el campo (Dinges y Kribbs, 1991; Monk, 1991). Finalmente, muy poca información de estudios que refieran el impacto de la somnolencia excesiva diurna en la salud y longevidad físicas está disponible, aunque los estudios de los efectos de la privación del sueño en el funcionamiento

inmune humano están comenzando a aparecer en la literatura científica (Miró, 2002; Briones y cols 1996).

Métodos de intervención en medicina conductual del sueño de la somnolencia excesiva, en personas con déficit de sueño acumulado

El manejo de la somnolencia excesiva diurna, que resulta de un déficit de sueño acumulado, es posible en personas sanas cuando se aumenta el tiempo del sueño y se reducen las interrupciones del sueño, teniendo en cuenta el ritmo circadiano del estado sueño - vigilia (Roehrs y cols., 1989, 1996). Sin embargo, una sola noche del sueño extendido puede no ser bastante para la revocación completa. El tiempo diario del sueño se puede aumentar en el tiempo nocturno, lo cual lleva a prolongar el tiempo de sueño en cama, preferiblemente moviéndose gradualmente los tiempos de dormir anteriores a la media noche. Pueden también aumentarse durante el día periodos de siestas, sobre la media tarde, durante la subida circadiana generalmente de la somnolencia (Monk, 2001). Es preferible que las siestas no se realicen en el plazo de aproximadamente 4 horas del tiempo de acostarse nocturno generalmente, porque pueden interrumpir el sueño nocturno subsecuente (Dinges y Broughton, 1989; Dinges, 1995). Las siestas han demostrado reducir la somnolencia excesiva, pero siestas de más de 15 minutos, han demostrado que pueden ser prolongación de un estado hipersomne patológico, aunque dichos estudios no se han realizado sistemáticamente.

La continuidad del sueño, es decir, evitar la privación de sueño, cuando no es por causas fisiológicas, como apnea obstructiva, asma, disfunción renal, entre otras, puede ser mejorada corrigiendo los factores ambientales que interrumpen el sueño (luz, ruido, temperatura), estableciendo cada noche un horario constante del sueño, y programar sueño en fase con los ritmos circadianos y el ciclo luz-oscuridad (Hans y cols., 2000). Correctamente, la exposición sincronizada a la luz brillante y a la oscuridad puede ser eficaz para mejorar el sueño, tal como es interrumpida por la dislocación circadiana que ocurre con el recorrido transmeridiano (viajes interoceánicos) y el trabajo en turnos (Campbell y cols., 1993). Las medicaciones para inducir el sueño y optimizar una activación para la somnolencia, pueden sustituir permanentemente el sueño o invertir totalmente la somnolencia excesiva, si bien es cierto que ciertos avances farmacéuticos, como el modafinil, han disminuido los efectos adversos de ciertos fármacos de componente anfetamínico, utilizados en el tratamiento de la somnolencia excesiva, las investigaciones han demostrado que siguen existiendo algunos impactos, como la dependencia al fármaco y la falta de adherencia al tratamiento (Becker, 2004; De Batista, 2003; Parish, 2003). El tratamiento directo de la somnolencia excesiva con cafeína, un estimulante extensamente usado, tiene efecto potencial a corto plazo muy limitado, mientras que la tolerancia a la misma es lo que ocurre más frecuentemente. Las medicaciones existentes tienen un papel limitado, al aumentar el tiempo de sueño para mejorar continuidad del sueño, disminuyendo los microdespertares, lo que directamente modificaría el problema de somnolencia excesiva diurna. Los estudios sobre la eficacia del uso a corto plazo de la hipnosis estándar para aumentar el tiempo de sueño y la continuidad del sueño se han descrito como exitosas (Roth y cols., 1995b), pero si pueden ser utilizados para el insomnio crónico, el grado en el cual mejoran la somnolencia excesiva diurna y la fatiga sigue siendo polémico.

Poblaciones criterio más afectadas por el problema de somnolencia excesiva diurna

Trabajadores por cambio rotativo de trabajo (Somnolencia excesiva asociada a desórdenes del ritmo circadiano).

El término "trabajo en turnos" describe el empleo regular (a tiempo completo o por horas) que ocurre fuera de las 7 u 8 horas convencionales, de 7 a.m. a 7 p.m., lapso en el cual el "trabajo del día" ocurre (Avdaloff, 2002). Un número de factores en nuestra sociedad están conduciendo al incremento del trabajo en turnos (Carskadon y cols., 1997). Primero, la sociedad de consumo hace que los artículos necesarios y otros que se imponen como necesarios, estén llegando a ser más costosos y requieren que la persona adopte el multiempleo (característica definida como tener varios empleos al mismo tiempo, o empleo regular por turnos) más allá de su ritmo circadiano y el reloj biológico, para cubrir los costos de dicho consumo, obteniendo salarios más representativos, a través de trabajar largas horas y/o tomar los segundos trabajos para mantener su estándar de vida. En segundo lugar, el sector de servicio se está moviendo rápidamente hacia la disposición de los servicios más allá del reloj biológico, particularmente en las actividades bancarias, ventas al por menor, industrias de transporte, industrias lúdicas (bares, casinos), industrias de comidas rápidas y restaurantes, entre otras. Tercero, porque ante los altos costos de los procesos de selección de personal, capacitación y beneficios complementarios, los empleadores están manteniendo el mismo número de empleados, incluso cuando la demanda para su producto aumenta (incrementando el horario laboral). La prevalencia de somnolencia excesiva entre trabajadores de turnos rotativos, o multiempleados, es alrededor del 20 al 25 por ciento de la población, activa e implicada en una cierta forma (Hublin y cols, 2001; Johns y Hocking, 1997). Investigaciones aportan que los trabajadores de turno rotativo o multiempleados, duermen en promedio cerca de 1 hora menos de sueño, por 24 horas (cerca de 7 horas menos sueño por semana), que sus contrapartes de día-trabajo (Colligan y Tepas, 1986). Sin embargo, los estudios polisomnográficos, sugieren que el sueño está reducido, incluso 2 horas o más por día (Torsvall y cols., 1989). Los trabajadores del cambio de turno de la tarde, parecen obtener la mayoría del tiempo de sueño necesario y reparador. Pese a la relación directa que existe entre la privación de sueño y la somnolencia excesiva, no se han realizado estudios definitivos del predominio exacto de la somnolencia excesiva entre trabajadores de cambio de turnos o multiempleados, pero en estudios de auto reportes, cerca de 60 a 70 por ciento de trabajadores de cambio se quejan de somnolencia excesiva o de problemas del sueño (Rutenfranz y cols., 1985; Åkerstedt y Gillberg, 1981). Las medidas fisiológicas durante últimas horas simuladas del turno de noche, indican un grado de somnolencia que se considera severo y clínico patológico cuando es presente durante el día (Walsh y cols., 1991). Claramente, la somnolencia excesiva es un problema importante para los trabajadores de cambio de turnos, especialmente trabajadores del turno de noche (Åkerstedt, 1995). Se necesita más investigación rigurosa para comprobar la magnitud exacta del problema.

Las causas de la somnolencia excesiva en los trabajadores por cambios de horario del trabajo en el turno laboral, se relacionan no solamente con el sueño escaso o privación de sueño, también con la sincronización desplazada del sueño y de la alerta. La especie humana es diurna, el sistema circadiano humano se diseñó específicamente para preparar el cuerpo y la mente para el sueño restaurador en la noche y la alerta activa durante el día. Así, hay razones fisiológicas sanas por las que el sueño durante horas de la luz del día puede ser difícil y el alerta activo es difícil de mantener durante las horas de la noche, incluso en los que se adaptan bien (Monk y cols., 1996). Los ritmos circadianos en la temperatura del cuerpo, el cortisol del plasma, y la melatonina, son lentos al ajustarse a un cambio precipitado en la rutina del organismo (Åkerstedt, 1985), particularmente a un trabajo nocturno que requiere actividad, donde las señales de oposición del tiempo (*zeitgebers*) de la luz del día y de la oscuridad, tienen que ser superadas.

Es necesario retomar también que las fuerzas biológicas no representan la única causa del problema de somnolencia por privación de sueño en trabajadores que

poseen cambios de turnos. La sociedad humana es también día orientado, y la consigna informacional para favorecer el sueño de la noche de los trabajadores del día, no existe equivalentemente para favorecer durante el día, el sueño del día de los trabajadores del turno de la noche. Esto implica a los trabajadores por cambio de turnos a menudo dormir en alrededores más ruidosos y tener factores ambientales que causan privación de sueño, lo cual no ocurre en la noche para un individuo de día - trabajo orientado. Así, presiones sociales y domésticas fuertes (Walker, 1985; Knauth, 1996) interrumpen el sueño del empleado de turno, además de las dificultades circadianas. Diferencias individuales, por ejemplo, la edad y posiblemente el tipo circadiano de la fase (matutina vespertina), pueden también desempeñar un papel muy importante (Härmä, 1995).

Adolescentes y la edad adulta joven (Somnolencia excesiva asociada a desórdenes del ritmo circadiano)

La adolescencia tardía y la edad adulta joven, son estados psicoevolutivos que refieren a las transiciones de la pubertad, a través del establecimiento de los papeles del adulto en sociedad. La historia humana reciente ha posibilitado la prolongación dramática de este intervalo, pues la pubertad ha estado ocurriendo en edades anteriores, mientras que la asunción de los papeles del adulto en sociedad (las carreras y paternidad), se retrasa a menudo por períodos más largos de la enseñanza convencional. Aunque cualquier definición es algo arbitraria, es necesario operacionalizar la ocurrencia de todos estos estados. La adolescencia entre la edad de 12 años, esto sumado a la enseñanza convencional (secundaria y/o universitaria). La edad adulta joven incluirá el período de la terminación de la universidad, secundaria o estudios técnicos, a través del establecimiento de los papeles y de las responsabilidades del adulto. El intervalo entre los 12 y 25 años de edad, abarca un período crítico del desarrollo para muchos aspectos de la vida, el incluir carreras, relaciones interpersonales, y muchos hábitos de la forma de vida, probablemente pueden afectar salud, bienestar y productividad a través de la esperanza de vida. La prevalencia de la somnolencia excesiva diurna entre adolescentes y adultos jóvenes es revelada en pocos estudios epidemiológicos, los datos existentes indican que la somnolencia excesiva diurna, afecta actualmente un porcentaje significativo en la juventud. Carskadon y cols. (1998), y Lideberg y cols. (1997), encontraron que entre un 20 a 25 por ciento de los estudiantes implicados en los estudios, decían experimentar comportamientos cada semana asociados a somnolencia excesiva diurna, como dificultad para levantarse al ir a la escuela, quedarse dormido en clase, o luchando para permanecer despierto. Estudios de Strauch y Meier (1988), encontraron que 54 a 75 por ciento de adolescentes y de adultos jóvenes expresaron un "deseo para más sueño" y este deseo fue juntado con informes de cansancio en la mañana. Otros estudios en Nueva Zelanda divulgaron que entre un 25 por ciento de los jóvenes de quince años de edad (N = 943), reportó que necesitan más sueño (Morrison y cols., 1992). En estudios norteamericanos, los estudiantes de la secundaria que terminaron en 1994, un 26 por ciento reportó que duermen menos de 6.5 horas en la noches que cuando estaban escolarizados, mientras que solamente 15 por ciento reportó 8.5 horas o más de sueño (Wolfson y Carskadon, 1996). Juntos, estos datos indican un patrón adolescente extenso del sueño inadecuado y somnolencia excesiva diurna.

Las causas de somnolencia excesiva diurna en adolescentes y adultos en jóvenes, son más comúnmente asociadas con los patrones de sueño irregulares. Los factores que hacen del sueño un estado irregular, incluyen el estado biológico y las preferencias del comportamiento del adolescente (Carskadon y Acebo 2002). Las relaciones entre los factores biológicos y psicosociales que afectan los patrones del sueño pueden ser complejas. Una descripción de estos factores es útil. En el factor psicosocial del comportamiento, el sueño adolescente es afectado por un sin número de variables; padres que se retiran de su papel de fijar límites del

acostarse y se dedican más a servir una función del despertador de la mañana (Carskadon, 1990a). Simultáneamente, las relaciones de pares (amigos, compañeros de estudio), comienzan a animar retrasar los tiempos de acostarse cada vez más tarde, de acuerdo con las expectativas y oportunidades sociales, lúdicas y recreativas. Las obligaciones académicas pueden requerir el trabajo adicional de la escuela en la noche, pero al mismo tiempo requerir a menudo un comienzo anterior al día de la escuela (Allen, 1991). Finalmente, como los adolescentes se incorporan tempranamente en el mercado laboral, el empleo puede contribuir a la irregularidad de los patrones del sueño, que cambian empujando el tiempo de acostarse más tarde, para acomodar horas del trabajo de la tarde o por tiempo nocturno, o madrugador, si los trabajos comienzan antes de la escuela (Carskadon, 1990a).

Los adultos jóvenes en el lugar de trabajo y/o de cara a la universidad, reportaron factores psicosociales que afectan el sueño. En un estudio realizado en Estados Unidos, estudiantes universitarios reportaron que la disminución del tiempo de acostarse, entre secundaria y los años de la universidad era de 2 horas (Carskadon y Davis, 1989). Estudios realizados, no encontraron ninguna diferencia de preferencia circadiana, entre la fase de acostarse entre la secundaria y los estudiantes de la universidad en Japón (Ishihara y cols., 1990). No se ha realizado investigación formal para examinar los patrones del sueño de los adolescentes que trabajan y de los adultos jóvenes que no están en escuela. Así, es difícil determinar el grado en el cual la gente joven ajusta sus patrones del sueño, cuando se unen a la fuerza laboral de tiempo completo. Los factores biológicos en adolescencia y edad adulta joven también desempeñan un papel pero están menos bien descritos. Un estudio laboratorio- longitudinal basado en el sueño del adolescente, demostró que la necesidad del sueño no parece declinar a través de adolescencia. Los jóvenes, dada una oportunidad de diez horas constante para el sueño, no demostraron ningún cambio significativo en la duración nocturna del sueño (Carskadon et al., 1980; Gau y Soong, 2003). Entre las edades de 10 a 17 años, el tiempo medio dormido era aproximadamente 9.2 horas. Un número de investigaciones de los patrones del sueño en los adolescentes, indica que muchos jóvenes comienzan a exhibir retraso en la época preferida para el sueño durante el desarrollo pubertal, y gozan al permanecer despiertos hasta más tarde, prolongando el tiempo de acostarse, más allá del patrón circadiano normal (Ishihara y cols., 1990; Andrade y cols., 1992; Carskadon y cols., 1993). Los datos recientes indican que la regulación del sistema circadiano de la sincronización puede cambiar durante el desarrollo pubertal y contribuir a medir el tiempo retrasado (Carskadon y cols., 1996; Gau y Soong, 2003). Este tipo de fase del sueño retrasada, está en conflicto directo con horas de ingreso tempranas de la escuela, que forma un aspecto incontrolable y no negociable del programa diario de un adolescente. El ciclo de sueño durante la semana, entra en conflicto con las actividades de la escuela en los adolescentes y los tiempos de acostarse temprano, para responder a las demandas corporales, las cuales pueden llegar a no ser cubiertas para los adolescentes al inicio del siglo XXI, debido a los impedimentos biológicos y psicosociales. Varios de los estudios también han demostrado una asociación entre la somnolencia excesiva y los patrones irregulares del sueño, los cuales son comúnmente experimentados por los adolescentes y los adultos jóvenes que tienen sueño corto y tiempos de levantarse tempranos los días de la semana (escolaridad) y sueño retrasado y alargado el fin de semana (debido a las actividades socioculturales) (Billiard y cols., 1987; Manber y cols., 1996).

La somnolencia excesiva para los adolescentes y los adultos jóvenes, si ocasionalmente en ciertos momentos culturales les resulta "útil", sus consecuencias ocurren de forma sutil. En el extremo, un estado de somnolencia "mórbido" ocurre y se asocia a faltas y a lapsos del funcionamiento, lo cual puede tener un impacto desfavorable en los procesos de aprendizaje y un impacto catastrófico en

actividades tales como conducir un automóvil (Leger,1994). Estudios de Carolina del Norte en 1990, 1991 y 1992 demostraron que alrededor del 55 por ciento de los 4.333 de accidentes de tránsito, que ocurría debido al hecho de quedarse dormido, se presentaba entre personas de 25 años de la edad o más jóvenes y predominantemente en hombres (Pack y cols., 1995). Dichos accidentes ocurrieron principalmente sobre las horas nocturnas. El adolescente somnoliento potencialmente puede estar en el mayor riesgo para abusar de cafeína, nicotina y alcohol (Carskadon, 1990a). Un estudio observó que aproximadamente 60 por ciento de jóvenes en la universidad-edad (N = 182), habían conducido mientras que estaban afectados por somnolencia excesiva, comparado con cerca del 15 a 20 por ciento que divulgaban conducir mientras que estaban embriagados (Carskadon, 1994). También aparece que el sueño escaso afecta el estado de ánimo, la atención y el comportamiento en los adolescentes. Estudios realizados en estudiantes universitarios, bajo condiciones de restricción del sueño, evidenciaron estados de ánimo depresivo durante la restricción del sueño (Carskadon y cols., 1989b). Los cambios del estado de ánimo asociados a privación de sueño, también fueron indicados por correlaciones entre el tiempo total del sueño y los resultados en escalas de la ansiedad y depresión, en un grupo de 581 estudiantes universitarios (Carskadon y cols., 1991). Mientras que son concluyentes los datos que evidencian dicha correlación, no son todavía suficientes para determinar si la somnolencia excesiva causa cambios en el estado de ánimo y viceversa, los dos fenómenos parecen estar ligados de cerca a través de muchos estudios. Si, como se concluye en las investigaciones, el sueño inadecuado deteriora el estado de ánimo, la concentración y control de algunos comportamientos, tales cambios pueden interferir con la capacidad de un joven para utilizar estrategias de afrontamiento frente a factores estresores cotidianos. Una preocupación importante en esta área es la probabilidad de que las relaciones interpersonales (importantes para la edad adolescente), sean posiblemente menoscabadas por estados de ánimo deteriorados, dificultades en la atención y control del comportamiento (quedarse despierto), como consecuencia de la privación voluntaria e involuntaria del sueño entre adolescentes.

Las medidas para intervenir el problema de somnolencia excesiva en los adolescentes y los adultos jóvenes, requerirán probablemente un acercamiento multifactorial. La necesidad más obvia es aumentar la cantidad total de sueño en adolescentes y adultos jóvenes. Las estrategias que pueden ser útiles incluyen mayores tentativas de proporcionar educación constante, con respecto a la naturaleza obligatoria del sueño y a la importancia del sueño para un funcionamiento y bienestar óptimos, mejorando la calidad de vida. Es decir, los esfuerzos educativos se deben enfocar hacia niños, padres, educadores, y los profesionales de la salud que pueden aportar a la construcción de una cultura por el buen dormir. Dado el impacto de la hora de ingreso a la escuela en los patrones del sueño de los adolescentes, un número de investigadores y de grupos clínicos han sugerido que las clases diarias comiencen más tarde para los adolescentes, como medida paliativa.

Conclusiones

La somnolencia excesiva en general, afecta diferentes dimensiones de la calidad de vida del individuo, en especial aquellas áreas de la experiencia física, a través del entrecimiento y la fatiga, lo mismo que factores emocionales y neuroconductuales, que causan déficit, que resultan en su grado más extremo, como patológicos, en los casos de somnolencia excesiva, como característica clínica de ciertos trastornos del sueño, y por otro lado, en los casos de personas sanas,

cuya somnolencia excesiva es fruto de la privación de sueño, por actividades propuestas por la sociedad (académicas, laborales y/o lúdicas), las cuales principalmente afectan a trabajadores por turnos y a las poblaciones en etapas psicoevolutivas de la adolescencia y la adultez joven, como lo demuestran los estudios antes citados.

Dentro de los modelos biomédicos, un punto importante de análisis en la calidad de vida, como sostiene Schuartzmann (2003), es el que se refiere a los factores de morbimortalidad, donde la asociación de déficit cognitivos y disminución del tiempo de alerta debido a los factores ambientales que privan el sueño, causa un sin número de muertes humanas y pérdidas materiales, a través de los accidentes de tránsito y/o laborales. Aunque no se han realizado muchos estudios al respecto de la disminución de la producción laboral y /o académica, y su relación con la somnolencia excesiva, es posible hipotetizar que en personas con somnolencia severa, se encuentran alterados.

Los cambios de la sociedad actual, las actividades lúdicas culturales, el incremento de costos en una sociedad de consumo, las características de oferta y demanda de artículos, lo mismo que los cambios psicoevolutivos en la edad adulta joven y los adolescentes, hacen que se incremente la posibilidad de factores precipitantes para la privación de sueño, posibilitando el retraso de los tiempos de acostarse, causando déficit de sueño acumulado y, como resultado, el aumento de la somnolencia excesiva en personas sanas.

Por último, es necesario, de acuerdo con la relación establecida entre somnolencia excesiva y salud, hacer claridad en los aportes que la investigación interdisciplinaria del problema, sus enfoques causales y sus consecuencias, tanto en personas sanas, como en las que se reporta la somnolencia como trastorno de sueño, debido a que las posibles medidas interventivas y de promoción y prevención de la misma, son necesarias para mejorar la calidad de vida en personas que la padecen.

Referencias

Allen, R.P. (1991). School-week sleep lag: sleep problems with earlier starting of senior high schools. *Sleep Research* 20:198.

Åkerstedt, T.; Gillberg, M. (1981). The circadian variation of experimentally displaced sleep. *Sleep* 4:159-169.

Åkerstedt, T. (1985). Adjustment of physiological circadian rhythms and the sleep-wake cycle to shift work. In: S. Folkard, T. Monk (eds.), *Hours of Work: Temporal Factors in Work Scheduling*, pp. 185-198. New York: John Wiley & Sons.

Åkerstedt, T. (1995). Work hours, sleepiness and the underlying mechanisms. *Journal of Sleep Research* 4(Suppl 2):15-22.

- Avdaloff, W. (2000). Hipersomnias. En: *Medicina del sueño: Fundamentos científicos y aspectos clínicos*. Mediterráneo. pp. 111-144.ñ
- Becker, D.M.; Schwartz, J.R.; Feldman, N.T.; Hughes, R.J. (2004). Effect of modafinil on fatigue, mood, and health related quality of life in patients with narcolepsy. *Psychopharmacology*. 171(2)133-139.
- Billiard, M.; Alperovitch, A.; Perot, C.; Jammes, A. (1987). Excessive daytime somnolence in young men: prevalence and contributing factors. *Sleep* 10:297-305.
- Bonnet, M. (2000). Sleep deprivation. En: M. Kryger, T. Roth, W. Dement (eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 3 ed. pp. 53 -71. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Borbely, A.; Acherman, P. (2000). Sleep homeostasis and models of sleep regulation. En: M. Kryger, T. Roth, W. Dement (eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 3 ed. pp. 377-390. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Buyse, D.J ; Brawman, K.E; Monk, T.H; Reynutds, C.F. (1992) Napping and 24 - Hour Sleep/wake patterns in healthy elderly and young adults. *American geriatrics Society* 40, 779 - 786
- Buela-Casal, G.; Iañez, M.A.; Miró, E.; Catena, A. (2003). Calidad de sueño en sujetos con diferentes patrones habituales de sueño. En: *Psicología y salud*. 13 (2): 193-202.
- Briones B.; Adams N.; Strauss M.; Rosenberg C.; Whalen C.; Carskadon M.; Roebuck T.; Winters M.; Redline S.(1996). Relationship between sleepiness and general health status. *SLEEP*.19:583-588
- Campbell SS. (1995). Effects of timed bright-light exposure on shift-work adaptation in middle-aged subjects. *SLEEP*. 18:408-16.
- Carskadon MA; Wolfson AR; Acebo C; Tzischinsky O; Seifer R. (1998). Adolescent sleep patterns, circadian timing, and sleepiness at a transition to early school days. *SLEEP*. 21:871-81
- Carskadon, M.A. (1990a) Adolescent sleepiness: increased risk in a high-risk population. *Alcohol, Drugs Driving* 5/6:317-328.
- Carskadon, M.A., Davis, S.S. (1989). Sleep-wake patterns in the highschool- to-college transition: preliminary data. *Sleep Research* 18:113.
- Carskadon, M.A.; Harvey, K.; Duke, P.; Anders, T.F.; Litt, I.F.; Dement, W.C. (1980). Pubertal changes in daytime sleepiness. *Sleep* 2:453-460,
- Carskadon, M.A.; Richardson, G.S.; Tate, B.A.; Acebo, C. (1996). Long nights protocol: access to circadian parameters in adolescents (abstract). Paper presented at the Fifth Meeting of the Society for Research on Biological Rhythms, Amelia Island Plantation, May 9,
- Carskadon, M.A.; Dement, W.C. (1987). Daytime sleepiness: quantification of behavioral state. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 11:307-317,

Carskadon, M.A. (1994). The risk of sleepy driving: a survey of adolescents and young adults. *Sleep Research* 23:115,

Carskadon, M.A.; Rosekind, M.R.; Galli, J.; Sohn, J.; Herman, K.B.; Davis, S.S. (1989b). Adolescent sleepiness during sleep restriction in the natural environment. *Sleep Research* 18:115,

Carskadon, M.A., Seifer, R., Davis, S.S., Acebo, C. (1991). Sleep, sleepiness, and mood in college-bound high school seniors. *Sleep Research* 20:175,

Conesa-Peraleja López, E . Izquierdo, V. (1998). Narcolepsia: una propuesta de evaluación neuropsicológica. *Vigilia Sueño*, 10 (1) (Suplemento).

Chervin RD; Guilleminault C. (1996). Overestimation of sleep latency by patients with suspected hypersomnolence. *SLEEP*. 19:94-100

Campbell, S.S.; Dawson, D.; Anderson, M.W. (1993). Alleviation of sleep maintenance insomnia with timed exposure to bright light. *Journal of the American Geriatric Society* 41:829-836:

Colligan, M.J.; Tepas, D.I. (1986). The stress of hours of work. *American Industrial Hygiene Association Journal* 47(11):686- 695,

Connor J; Norton R; Ameratunga S; Robinson E; Wigmore B; Jackson R (2001). Prevalence of driver sleepiness in a random population-based sample of car driving. *SLEEP*. 24:688-694

Czeisler, C.A.; Dijk, D.J. (1995). Use of bright light to treat maladaptation to night shift work and circadian rhythm sleep disorders. *Journal of Sleep Research* 4(Suppl 2):70-73,

Daniels, E; KIing, M.A.; Smith, I.E.; Shneerson, J. (2001). Health-related quality of life in narcolepsy. En: *Journal Sleep Resources* 10, 75-81

Dement, W.C.; Vaughan, C. (2000). Déficit de sueño y mente hipotecada; El animal nocturno y el reloj biológico. En: *Dormir bien*. Atlántida. pp 59 - 108.

De Batista, C.D.; Menza, M.A.; Roshental, M.H.; Fieve, R.R. (2003). Adjunct Modafinil for the short - term treatment of fatigue and sleepiness in patients with major depressive disorder: a preliminary double - blind, placebo - controlled study. *Journal of clinic psychiatry* 64(9); 133-139.

Dinges, D.F.; Kribbs, N.B. (1991). Performing while sleepy: effects of experimentally-induced sleepiness. In: T.H. Monk (ed.), *Sleep, Sleepiness, and Performance*, pp. 97-128. New York: John Wiley & Sons,

Dinges DF; Pack F; Williams K; Gillen KA; Powell JW; Ott GE; Aptowicz C; Pack AI. (1997). Cumulative sleepiness, mood disturbance, and psychomotor vigilance performance decrements during a week of sleep restricted to 4-5 hours per night. *SLEEP*. 20:267-77

Dinges, D.F.; Broughton, R.J. (1989). *Sleep and Alertness: Chronobiological, Behavioral and Medical Aspects of Napping*. New York: Raven Press,

Dinges, D. (1995). Napping strategies. In: Fatigue Symposium Proceedings, pp. 47-51. NTSB and NASA Ames Research Center, Nov. 1-2.

Dinges, D.F. (1995) .An overview of sleepiness and accidents. *Journal of Sleep Research* 4(Suppl 2):4-14.

Dinges, D.F. (1989a).The influence of the human circadian timekeeping system on sleep. In: M. Kryger, T. Roth, W. Dement (eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine*, pp. 153- 162. Philadelphia: W.B. Saunders,

Dinges, D.F. (1989b) The nature of sleepiness: causes, contexts and consequences. In: A. Stunkard, A. Baum (eds.), *Perspectives in Behavioral Medicine: Eating, Sleeping, and Sex*, pp. 147-179. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Gau SF; Soong WT. (2003). The transition of sleep-wake patterns in early adolescence. *SLEEP*. 26:449-54

Hans, P.A.; Dongen, V. Dinges, D.F. (2000). Circadian rhythms in fatigue alertness and performance. En: M. Kryger, T. Roth, W. Dement (eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 3 ed. pp. 391-399. Philadelphia: W.B. Saunders.

Härmä, M. (1995). Sleepiness and shiftwork: individual differences. *Journal of Sleep Research* 4(Suppl 2):57-61,

Hodoba, D. (1999). Cheving can relieve sleepiness in a night of sleep deprivation. *Sleep resources on line*. 2(4): 101-105.

Hublin C; Kaprio J; Partinen M; Koskenvuo M. (2001). Insufficient sleep - a population-based study in adults. *SLEEP*. 24:392-400

Johns M, Hocking B. (1997). Daytime sleepiness and sleep habits of Australian workers. *SLEEP*. 20:844-9

Knauth, P., Costa, G. (1996). Psychosocial effects. In: W.P. Colquhoun, G. Costa, S. Folkard, P. Knauth (eds.), *Shiftwork: Problems and Solutions*. Frankfurt: Peter Lang,

Leger D. (1994). The cost of sleep-related accidents: a report for the National Commission on Sleep Disorders Research. *SLEEP*;17:84-93

Lindberg E ; Janson C ; Gislason T ; Björnsson E ; Hetta J ; Boman G. (1997). Sleep disturbances in a young adult population: can gender differences be explained by differences in psychological status? *SLEEP* 20:381-7

Marín, A. (2001). Estado del arte sobre estudios actuales en hipersomnias. Trabajo de grado no publicado. Medellín: Universidad Cooperativa de Colombia

Masa, J. F.; Rubio, M.; Findley, J. (2000). Habitually Sleepy Drivers have a high frequency of automobile crashes associated with respiratory disorders during sleep. En: *American Journal of respiratory and critical care medicine*. 162: 1407-1412.

Miró, E.; Iáñez, M. A.; Cano-Lozano, M.C.(2002). Patronos de sueño y salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2 (2); 301-326.

Mitler, M.M.; Carskadon, M.A.; Czeisler, C.A.; Dement, W.C.; Dinges, D.F.; Graeber, R.C. (1988). Catastrophes, sleep and public policy: consensus report. *Sleep* 11(1):100-109,

Monk TH; Buysse DJ; Carrier J; Billy BD; Rose LR; (2001). Effects of afternoon "siesta" naps on sleep, alertness, performance, and circadian rhythms in the elderly. *SLEEP*. 24:680-7

Monk, T.H.; Folkard, S.; Wedderburn, A.I (1996). Maintaining safety and high performance on shiftwork. *Applied Ergonomics* 27:17-23,

Monk, T.H. (1991). Circadian aspects of subjective sleepiness: a behavioral messenger? In: T.H. Monk (ed.), *Sleep, Sleepiness, and Performance*, pp. 39-63. New York: John Wiley & Sons,

Morrison, D.N.; McGee, R.; Stanton, W.R. (1992). Sleep problems in adolescence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31(1):94-99,

Muñoz, L.; De la Calzada; Guitart, M. (2000). Prevalencia de accidentes en un grupo de pacientes afectados de síndrome de narcolepsia - cataplejía. En: Revista de neurología 30 (6): 596-598.

Pack, A.I.; Pack, A.M.; Rodgman, E.; Cucchiara, A.; Dinges, D.F.; Schwab, C.W. (1995) Characteristics of crashes attributed to the driver having fallen asleep. *Accident Analysis and Prevention* 27(6):769-775.

Parish, J.M.; Lyng, P.J. (2003). Quality of life in bed partners with obstructive sleep apnea or hipopnea after treatment with continuous positive airway pressure. *Chest* 124(3):780-781.

Ramos Platón, M. J. (1998) Procesos cognitivos y adaptación psicosocial en la narcolepsia. *Vigilia Sueño*, 10 (1) (Suplemento).

Roth, T.; Roehrs, T.; Carskadon, M.A.; Dement, W.C. (2000). Daytime sleepiness and alertness. En: M. Kryger, T. Roth, W.C. Dement (eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 3 ed., pp. 43-52. Philadelphia: W.B. Saunders,

Roth, T.; Roehrs, T.A.; Rosenthal, L. (1995a) Hypersomnolence and neurocognitive performance in sleep apnea. *Current Opinion in Pulmonary Medicine* 1:488-490.

Roth, T.; Roehrs, T.A.; Vogel, G.W.; Dement, W.C. (1995b). Evaluation of hypnotic medications. In: R.F. Prien, D.S. Robinson (eds.), *Clinical Evaluation of Psychotropic Drugs. Principles and Guidelines*, pp. 579-592. New York: Raven Press,

Roehrs, T.A.; Shore, E.; Papineau, K.; Rosenthal, L.; Roth, T. (1996) A two week sleep extension in sleepy normals. *Sleep* 19:576-582.

Rutenfranz, J. ; Haider, M ;, Koller, M. (1985). Occupational health measures for night workers and shift workers. In: S. Folkard, T. Monk (eds.), *Hours of Work: Temporal Factors in Work Scheduling*, pp. 199-210. New York: John Wiley & Sons,

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. En: Ciencia y enfermería. IX (2):9-21.

Stepanski E. (2002). The effect of sleep fragmentation on daytime function. *SLEEP*. 25:268-76

Strauch, I.; Meier, B. (1988). Sleep need in adolescents: a longitudinal approach. *Sleep*. 11:378-386.

Walsh, J.K.; Schweitzer, P.K.; Anch, A.M.; Muehlbach, M.J.; Jenkins, N.A. (1991). Sleepiness/alertness on a simulated night shift following sleep at home with triazolam. *Sleep* 14:140-146,

Walker, J. (1985). Social problems of shift work. In: S. Folkard, T. Monk (eds.), *Hours of Work: Temporal Factors in Work Scheduling*, pp. 211-226. New York: John Wiley & Sons,

Walsleben JA; Kapur VK; Newman AB. (2004). Sleep and reported daytime sleepiness in normal subjects: the sleep heart health study. *SLEEP* 27(2):293-8.

Webb WB. (1995). The cost of sleep-related accidents: a reanalysis. *SLEEP* 18:276-80

Wehr, T.A.; Moul, D.E.; Barbato, G. (1993). Conservation of photoperiod-responsive mechanisms in humans. *American Journal of Physiology* 265:R846-R857,

Winkelman, J.W. (2001). Disorders of excessive day time somnolence: Diagnosis and management. En: APA clinical high lights program. Excessive day time sleepiness: Evaluation and management in psychiatry. pp8-10.

Wolfson, A.R., Carskadon, M.A. (1996). Early school start times affect sleep and daytime functioning in adolescents. *Sleep Research* 25:117.

ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA

Mabel Labiano

Facultad de Ciencias Humanas
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, y el resultante de la interacción de múltiples dimensiones o subsistemas. El mismo 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 se articulan componentes múltiples y el mismo, es resultante de una construcción personal - subjetiva - e interactiva. Para optimizar estados saludables se deberán considerar esta diversidad de aspectos que hacen a las dimensiones: biológica o al sustrato somático; a los aspectos subjetivos (emociones, motivaciones, valores, pensamientos, procesamiento y estructuración de la realidad), así como al entorno físico (ambiente, territorio) y a 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 equilibración. 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, determinando el curso de procesos biológicos a nivel molecular; facilitando o inhibiendo la expresión de disposiciones genéticas capacitantes o incapacitantes.

Dieta, ejercicio físico, pautas de comunicación familiar y social, creencias, actitudes, prácticas espirituales, etc. son todos factores que afectan nuestra salud presente y futura. El cuerpo, la mente y el ambiente físico y social, están interconectados y son, por lo 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. Hay una fuerza potencial de crecimiento y evolución inherente a nuestra naturaleza humana; la misma es dependiente de la regulación de las interacciones que, como organismos vivos, mantengamos 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; 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 permitirá el dominio de las mismas. 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 consideran 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 equilibrado de salud. Estos nutrientes básicos los satisfacemos al comer alimentos variados, principalmente crudos y frescos.

La comida diaria determina lo que ocurre en nuestro cuerpo a nivel celular y metabólico, un nivel donde se originan procesos vitales. El proceso 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.

Hay fuerte evidencias de que las personas que consumen abundantes frutas y verduras están mucho más sanas, tienen índices patológicos significativamente más bajos, mayor nivel energético, y menos riesgo de exceso de peso que los que no incorporan en su dieta estos alimentos. El Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, en 1992, recomendó que la gente ingiriera por lo menos, cinco y hasta nueve, porciones de media taza de frutas y verduras todos los días, ya que esto podría reducir los riesgos de cáncer y enfermedades cardíacas de origen arterioesclerótico (Pickering, 2000).

Las frutas y las 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 evitando la obesidad y sus enfermedades asociadas, tales como la diabetes y la hipertensión.

Cuando estamos estresados, necesitamos ingerir mayor cantidad de calcio y vitaminas B.

Si queremos prevenir el cáncer necesitamos comer regularmente verduras de las familias de las coles, como la coliflor, el brécol, coles de Bruselas, col común. También ingerir frutas cítricas, fresas y kiwis.

El consumo de legumbres (principalmente soya) y arroz integral es recomendado por lo menos cinco veces a la semana por Somer (1999) reemplazando las carnes. Todos los nutrientes de éstas pueden ser encontrados en otras fuentes. Hay suficientes evidencias acerca de que el consumo excesivo de carnes rojas está asociado a afecciones cardíacas y cáncer de colon y próstata.

La dieta mediterránea – propia de poblaciones mediterráneas con bajos índices de enfermedades crónicas y 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 lugar, las frutas, verduras, frijoles y otras legumbres; en tercer lugar, el aceite de oliva - que contiene grasas mono - no - saturadas; en cuarto lugar, los productos lácteos y por último, los alimentos cárneos (dándole preeminencia al pescado, el cual debería ser comido varias veces por semana).

Tanto los pescados como los mariscos son bajos en grasas saturadas; mucha de la grasa que contienen se encuentra en forma de ácidos grasos Omega-3, considerados "grasas buenas". Estos ácidos grasos son protectores de afecciones cardíacas (Pickering, 2000).

Pero el organismo no sólo necesita nutrirse sino también liberarse de toxinas y desechos, por lo cual se aconseja evitar los alimentos procesados y refinados, y tomar varios vasos de agua por día.

Analizar los hábitos alimentarios descubriendo las carencias que se mantienen y cómo puede mejorarse la dieta habitual es muy importante para afrontar más adaptativamente las situaciones estresantes. La alimentación puede controlar o

prevenir la presión arterial alta, las úlceras gastrointestinales, la obesidad, dolores de cabeza, la diabetes, las caries dentales.

Afecta la dieta nuestro estado de ánimo? Sí, una dieta inadecuada puede estar asociada a estados emocionales depresivos, ansiedad, fatiga, insomnio.

Hay sustancias, como el azúcar, que cuando se consume excesivamente, puede favorecer estados depresivos (al elevar el nivel de concentración de azúcar en la sangre, después la glucosa tiende a bajar marcadamente, por la mayor secreción de insulina. Al bienestar inmediato le sigue un periodo de abstinencia, caracterizado por cansancio, cambios de humor, produciendo así, la necesidad de más azúcar. (El azúcar blanco 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.

La prostaglandina E₁ -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 esta materia prima totalmente, el organismo necesita también la provisión de zinc, vitamina B₆, y vitamina C. Las investigaciones actuales sugieren aproximadamente, una necesidad de 20 a 25 miligramos de vitamina B₆, de 5 a 15 miligramos de zinc, de 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 E₁ (en el timo, donde maduran las células T, hay grandes cantidades de esta sustancia) (Locke & 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 blanca, el arroz blanco y el azúcar blanco carecen de nutrientes esenciales; 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; la sal, los conservantes y colorantes disminuyen el valor alimenticio; el agua tratada con cloro interfiere en la absorción de vitamina E: la aspirina, la cafeína, la nicotina, las toxinas procedentes de la contaminación ambiental, afectan la capacidad de absorción de vitaminas y minerales.

Para aumentar naturalmente la dosis de vitaminas y minerales 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, 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 a la sensación de hambre (Davis, McKay & Eshelman, 1985).

Ejercicio físico

Hay evidencias contundentes acerca de que la práctica regular de ejercicio físico constituye un factor protector para la salud física y emocional, retrasando el envejecimiento. El mismo contribuye a romper el círculo vicioso retroalimentante, de inactividad - incapacidad o reducida funcionalidad física. El estrés agudo o crónico se reduce, y hasta puede anularse, a través del movimiento adecuado y regular. Tanto el ejercicio ocasional como el sostenido llevan a un mejoramiento en el humor, disminuyendo la depresión y la ansiedad e incrementando sentimientos de vigor (Boutcher & Landers, 1988). También, hay algunas evidencias de que el buen estado físico modula los efectos adversos que tienen en la salud, 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 influenciar los resultados (Fillingim & Blumenthal, 1993).

Existen dos tipos fundamentales de ejercicio: el aeróbico, el cual está basado en el movimiento repetitivo de grandes grupos musculares y comprende actividades tales como caminar, andar en bicicleta, correr, 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, contribuyendo 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 reducir esta alteración, 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 en la presión sanguínea es mayor y permanece por mayor tiempo (de aquí la importancia de realizar ejercicio si Ud. 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 que en el grupo de mejor estado. En los valores de mortalidad por enfermedades cardíacas se observó una pauta similar, encontrándose que los hombres ubicados en categorías extremas en cuanto a pautas de ejercicio físico, tenían, en este tipo de enfermedades, una diferencia mayor de seis veces, en los valores de mortalidad .

El Honolulu Heart Program (el programa comenzó en 1965 y concluyó en 1996; con una muestra de 8.000 japoneses que vivían en Hawaii) demostró que los que practicaban ejercicio regularmente tenían 25 % menos de riesgo de morir de una enfermedad coronaria por presentar menor obesidad, menor tensión arterial, menor diabetes y menor colesterol en sangre que los individuos sedentarios (Abbott, Rodriguez, Burchfield & Curb, 1994).

Blumenthal, *et al.* (1988) encontraron que el grupo de entrenamiento aeróbico en relación al grupo que tuvo un entrenamiento de fuerza no aeróbico - en sujetos Tipo A - presentó una recuperación más rápida de la tasa cardíaca, de la presión sanguínea, y del consumo de oxígeno del miocardio después de una tarea mental estresora. También hubo una atenuación de la reactividad a la tarea de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial y del consumo de oxígeno del miocardio.

Kushi, et al.(1997) en una muestra de 40.417 mujeres postmenopaúsicas, analizaron frecuencia de actividad física moderada o vigorosa, además de otros hábitos de salud, encontrando 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 aquellas que rara vez lo hacían o nunca. La asociación inversa persistió aunque se consideraran las diferencias en la dieta.

Kujala, Kaprio, Sarna & Oskenvuo (1998) estudiaron gemelos del mismo sexo, hombres (n=7925) y mujeres (n = 7977) libres de enfermedades cardíacas, cáncer y enfermedades obstructivas pulmonares, encontrando que la actividad física estuvo inversamente relacionada con todas las causas de mortalidad. Este estudio es el primero que considera factores genéticos al examinar la actividad física y la mortalidad, aportando 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 & Paffenbarger, 2001). En cuanto a la duración de la actividad física ideal, hay pocos estudios que intentan cuantificar lo que se necesita para reducir el riesgo de cardiopatías. Paffenbarger, Wing & Hyde (1978) encontraron que la frecuencia de ataques al corazón se reducía progresivamente comenzando con una actividad física que implicar un gasto de 500 a 999 calorías por kilo, semanales. Una vez que se alcanzaban las 2000 calorías por kilo el beneficio llegaba a una meseta. La recomendación basada en estos resultados indicaría que, sería conveniente unas 1000 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. Hay trabajos que 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 y, entonces, podría suceder que corriendo o haciendo ejercicio vigoroso se estimulara la producción de células nerviosas (Fred Gage, Salk Institut de California, citado en revista Speak-Up, No.173; Revistas, S.A. 2000).

El ejercicio adecuado y regular es la forma ideal de aumentar la fuerza, dureza y flexibilidad muscular. Se libera la tensión muscular y los espasmos, tics y temblores. Ayuda a acelerar el metabolismo, quemando más grasa, y a controlar el apetito. Hay 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, la ansiedad en general.

La secreción de neurotransmisores (catecolaminas) cerebrales, la liberación de endorfinas en la sangre, contrarrestan la depresión (asociada normalmente a 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, mejorar su estado emocional.

Recomendaciones: No realice ejercicios después de comer; mientras esté haciendo la digestión; 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 mucho, si siente que se fatiga mucho le puede estar faltando hierro en su alimentación; altura: cuanto mayor es la altura menor oxígeno disponible para respirar; medicamentos: pueden alterar la respuesta del cuerpo a los ejercicios; 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 terminar 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; 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) inspire, y, cuando flexiona (brazos y/o piernas), exhale; a 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 está ejecutando; disfrute lo que hace.

En Anexo A se incluyen algunas series de ejercicios picofísicos 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 el mantenimiento de la salud psicofísica de los individuos. A través de una multiplicidad de trabajos experimentales se ha fundamentado que el proceso respiratorio se encuentra estrechamente vinculado a 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.

Siendo la respiración una función mecánica o inconsciente, es la única función autónoma que puede colocarse fácilmente bajo control voluntario. En esta función 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 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.

El respirar como función vital que posibilita nutrientes a todas las células del cuerpo, es más esencial que el beber o el comer, en el sentido de que 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 a la acción de respirar 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 en el control de la energía vital y en la creación de estados psíquicos especiales (Labiano, 1996).

Un patrón respiratorio inadecuado es más frecuente observarlo en las mujeres que en los hombres. Por respiración inadecuada se entiende un tipo de respiración asociada a niveles alveolares bajos en CO₂, con una frecuencia incrementada, con un volumen de gas inspirado disminuido y con una 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). La debilidad del ego se ha encontrado asociada a un incremento en la frecuencia respiratoria y a una disminución en la amplitud de la misma (McCollum, Burch & Roessler, 1969).

Buchholz (1994) señala que el hábito de una respiración restrictiva puede impedir que la respiración realice sus funciones básicas y llevar así, a la fatiga, a la debilidad o a la enfermedad. La respiración apropiada se traduciría 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 - o estado apropiado de tensión o tono necesario para cada actividad en particular-.

Hurwitz (1981) indica que la respiración torácica parece producir incrementos en el gasto cardíaco y en la frecuencia cardíaca - 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 también, los pensamientos, emociones y conductas afectan nuestra forma de respirar. Ley (1994) señala cómo la respiración puede considerarse una variable independiente que afecta aspectos emocionales, cognitivos y de comportamiento, como así también, 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 señales provenientes de otros 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 respiratorios 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 a una disminución de la respuesta electrodérmica en

situaciones estresantes así como la actividad respiratoria alterada, a menudo, es característica de estados de ansiedad y tensión (Clark, Salkosky & 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 & Roberts, 1980).

Incrementando la profundidad de la respiración se produce un aumento de la frecuencia cardíaca, y variabilidad en la frecuencia de ésta; también, generalmente, se incrementa el flujo sanguíneo a los músculos esqueléticos y a la frente, disminuyendo en las manos y en los pies (Hirsch & Bishop, 1981).

Por otra parte, la retención de la respiración - entre la inspiración y la exhalación- produce una rápida y pronunciada bradicardia; aumentando el flujo sanguíneo al corazón y al cerebro (Daly, Angell & Elsner, 1979).

Algunas precauciones que se deben tener en cuenta para el control de la respiración: con las personas de presión alta, con problemas al 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 la preñancia: no mantener la respiración.

Respiración diafragmática o profunda (RD)

Schwartz (1987) señala la efectividad 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 produce efectos de incrementar o bien, estabilizar la temperatura periférica (Fried, 1990) lo cual está asociado a la disminución del arousal simpático. La misma está asociada 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 cómo esta respiración puede ayudar cuando se sufre de dolores de cabeza, ansiedad, presión arterial alta, alteraciones en el dormir, manos y pies fríos, etc.

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

La tercera parte más 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, está caracterizada como 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, temor (Clark & Hirschman, 1990). Al hiperventilar se pone mucho énfasis en la inspiración y poco tiempo en la exhalación. Es necesario el entrenamiento en la RD para revertir esta práctica respiratoria.

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

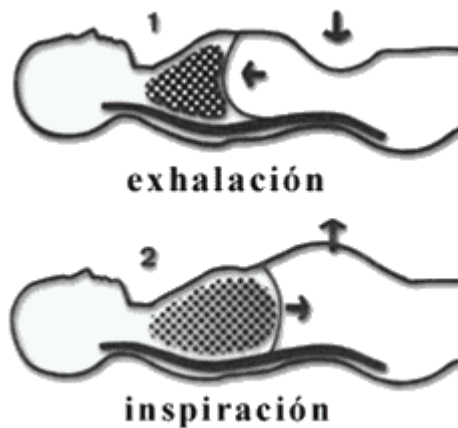


Figura 1 - Respiración diafragmática (posición del diafragma).

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 esto 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 cómo 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 observe sus hombros; recuerde que éstos no deben moverse.

- A medida que respira, imagine el aire fluyendo, cálido y relajante. Imagine esta calidez fluyendo por todas las partes de su cuerpo.
- Haga una pausa de un segundo después de inspirar.
- Exhale suavemente. Mientras exhala, su abdomen lentamente baja mientras su diafragma sube hacia los pulmones.
- Al sacar el aire, imagine que toda la tensión contenida también fluye hacia afuera.
- Haga una pausa de un segundo después de exhalar.
- Repita la inspiración suave, pausada; la exhalación lenta.

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 a la RD constituye un componente principal en el tratamiento.
- Problemas circulatorios, alteraciones en el nivel de tensión muscular, alteraciones digestivas, 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 propias condiciones psíquicas 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 & 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 del mundo exterior (a través de la contemplación pasiva o activa; del cuidado y protección de elementos naturales, etc.) puede ayudar a equilibrar nuestro mundo psíquico interno. Ella nos acerca a nuestras propias raíces, a nuestro centro interior. La tierra, el sol, las plantas, los ríos, el mar, las montañas, son todos 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, reduciendo el estado de estrés, disminuyendo - 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 mayor.

Locke y Colligan (1991) hacen referencia a la investigación de Roger Ulrich (Universidad de Delaware) el cual hizo un seguimiento, durante ocho años, a pacientes internados en un hospital de Pennsylvania por razones quirúrgicas. Observó que aquellos pacientes 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 los 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 hacia el ambiente exterior y que incorporemos el contacto con la naturaleza a nuestra vida diaria.

La observación de ésta ayuda a eliminar el aburrimiento, estimulando 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 y 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 preexistente. La primera instantánea de una situación nos dice si ésta es placentera, neutral o nociva. Esta percepción primera nos retroalimenta, reforzando o modificando el set cognitivo preexistente y está basada en un conjunto de datos limitados.

Surge una respuesta "crítica" cuando la situación afecta intereses vitales. Esta respuesta "crítica" 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, estatus, dominio, es decir: ataque, depreciación, intrusión, frustración, abandono, rechazo, o privación. 2. Cuando el individuo percibe un evento como facilitador de autodesarrollo, del logro de metas personales, de 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 evaluación determina que el estímulo es perjudicial, la persona realiza sucesivas reevaluaciones para responder a lo siguiente: ¿el estímulo es una amenaza para mí o a mis intereses? ¿la amenaza es concreta e inmediata, o abstracta, simbólica y remota? ¿cuál es el contenido y magnitud de la amenaza? ¿puede implicar daño físico? ¿puede implicar menosprecio o desvalorización?

Al mismo tiempo que se evalúa la situación de amenaza también se evalúan los recursos para hacerle frente a ésta. 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 inherente a la amenaza, como opuesta a la capacidad del individuo de manejarse con ésta (ecuación: riesgos - recursos). Hay que tener en cuenta que estas evaluaciones no son frías o deliberadas, son, en gran medida, automáticas y altamente subjetivas, por lo tanto, están predispuestas a 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 a los recursos disponibles - el individuo reduce la amenaza con escape o evitación ("flight reaction") o bien, se auto-inhibe ("freezing"). Si el individuo juzga que sus recursos son superiores a la amenaza, ésta es eliminada o desviada ("fight 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, así que tienen que protegerse de la sobrecarga y asegurarse de que lo más relevante pase y que lo que no es relevante quede excluido. Todo este proceso se hace con una rapidez extraordinaria, casi inconscientemente y por sistemas de evaluación que son centrales en la organización cognitiva (Bowlby, 1981).

La estructuración cognitiva de una situación es responsable de la movilización del organismo a la acción. Si la movilización no es adecuadamente ejecutada, esto preconfigura una reacción de estrés. Las reacciones ante una misma situación pueden ser muy complejas, tener un rango cognitivo-emocional muy amplio. Pero 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.

La inclinación conductual puede consistir en un 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 de esquemas. Cuando ocurre un evento externo ciertos esquemas cognitivos son activados y son usados para clasificar, interpretar, evaluar y asignar un significado a un evento. En el funcionamiento normal, los esquemas que se activan son relevantes a 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). Al darse situaciones que reactivan esquemas vulnerables en la persona, por ejemplo, situaciones laborales de humillación, reiteradas; si ésta tiene que volver a enfrentarlas, su rendimiento cognitivo y su capacidad productiva se ven disminuidos. El estado de estrés predispone al individuo a hacer juicios absolutistas, sesgados, globales y extremos, por lo tanto, las inclinaciones conductuales también son extremas. La personalización de eventos puede llevar así, 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.

En el estrés cognitivo existe una pérdida, en grados variables, de la capacidad de observar los pensamientos automáticos objetivamente, sometiéndolos a una prueba de realidad, y ajustándose luego a esa realidad. Las cogniciones idiosincráticas 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 llevar a una hiperactividad de esquemas cognitivos idiosincráticos, a una estimulación acumulativa de los esquemas relevantes de rechazo, o pérdida, respectivamente.

Los esquemas hiperactivos resultan ser relativamente "autónomos"; las conceptualizaciones y rumiaciones están más bajo la influencia de estímulos internos que externos. La organización mental fluctúa entre ser reactiva a los estímulos externos (activadas y dirigidas por estímulos externos), "proactiva" (forzando los estímulos ambientales a un molde preformado), o bien, creando una separación (protegiéndose de los estímulos ambientales). La ausencia de salud mental lleva a la persona a atascarse en ciertos moldes esquemáticos; le es difícil flexibilizar sus esquemas mentales. El atascamiento puede darse en cualquiera de estas tres modalidades.

Estructuras cognitivas básicas, específicas, están encadenadas a estímulos específicos. Este "emparejamiento" constituye la sensibilidad específica de un individuo, produciendo reacciones excesivas o inapropiadas. La gente varía ampliamente en sus sensibilizaciones específicas; de tal forma que, a veces, lo que es un estresor para uno puede ser una situación benigna para otro. Cada uno de nosotros tiene áreas específicas de vulnerabilidad y, cuando una situación activa

una de estas áreas la persona reacciona de una forma primitiva y categórica, característica de un proceso cognitivo primario. Así, un esquema de abandono y soledad, en una persona, puede constituir un área de sensibilidad específica, llevándola a sobrerreaccionar ante su pareja por situaciones de no cumplimiento a citas, por retrasos u olvidos de las mismas, provocando frustraciones intensas, y movilizand 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. Dichos esquemas le sirven al individuo 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 el concepto o esquema se formó bajo condiciones estresantes, éste puede asumir estructuras características del sistema cognitivo primario. Ejemplo: Marta fue acumulando una serie de experiencias negativas relacionadas a un tipo de comportamiento pasivo - agresivo y ambiguo, por parte de su novio. Esta luego construye el esquema absolutista: "todos los hombres son así" excluyendo o negando la posibilidad de encontrar coherencia en algún hombre.

Diferencias en la organización de la personalidad explican el amplio rango de variaciones en la sensibilidad de los individuos a los estresores. Así, los tipos de personalidad autónoma y sociotrópica difieren en el tipo de estresores a los cuales son sensitivos. 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 puedan 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. 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, busca apoyo en su entorno social y evitar 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 autoreproches mantenidos por el propio diálogo interno). Este estrés autogenerado impone una pesada carga al cuerpo, llevando a 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 otra gente 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 llevar a una conducta en particular. Esta conducta es interpretada de una forma específica por el otro quien luego manifiesta una respuesta conductual a esta interpretación. Ciclo:

cognición -- > conducta -- > cognición -- > conducta.

Ejemplo: María piensa que Juan no la ayuda suficientemente y entonces, 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 de tiempo considerable se compromete la activación del sistema neuroendocrino 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 éstas 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, poniéndose 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", facilitando el tomar conciencia de la perspectiva del otro.

Aunque el estresor sea psicosocial (simbólico) siempre se dan reacciones corporales. Podemos recibir un golpe o un insulto, pero siempre se movilizan respuestas físicas que tienden a la defensa del organismo, precedidas por estímulos cognitivos autogenerados. Los síntomas más comunes son: tensión muscular, aumento de la tasa respiratoria, taquicardia, movimientos intestinales, 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 más en 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 identificación de creencias y supuestos subyacentes son todos aspectos que hacen al proceso de reestructuración cognitiva. La reestructuración de la situación puede lograrse cambiando la naturaleza de los estímulos ambientales, transfiriendo la atención a estímulos diferentes o sometiendo el contenido del set cognitivo a un análisis lógico y empírico.

Se hace necesario:

Clarificar y definir el problema: Esclarecer qué es lo que pasa, qué pensamientos, sentimientos e impulsos están asociados a 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, mirando sus experiencias como fenómenos, sin dejarse absorber por éstas. (Cambiar temporariamente 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 exageradas 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 el bienestar de mi vida presente?). Los eventos adquieren significados importantes cuando están conectados con significados vitales que hacen a cuestiones básicas de sobrevivencia, automejoramiento, autoprotección, etc.

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 autocharla reflejan los condicionamientos familiares y estereotipos sociales, y toda clase de sugerencias "hipnóticas" que van inconscientemente, penetrando en nosotros. Generalmente, los contenidos de este autodiálogo son dramáticos y relativamente idiosincráticos. Es importante observar estos pensamientos automáticos.

Al tomar 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 uno procesa o construye la propia realidad.

Importancia del lenguaje y de la escritura

Peper & Holt (1993) señalan que el lenguaje es el medio más importante de 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 ésta. Es así que, hablando o escribiendo 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.

El poder expresar en forma verbal o escrita las emociones disruptivas tendría 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 - facilitaría un proceso de reversión afectiva, reduciendo la actividad fisiológica del organismo y el estado de estrés (Pennebaker, 1997).

Cuando atendemos a nuestros pensamientos automáticos - a 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. Ej: "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

Siguiendo a Beck (1967; 1979) y a Ellis (1971) se indican algunos tipos de pensamientos que se consideran irracionales o deformados. Los mismos son creados con base a falsas interpretaciones que nos llevan a sentirnos emocionalmente deprimidos, ansiosos o coléricos.

Es necesario diferenciar *hechos* (comportamientos verbales, no verbales de nosotros mismos y/o 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 éste. 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. Qué tan duraderas son las consecuencias?
- Trate de ver el lado "positivo" de la situación.
- Identifique sus ganancias personales. Obtiene algún beneficio por sentirse mal?
- Pregúntese cuál serían las consecuencias reales si lo que Ud. 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. Hay una visión de túnel para evaluar la situación. De esta forma, se magnifican los aspectos negativos del evento, sacándolos fuera 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 y cómo ciertos eventos aparentemente perjudiciales muchas veces, en tiempo, tienen consecuencias convenientes o favorables. Ejemplo: "No puedo fracasar en esta empresa porque me destruiría..."

En el curso de las interacciones, los filtros se van retroalimentando 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; 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: "El es egocéntrico y desconsiderado porque no puede comprenderme en esta situación 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..." "El 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, existe una 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 transformadas en imágenes o conceptos del mismo. El marido percibe a su mujer poco estimulante para él y se convence de que ella "es así", 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 catastrófico. La tendencia a catastrofizar lleva a anticipar desastres a partir de eventos intrascendentes. Ejemplo: "esta demora 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. Porque 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, solo 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 con su matrimonio. El culpa al amigo que le presentó a su actual mujer, viéndolo como el origen 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 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 éste. Así como existe una alexitimia o incapacidad para identificar, discriminar y expresar verbalmente las emociones y estados afectivos, existe también una alexisomia (Ikemi & Ikemi, 1986) por la cual la persona bloquea u obstruye la conciencia de su cuerpo. La insensibilidad somática, obstaculiza la consciencia 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 inconsciencia 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 disparar pensamientos y sentimientos negativos asociados con ansiedad. También surge la necesidad de ignorar las sensaciones somáticas porque éstas tienen que ver con dolor, incomodidad física o debilidad. (Cuando la persona está fuertemente orientada al éxito, con una sobreexigencia en el rendimiento, tiende a ignorar el cuerpo para mantener cierto equilibrio). Aumentar la conciencia

somática lleva a 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 a 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 la relajación de los mismos 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 pro y contras. Los primeros no tienen impedimentos físicos y se pueden practicar sin llamar la atención, en cualquier momento. 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: Tomando 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 a 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 del abdomen, respiro ahora a través de él y lo relajo al exhalar... Las tensiones se disuelven, mi abdomen queda flojo, distendido...

Llevo mi atención a las piernas y a los pies; desde las caderas hasta las puntas de los pies... Examino la totalidad de mis piernas y recorro mentalmente mis pies, sintiéndolos; dejo que las tensiones se disuelvan al exhalar el aire ...

Dirijo la atención a 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. Donde 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. Continuo 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 consciencia 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, 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 (R) 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) enseñando una forma de reducir la tensión muscular a fin de eliminar estados subjetivos de ansiedad. El mismo consiste de una serie de ejercicios en los cuales el individuo tensa y luego, relaja los grupos musculares seleccionados a fin de lograr un estado de R profunda. Jacobson consideró que con su método se aprende a relajar la actividad neuromuscular en los músculos seleccionados y 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 por una activación simpática estresante.

La tensión muscular es creada por la contracción de las fibras musculares. Se puede aprender efectivamente, a reducir la tensión muscular excesiva, consciente y progresivamente, reduciendo el grado de contracción de los músculos seleccionados.

Las aplicaciones de esta técnica tienen un rango amplio en diversas alteraciones: insomnio, hipertensión esencial, cefaleas, estado de ansiedad generalizada, espasmos musculares, fobias, tartamudeo, depresión, dolor de cuello y espalda, colon irritable. La técnica 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; reduciendo su tensión muscular, Ud. podrá lograr una significativa reducción en su estado de ansiedad y estrés; podrá comparar sensaciones opuestas de tensión - R; y al lograr relajar el cuerpo, relajará su mente.

Recomendaciones: Practique en un lugar tranquilo, sin interrupciones; con luz tenue. Busque un asiento cómodo o puede colocarse en la cama (lo cual puede conducirlo al sueño); recuerde - como regla general - 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 segundos para relajarlos; atienda conscientemente a las sensaciones musculares de tensión y relajación; tense y relaje cada grupo muscular varias veces si continua sintiendo tensión residual; no contracture los músculos, simplemente contráigalos; el procedimiento completo le puede llevar unos 15 minutos; la R 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 profundizando - con una actitud pasiva - la R de todo el cuerpo; asegúrese de no tener contraindicaciones médicas para contraer ciertos músculos, por ej.: problemas de nervios, debilidad o daño muscular; problemas esqueléticos que podrían empeorar si se realizan los ejercicios; practicar antes de almorzar y antes de cenar. Los procesos digestivos pueden interferir en la concentración. Si tiene insomnio: practicar antes de dormir, en la cama; el procedimiento es flexible así que puede elegir practicar sólo una parte para obtener una máxima R; y para obtener una máxima R, los músculos faciales deben ser enfatizados, principalmente: los ojos, la boca y la garganta

Aplicación del procedimiento

A continuación se ejemplifica cómo se podrían trabajar distintos grupos musculares a través de un procedimiento abreviado de RMP. Se sugiere trabajar, primero, los grandes grupos musculares y dejar al 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, empuñando las manos; atráigalos hacia el tronco.
2. Flexione ambas piernas, levantando los pies y doblando los dedos de los pies hacia arriba y hacia abajo.
3. Con las piernas flexionadas, apoyando las plantas de los pies, acercando 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 dejando que el abdomen salga - como un globo que se llena de aire - y luego exhale, y 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, cómo están 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 consciencia 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, cómo están los músculos posteriores del cuello. Aflojo bien... Relajo profundamente.

Tenso la boca, la lengua, la garganta y el cuello en su parte anterior. 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 está en un estado de R diferencial; cuando se mantiene el mínimo de tensiones en los músculos necesarios para una acción determinada, manteniendo el resto de los músculos relajados (Jacobson, 1978).

Como señalan Peper & 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, y de esta forma, drenamos nuestras reservas de energía. La práctica sistemática de la R 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. Al gastar menos energía, nos cansamos menos y disponemos de más energía para otras actividades. Por ejemplo: cuando

caminamos, manejamos, estamos en la oficina, observemos, por ejemplo, el nivel de tensión de nuestros brazos, de nuestra espalda, hombros.

Entrenamiento Autógeno (EA)

Entrenamiento autógeno significa: "ejercitarse por sí mismo". Es un procedimiento que está basado en una concepción organísmica, en la idea de que el ser humano constituye una unidad psicofísica. Schultz publicó, en 1932, este método en "Das Autogenic Training" y, posteriormente, Luthé 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 yoga. Descubrió que se puede crear un estado muy semejante al trance hipnótico induciendo 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 las frases. El nivel superior es puramente intrapsíquico y orientado a 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 -; 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).

Efectividad del EA

Se ha comprobado que es efectivo 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: 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 autodomínio (mayor claridad interior).

Recomendaciones: 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 sucedan las sensaciones espontáneamente, sin interferir en 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 intentando 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 imaginaria visual; los estímulos ambientales habrá que reducirlos a un mínimo. Es conveniente una habitación cálida; con luces suaves. Un ambiente tranquilo, sin interrupciones; ropa que no sea ajustada al cuerpo; 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 Ud. 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, alteraciones 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, una o dos veces 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" (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" (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 a las manos"). (Seis veces cada frase).
- Piernas: "Mi pierna derecha está cálida, muy cálida". Idem para la pierna izquierda". "Mis dos piernas están cálidas, muy cálidas. Siento calor en mis piernas" (seis veces). "Mis brazos y mis piernas están pesados y cálidos".
4. Corazón: "Mi corazón late tranquilo y fuerte" (seis veces).
 5. Respiración: "Mi respiración es tranquila, muy tranquila" o "Algo respira en mí" (seis veces).
 6. Plexo solar (No hacerlo si se padece de una enfermedad gastrointestinal de importancia). "Mi plexo solar irradia calor"(seis veces).

7. Frente: "Mi frente está fresca, siento una frescura agradable" (seis veces).

8. Retroceso: Moverse. Respirar profundo. Abrir los ojos

Problemas específicos: Ejemplo: Crisis de tos: "garganta fría, pecho caliente"

Fórmulas intencionales: Al final del procedimiento 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; un estado de pasividad generalizado, el cual debe mantenerse aún en pleno movimiento (Labiano, 1991).

Tenemos el hábito de dirigir nuestra atención hacia el mundo 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 M es un procedimiento esencial de desarrollo personal y autoconocimiento. La misma ha estado vinculada estrechamente a prácticas religiosas, pero hoy en día, se la ha incorporado como un instrumento de crecimiento personal y autocuración y se la ha estudiado científicamente en sus efectos psicofisiológicos. Para algunos, la M es un método efectivo para alcanzar un estado de relajación.

Kabat-Zinn (1990) señala que la noción de totalidad está implícita en el significado de la palabra salud y curación, como así también, en el significado de las palabras meditación y medicina. (Estas palabras vienen 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 ellas 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 M como práctica actual en clínicas del estrés no es arbitraria. La técnica tiene características únicas que la distinguen de otras técnicas para el manejo del estrés. La M abriría las puertas a experiencias directas de totalidad. La mayoría de los métodos buscan lograr algo y conseguir algo más; la M es una disciplina "de conciencia" que está centrada en no - hacer y en "ser".

La respiración sirve siempre como apoyo central en las prácticas meditativas.

Se pueden diferenciar dos grandes tipos de M: a) M. 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 produciéndose una inhibición en el procesamiento de la información. Cualquier otro tipo de actividad mental se considera una distracción. Cuando al atención se aleja del estímulo elegido el meditador vuelve a refocalizar su atención, haciendo caso omiso de la intrusión.

b) M abierta (*mindfulness*): se practica un darse cuenta del flujo ininterrumpido de pensamientos e imágenes, 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, favoreciendo una 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 M 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 M concentrativa: El metabolismo se enlentece; disminuye el consumo de oxígeno, la producción de dióxido de carbono, la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea; se reduce la cantidad de ácido láctico -sustancia producida por los músculos esqueléticos, asociada a la tensión y 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 hay que practicarla diariamente.

Recomendaciones para la práctica: Elija un momento en el que no tenga que realizar otra tarea;

postura cómoda; lugar tranquilo; debe evitar toda sustancia excitante (alcohol, drogas) ya que esto interfiere con la concentración y la relajación; no ingiera bebidas con cafeína por lo menos dos horas antes de practicar (café, té o coca cola); no fume (por lo menos una hora antes de la práctica); no coma antes; siempre salga de la M 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 (al distraerse, volver la atención al estímulo elegido. Es una actitud de: "Dejar que ocurra". Siempre se presentan distracciones, esto no debe preocupar al practicante); y posición cómoda (evitar tensiones musculares. Es preferible sentado para evitar dormirse).

Ejercicio de respuesta de relajación (M concentrativa)

Siéntese en silencio, en una posición cómoda. Cierre los ojos. Relaje profundamente todos sus músculos, empezando por los pies y ascendiendo 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 la relajación 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 M abierta.

(1ra 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 cardíacos...

Dígase a sí mismo: soy consciente de todos los ruidos y sonidos que me rodean...

(2da parte)

Ahora, observe sus pensamientos... permítase escuchar todo lo que provenga de su mente: sentimientos, estados de ánimo, imágenes, recuerdos, 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...

Es desde esta posición imparcial, relajada, que Ud. llegará a conocerse a sí mismo y a aceptarse completamente.

(3ra parte)

Experimente la 2da parte durante algunos minutos.

- Concéntrese en un pensamiento o sensación determinados, que le esté ocasionando alguna molestia y sobre el cual quiera trabajar.
- Elija sólo una sola cosa para trabajar algunos minutos. Piense durante este tiempo sólo en esto 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 Ud. es siempre más que sus pensamientos; Ud. 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; cuando tenga necesidad de resolver problemas espontáneos. 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 mejor cómo le gustaría ser, en lugar de interrogarse sobre sus deficiencias.*

Visualización

La visualización puede ser dirigida o receptiva. 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 consciencia, esta comunicación ocurre permanentemente, con consecuencias saludables o perjudiciales.

En el segundo caso (visualización receptiva o imaginaria), 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 imaginaria ayuda a tomar consciencia de la información que ha quedado oculta y que podría tener una influencia poderosa en el bienestar del individuo. La imaginaria es el lenguaje directo del inconsciente y del sistema nervioso autónomo; nos permite acceder a niveles más profundos de autoconocimiento.

Las visualizaciones dirigidas son imágenes conscientemente creadas que pueden ser muy útiles en la modificación del comportamiento. El trabajo abarca no sólo las imágenes visuales, sino también las auditivas, olfatorias, gustativas, táctiles, kinestésicas. 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 efectivo se daría con la visualización interna (en primera persona), más que viéndose desde afuera (en tercera persona). Las imágenes dirigidas pueden combinarse con el potencial creativo y curativo de la imaginaria espontánea. Ejemplo: una visualización guiada puede sugerir que Ud. 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.



Figura 2 - Visualización

Ornish (1990) indica, acertadamente, que el cuerpo responde a las imágenes tal como éstas están sucediendo ahora. Por ej.: 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 Ud. Cuando recuerda algo desagradable su cuerpo reacciona en el momento, como si Ud. estuviera todavía en esa situación estresante. Su respiración se altera, se vuelve más rápida y 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 vuelve más tranquila, más regular, su corazón late más lentamente, y Ud. se siente bien .

Muchos atletas profesionales han encontrado que la visualización es un instrumento poderoso para mejorar su ejecución. 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 ese área y 3) haciendo él mismo 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 la misma; hay 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 veintidós 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 estuviese 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 & 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 las nuevas conductas. Cada uno tiene que desarrollar su propia estrategia curativa.

Pasos para 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 Ud. 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 Ud. 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 ej.: cuándo se desarrolló este problema? Porqué 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 Ud. 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 Ud. quisiera sanar... Mientras permanece confortablemente relajado, permita que cualquier imagen surja, espontáneamente representando 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 Ud. mismo? Cómo lo visualiza? Tiene un sonido o vibración? Siente olor o gusto?

Pregúntese: que necesito saber o hacer para lograr mi propia curación? Luego, deje que surja otra imagen representando el proceso de curación... Permita que esta imagen curativa sea vívida, brillante y clara... Véala, siéntala y vivénciela... Qué parte suya necesita poner en juego en este proceso curativo? Quédesse atento a recibir la respuesta, el tiempo que Ud. necesite hacerlo...

Vuelva la atención a su propio cuerpo, sienta cómo el cuerpo 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, Ud. se hace consciente de un ser que se está aproximando, que espera ser invitado para reunirse con Ud. 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, Ud. 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 Ud. 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, Ud. quisiera preguntarle porqué 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 ésta comunicación no sea en palabras... Las respuestas pueden llegar también más tarde, durante el sueño o mientras Ud. se relaje, más tarde... Puede preguntar cualquier otra cuestión que desee, para tener más claridad... Abrase 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 Ud. esté relajado. Observe cómo su guía se aleja y sienta otra vez la armoniosa serenidad de su lugar especial envolviéndolo. Respire profundamente y tome consciencia 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 dieron, y cómo los resolvió?

Imaginaría 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, entonces nos desvinculamos de nuestro propio conocimiento interno. Si Ud. ignora un mensaje imaginario que lo guía para hacer un cambio en su conducta, Ud. puede experimentar un sentimiento de estar atascado y no poder progresar.

- Use la técnica "tempestad de ideas" escribiendo todo lo que se le ocurra sobre las formas en que puede transformar sus ideas en acción. Aún las ideas más descabelladas, escribalas. 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. Esto hará que su progreso sea más fácil de medir. Al evidenciar el cambio, esto se transformará en un poderoso incentivo o refuerzo para modificar otras conductas.

- Es conveniente incrementar lo deseable más que disminuir las conductas indeseables. Establezca sus fines con relación a conductas que Ud. pueda manejar

y controlar. Ej. si desea adelgazar: aléjese de la comida, camine más, haga gimnasia, coma más vegetales, etc.

- 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, ir hacia metas más desafiantes.

- Establezca su línea base, objetivando dónde está Ud. ahora. Sea tan específico como sea posible. Pregúntese: dónde, cuándo, qué ocurre, con quiénes; qué precede a la conducta que quiere modificar; cómo esto cambia su conducta o la de otros, posteriormente.

- 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 están impidiendo el cambio?

- Organice nuevas señales conductuales: Disponga nuevos estímulos para crear la conducta positiva. Una vez que Ud. está consciente de las situaciones y señales que le llevan a las conductas indeseadas, Ud. puede reorganizarlas. Puede sustituir el diálogo interno negativo por uno positivo. Lo que Ud. se dice a sí mismo, le ayuda o le impide cambiar, en el sentido deseado? Ud. 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 conducta que quiere evitar.

- Aunque muchos cambios conductuales son reforzantes en sí mismos, algunas veces, los refuerzos no son inmediatos. Ej: al principio, los beneficios de hacer ejercicio físico no se sienten tanto, y es cuando más la persona los necesita. Los mejores reforzadores son los accesibles, potentes, fácilmente manejables por Ud. Pero no dependa de los refuerzos, si sabe que algo es bueno para Ud. simplemente, hágalo. Ud. puede tener imágenes rápidas o fugaces de cómo estará Ud. cuando haya logrado su meta.

- El apoyo social es un importante reforzador para el cambio conductual. Adelántese a las recaídas. Un fracaso no niega todo el progreso que halla podido hacer. Cada día es un nuevo comienzo. Pregúntese a sí mismo qué sucedió y aprenda de su experiencia.

- La autoaceptación es clave para 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 continua en el tiempo, ocurre oculto a mi consciencia. Dejo una sola imagen o símbolo, manteniéndolo en mi mente a través del día, que represente este proceso curativo.

Me imagino a mi 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:

Tomando conciencia de la postura de mi cuerpo, me acomodo de la mejor manera posible, a fin de permitirme una buena concentración, dirigiendo todas mis energías hacia mi interior... Permito que mi respiración quede tranquila, muy tranquila... suave y profunda...

Poniendo en práctica mi capacidad de crear imágenes a voluntad, 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, solo 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, continuo 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 como 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 luz desinflamando mis tejidos... curándolos... Continuo respirando tranquilo/a, al inspirar, nuevamente visualizo la energía positiva que tomo y que penetra en mi cuerpo... Siento cómo puedo regular cuánta energía tomo, a través de la respiración... al exhalar, dirijo la energía al lugar elegido... Vuelvo a sentir como 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... Continuo tomando energía luminosa y cálida al inspirar y, al largar el aire, suavemente la dirijo a la zona necesitada... siento mi respiración profunda y tranquila... Contemplo ahora cómo esta energía agradable se expande por todo mi cuerpo, sintiendo al exhalar como fluye esta energía positiva por todo mi organismo, revitalizándolo totalmente... Me entrego a disfrutar de esta sensación placentera, y dejando que esta energía relajante y cálida, al exhalar, se expanda más y más... llegando 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 consciencia 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, experimentando libremente; reestructurando el pensamiento; considerando de una nueva forma problemas, preocupaciones, miedos y dudas; reestructurando 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 en 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 a estados creativos. Al reírnos, nos relajamos, favoreciendo la producción de endorfinas (Lawson, 1999).

La risa da masajes a órganos vitales; mejora la circulación sanguínea, brindando una sensación de energía y vitalidad. También disminuye la secreción de cortisol y estimula la respuesta del sistema inmune (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 (poniendo distancia a los problemas), aumentando el sentimiento de autoeficacia y la capacidad creativa.

El humor deja de ser saludable cuando implica autodepreciación y desvalorización de los otros, reflejando 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 el desarrollo de la inteligencia intrapersonal (autoconocimiento, claridad de metas, valores) 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 esta inteligencia personal está en relación a una cultura determinada, a 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 en 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; lograr un sentimiento de intimidad, dar orientación y guía a otros (Ryff & Singer, 1996).

Sin duda, los aprendizajes sociales están mediados por representaciones simbólicas, por procesos cognitivos internos y éstos 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 hacen a la percepción social (Argyle, 1978). Una premisa básica en las relaciones interpersonales es que todos los seres humanos estamos en un mismo plano de igualdad y tenemos derechos básicos comunes. El respeto de estos derechos básicos contribuye a mantener relaciones satisfactorias, al bienestar interpersonal y a la autorrealización de cada persona.

Algunos de éstos son: Hacer uso de la propia libertad mientras no se violen los derechos de otros; mantener la propia dignidad y respeto comportándose de forma asertiva; rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta; experimentar y expresar los propios sentimientos; xambiar 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 ha sido considerada de fundamental importancia en los procesos sociales adaptativos (Hidalgo & Abarca, 1999). La misma está referida a la defensa de los propios derechos anteriormente enunciados.

El comportamiento asertivo está en relación a 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 la/s otra/s persona/s. La conducta asertiva no busca herir a otros, no es destructiva y está adaptada al contexto sociocultural específico (Alberti & Emmons, 1999).

Ejemplo: Los vecinos de María colocaron un cable de TV en el terreno de ésta, haciéndolo pasar por su pared medianera, sin solicitarle permiso alguno. María les solicita, de forma clara y firme, que retiren el cable, porque no corresponde que el mismo esté colocado así, ya que está dispuesto en territorio ajeno. Les expresa

además que ella nunca recibió una solicitud manifiesta, de parte de ellos, para colocarlo de esta forma. Ella defiende su derecho de propiedad, sus límites territoriales no fueron respetados; los vecinos transgredieron normas establecidas.

Alberti & 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, da 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 un canto; se puede hablar muy bajo o muy alto, etc..
- 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 manteniendo un 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 tener una visión egocéntrica de los sucesos de la vida; alentar pensamientos de control. Detener el pensamiento negativo, obsesivo, sustituyéndolo por otro positivo. Evitar pensamientos catastróficos.

Ensayo de conducta

El ensayo de conducta es el procedimiento más usado en el entrenamiento en habilidades sociales (Caballo,1993). El mismo está basado en el descubrimiento de formas apropiadas y efectivas para afrontar situaciones problemáticas de la vida cotidiana, modificando esquemas no adaptativos de comportamiento, reemplazándolos por nuevas formas de respuestas. En este procedimiento, la modificación de conductas se constituye en un fin en sí mismo.

A continuación, tomando como base al mencionado autor, se señala la secuencia de pasos más comunes para realizar un ensayo de conducta:

1. Describa la situación problema.
2. Representese lo que hace normalmente en esa situación.

3. Identifique las cogniciones desadaptativas que están influyendo 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. Abrase 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.

Referencias

Abbott, R.D., Rodriguez, B.L., Burchfield, C.M. & Curb, J.D.(1994). Physical activity in older middle-age and reduced risk of stroke: The Honolulu Program. *American Journal of Epidemiology*, 139, 881-893.

Adams, P. (1993). *Gesundheit!*. Rochester: Healing Arts Press.

Alberti, R. E. & Emmons, M.L.(1999). *Viviendo con Autoestima*. México: Pax.

Argyle, M. (1978). *Psicología del comportamiento interpersonal*. Madrid: Alianza.

Bakal, D. A.(1996). *Psicología y Salud*. España: Desclée de Brouwer.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice Hall.

Beck, A. T.(1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Hoeber.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A.T.(1993).Cognitive Approaches to Stress. En P. M. Lehrer, & R. L. Woolfolk, (eds). *Principles and Practice of Stress Management* (2ª ed.),(pp.333-372).New York:The Guilford Press.

Benson, H. (1977). *Relajación*. Barcelona: Pomaire.

Blumethal, J.A., Emery, C.F., Walsh, M. A., Cox, D.R., Kuhn, C.M., Williams, R. B., & Williams, R. S.(1988). Exercise training in healthy Type A middle-age men: Effects on behavioral and cardiovascular responses. *Psychosomatic Medicine*, 50, 418-433.

Borkovec, T., Grayson, J., & Cooper, K.(1978).Treatment of general tension: Subjective and physiological effects of progressive relaxation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 518-528.

Boutcher, S.H. & Landers, D.M.(1988).The effects of vigorous exercise on anxiety, heart rate, and alpha activity in runners and nonrunners. *Psychophysiology*, 25, 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. *Biofeedback & Self-Regulation*, 19 (2), 141-153, 1994.

Cioffi, D.(1991). Beyond attentional strategies: A Cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109, 25-41.

Clark, D. & Hirschman, R. (1990). Effects of paced respiration on anxiety reduction in a clinical population. *Biofeedback & Self-Regulation*, 15(3), 273-284.

Clark, D., Salkosky, P. & Chalkey, A. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 1, 23-30.

Daly, M. B., Angell, J. & Elsner, R. (1979). Role of the carotid-body chemoreceptors and their reflex interactions in bradycardia and cardiac arrest. *Lancet*, 1, 764-767.

Davis, M., McKay, M., & Eshelman, E. R.(1985). *Técnicas de Autocontrol Emocional*. Barcelona: Martínez Roca.

Desai, A.(1985) *Kripalu Yoga. Meditation-in-Motion*.Book II. MA: Kripalu Publications, Inc.

Eckberg, D., Kifle, Y. & Roberts, V. (1980). Phase relationship between human respiration and baroreflex responsiveness. *Journal of Physiology (London)*, 304, 489-502.

Ekelund, L-G., Haskell, W.L., Johnson, J.L., Whaley, F., Criqui, M. & Sheps, D. (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), 1379-1384.

Ellis, A.(1971). *Growth through reason*. North Hollywood, CA: Wilshire Books.

Ellis, A. & Grieger, R.(1977). *Handbook of Rational-Emotive Therapy (vol.1)*. New York: Springer Publishing.

Emery, G.(1984).*Own Your Own Life*. New York: Signet.

Epstein, G. (1997). *Las siete claves de la curación*. Madrid: EDAF, S. A.

Everly, G. S.(1990). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Press.

Filligim, R.B. & Blumenthal, J. A. (1993). The Use of Aerobic Exercise as a Method of Stress Management En: P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk, Principles and Practice of Stress Management, (pp. 443- 462). New York: The Guilford Press.

Fried, R.(1990). Integrating music in breathing training and relaxation: I. Background, rational, and relevant elements. *Biofeedback & Self-Regulation*, 15(2),161-177.

Gardner, H.(1983). *Frames of Mind:The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books, Inc.

Gawain, S. (1982). *Creative Visualization*. New York: Bantam Books.

Grana, R.C., Bonavita, L.N., de Gatica, L., Pérez, I., & Hernández, C.B.(1997). *Ecología y Calidad de Vida*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Grossman P. (1983). Respiration, stress and cardiovascular function. *Psychophysiology*, 3, 284-300.

Hanna,T.(1988). *Somatics*. MA: Addison - Wesley.

Hidalgo, C. G. & Abarca, N. (1999). *Comunicación Interpersonal*. Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales. (3ra.ed.).Chile: Alfaomega.

Hirsch, J. & Bishop, B.(1981). Respiratory sinus arrhythmia in humans: How breathing pattern modulates heart rate. *American Journal of Physiology*, 241, H620-H629.

Hurwitz, B. E.(1981). The effects of inspiration and posture on cardiac rate and T-wave amplitude during apneic breathholding in man. *Phychophysiology*, 18, 179-180.

Ikemi, J. & Ikemi, A.(1986). An Oriental Point of View in Psychosomatic Medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45, 118 - 126.

Jacobson, E.(1929). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

Jacobson,E. (1978).*You must relax*. New York: McGraw-Hill.

Kabat-Zinn, J.(1990). *Full Catastrophe Living*. Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness. New York: Dell Publishing Group, Inc.

Kujala, U., Kaprio, J., Sarna, S. & Koskenvuo, M. (1998). Relationship of Leisure-Time Physical Activity and Mortality: The Finnish Twin Cohort. *JAMA*, 279, 440 - 444.

Kushi, L.H., Fee, R. M. Folsom, A.R. et al.(1997): Physical activity and mortality in postmenopausal women. *JAMA*, 277 (16)1287-1292.

Labiano, L. M. (1991). *La Meditación*. Características y Aportes al Proceso Psicoterapéutico. *Terapia Psicológica*, 15, 55-59.

Labiano, L.M. (1996). *La Técnica de la Respiración*. *Salud Mental*, 19, 31-35.

Labiano, L. M. (2000). Dimensiones del Sentimiento de Bienestar. *Extensiones*, 6, (1-2), 73-80.

Lawson, J. (1999) *Cúrese con las endorfinas*. Barcelona: Vital.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lee, I - M. & Paffenbarger, R. S. (2001). The Role of Physical Activity. *The Physician and Sports Medicine*, 29 (2),1-13.(on-line).

Ley, R. (1994). *An Introduction to the Psychophysiology of Breathing*. *Biofeedback & Self-Regulation*,19, 95-97.

Locke, S. & Colligan, D. (1991). *El médico interior*. Barcelona: Ediciones Horizonte.

Luthe, W. & Schultz, J. H. (1969). *Autogenic therapy*. Grune and Stratton. New York.

McCollum M., Burch W. & Roessler R. (1969). Personality and respiratory responses to sound and light. *Psychophysiology*, 6, 291-300.

McKay, M., Davis, M. & Fanning, P.(1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

Meichenbaum, D.H.(1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.

Meichenbaum, D. H.(1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca

Ornish, D.(1990). *Program for Reversing Heart Disease*. New York: Random House.

Paffenbarger, R. S., Wing, A. L. & Hayde, R. T. (1978). Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. *American Journal of Epidemiology*, 108 (3), 161-175.

Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8 (3), 162-166.

Peper, E. & Holt, C. F. (1993). *Creating Wholeness*. New 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-Gung*. MA: Shambala Publications, Inc.

Ryff, C.D. & Singer, B. (1996). Psychological Well-Being: Meaning, Measurement and Implications for Psychotherapy Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65,14-23.

Schultz, J.(1969). El Entrenamiento Autógeno. Barcelona: Ed.Científico-Médica.

Schwartz, M. S.(1987). Biofeedback. A Practitioner's Guide. New York: The Guilford Press.

Somer, E.(1999). La guía antiedad. Como poner freno al envejecimiento. Barcelona: Integral.

Watson, D. & Tharp, R. (1992). Self-Directed Behavior: Self-Modification for Personal Adjustment, (6º ed.). Monterrey, CA: Brooks/Cole.

Williams, J. M. (1991). Psicología aplicada al deporte. Madrid: Biblioteca Nueva.

ANEXOS



Figura 1 - Saludo al sol

Beneficios

1. Excelente secuencia de calentamiento para estirar, tonificar y vigorizar la totalidad del cuerpo.
2. Tonifica el sistema digestivo alternando 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, tonificando el sistema nervioso y regulando 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 2 - Gran círculo taoísta

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 lo ha considerado como un ejercicio protector de la salud y que aumenta la vitalidad (Reid, 1998).



Figura 3 - Ejercicios para realizar en el trabajo o en casa

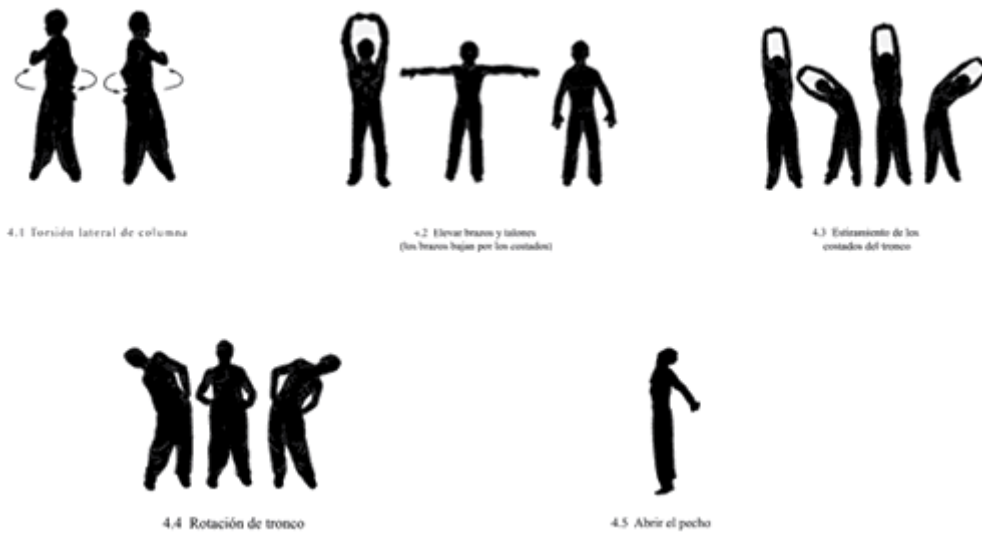


Figura 4 - Ejercicios de calentamiento



Figura 5 - Posturas (Hatha-Yoga)

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA ESCALA CONFLICTOS DE ESTRÉS LABORAL

Mtra. Georgina Eugenia Bazán Riverón

Colaboradoras

Mtra Maricela Osorio Guzmán
Mtra Mirna Patricia Paredes Rivera

La comprensión del término estrés ha pasado desde los modelos biologicistas, hasta los transaccionales, y a pesar de tener planteamientos distantes, ambas teorías coinciden en que existe un grado de tolerancia a los estresores, mismo que si se supera, llevará al organismo al colapso o en otros términos, a la enfermedad. Como es de esperarse, para el psicólogo la aproximación transaccional es de mayor utilidad que la biologicista, pues plantea que el estrés tiene lugar cuando una estimulación aumenta la activación de un organismo, excediendo su capacidad de adaptación para atenuarla (Levin, 1977).

Basado en esta reflexión, se considera útil dar una mirada a tres momentos relevantes en la conformación del término estrés, retomando el estrés como respuesta, como evento de vida o estímulo, y culminando con la vigente teoría transaccional de Lazarus, la cual manifiesta la importante labor del sujeto en la evaluación del evento estresante. Por este hilo conductor se llega a un importante fenómeno, la ubicación contextual de la respuesta de estrés, misma que recobra al ubicar el término en el ámbito laboral, para dar pie a las áreas que conforman la escala empleada en este estudio.

Así pues, el término estrés se identifica en los primeros trabajos de Selye, y se puede encontrar a éste y Cannon en la década de los 50's trabajando mediante un modelo mecanicista (causa-efecto); no obstante, omiten la valoración que puede hacer el sujeto de cierto evento estresante, sin considerar los estímulos y centrándose en las respuestas; así también, afirman que la adaptación al estresor está dada genéticamente. Específicamente Selye (1954) marca tres estados para explicar el fenómeno "GAS" Adaptación general al síndrome, mismos que se describirán a continuación: el primero, es conocido como el estado de Alarma, es una respuesta de disrupción de la homeostasis (hipotálamo excitado); el segundo se manifiesta como Resistencia: cesan las reacciones del estado de alarma, es decir, el organismo parece adaptarse al estresor; y el último, presente como Agotamiento, generado por la exposición continua al evento.

En segundo lugar, de manera polarizada surgen los estudios sobre los eventos de vida estresantes, con dos psiquiatras, Holmes y Rahe (1967) quienes observaron cuidadosamente los acontecimientos vitales que habían precedido a la enfermedad en 5000 pacientes hospitalizados. Ellos encontraron evidencias significativas de la relación entre los cambios ocurridos en la vida de esas personas, y un incremento en la posibilidad de enfermar. Al cabo de uno o dos años ellos ubicaron el énfasis en el ambiente, lo cual representaba una ventaja a la perspectiva anterior; no obstante, aún no se consideraba al sujeto y su parte activa en la interpretación de un suceso estresante.

En tercer lugar, surge una importante tendencia dentro de la Psicología: la teoría cognitivo conductual, donde sobresalen los trabajos de Lazarus (1966) quien explica el estrés mediante la combinación de tres elementos (Mckay y cols, 1985 y Russell, 1988): el medio ambiente, los pensamientos (cogniciones) y la activación fisiológica, de este modo sostiene que una interrupción en cualquiera de estos tres factores llevará a cambios en los demás.

Lazarus plantea que existe una interacción entre el sujeto y el ambiente, indicando tres estados en el proceso: 1. conocimiento del evento estresante y valoración del peligro; 2. cuando el evento es valorado como amenazante (estos dos estados están mediados por las experiencias previas del sujeto), y 3. Afrontamiento; si el evento llega a ser valorado como irrelevante no hay estrés, por el contrario, el estrés inicia si se considera una amenaza y las demandas del suceso exceden los recursos del sujeto.

En este sentido, de acuerdo con la clasificación de definiciones hecha por Houston (1987), consideramos que los intentos para definir estrés contemplan tres grandes rubros generales:

1. Las definiciones basadas en estímulos: Estas asumen al estrés por los estímulos que lo generan y hacia los cuales se requiere algún tipo de adaptación.
2. Las definiciones basadas en procesos intervinientes: Se perciben las respuestas de la persona, donde ésta valora lo potencialmente dañino de la situación, centrándose sólo en aspectos externos, omitiendo los estresores internos, tales como pensamientos, deseos, recuerdos, etc.
3. La definición basada en las diferencias individuales: se centran en los fenómenos que son externos y en los procesos intervinientes.

En la actualidad, la concepción de este fenómeno se ha ampliado, pues su comprensión incluye no solo los estímulos (Tipos de estresores) y las respuestas (aspectos biológicos), sino que abarca estilos de afrontamiento, desde la perspectiva única de la persona, con lo cual se ha avanzado considerablemente en la comprensión del estrés; incluso ha dado la oportunidad de desarrollar instrumentos de evaluación que exploren la parte biológica, los eventos estresantes, la parte activa del sujeto como mediador y el aspecto fundamental, el contexto, es decir, partir de la premisa que el estrés es una variable contextual como muchas otras, debido a que implicará en su estudio la consideración de lugares y personas en donde se presente, sin olvidar por supuesto las características propias de la persona.

Con relación a este último punto, a nivel mundial y en nuestro país el problema del estrés toma dimensiones alarmantes relacionadas con el contexto, como explica Sussex (2001), 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 la gente viva en constante tensión y depresión. Asimismo, a nivel mundial, uno de cada cuatro individuos sufre de algún problema grave de estrés y en las ciudades, se estima que el 50 % de las personas tienen 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, el 70 % de las consultas médicas son 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).

Ahora bien, sería de gran utilidad, para tener una visión mas completa sobre el estrés, por un lado identificar los tipos de estresores con trabajos cómo el de McEwen (1998), quien clasifica los estresores precisando cuatro tipos de carga alostática y, por otro lado, retomar las características del sujeto como los estudios sobre conducta tipo "A", tipo "C", y el comportamiento llamado *Hardiness*, con la finalidad de vincular los efectos en la salud.

Se dará inicio con la interesante clasificación de McEwen (*op. Cit*) quien identifica cuatro tipos de carga alostática:

1. El primer tipo es la que está provocada por el estrés puntual, aquél que causa una respuesta física inmediata. (encontrarse en un "embotellamiento vehicular"). 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.

2. La segunda clase es la respuesta normal, pero mantenida, constante, al estrés. Es el resultado de una exposición prolongada a las llamadas hormonas del estrés (las catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, que son las hormonas que libera el sistema nervioso simpático, y los glucocorticoides). Determinados profesionales, como ejecutivos, pilotos de avión, médicos o enfermeros de terapia, colectiveros, son los que más sufren este tipo de carga alostática.

3. El tercer tipo es 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.

4. Finalmente, el cuarto tipo de carga alostática se produce por una respuesta física inadecuada al estrés. Es decir, cuando uno de nuestros sistemas no responde correctamente ante la amenaza del estímulo, el organismo actúa activando 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 en ratas han demostrado que las consecuencias de esta respuesta anormal aumentan la susceptibilidad de estos animales a padecer trastornos autoinmunes o inflamatorios.

Aunado a lo anterior si se consideran las características de la persona, se tiene que el comportamiento Tipo A, se caracteriza por la tendencia a 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 al riesgo de contraer cáncer. Se denomina en forma genérica *Tipo C* ("C" inicial de cáncer). Fue descrita por Temoshok (1987) como personas que suelen ser colaboradores, conciliadores, complacientes, amables, poco exigentes y pacientes. Son más bien dóciles y rara vez llegan a confrontaciones, contrastando 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 eran más inmunes 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 la letra c. 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 manifiestan un fuerte espíritu de solidaridad con sus compañeros involucrados en la comunidad; 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 por las experiencias propias; y 3) *Desafío (Challenge)*, consiste en la idea 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 le produciría pánico o malestar, para estas personas era una aventura que los estimula a luchar. Quienes tenían esta cualidad eran personas que no percibían las situaciones como negativas sino como un hecho positivo que les permitía la posibilidad de superarse y ser mejores.

Es indudable que estas características personales con el tipo de eventos al que está expuesta una persona, son fundamentales en la comprensión del estrés; sin embargo, en este compuesto hace falta un elemento fundamental que ubica las situaciones que vive la persona completándose así la fórmula para desarrollar o no una enfermedad. Es decir, se requiere de un contexto específico, para analizar el fenómeno, por lo cual, este estudio se basa en el estrés laboral.

De este modo, dentro del ámbito del trabajo el estrés adquiere importantes dimensiones Psicológicas (síntomas y estilos de afrontamiento) y Sociales (relaciones interpersonales en la organización), que hacen referencia a aspectos subjetivos del trabajador, como la percepción que tiene sobre los estresores específicos de su puesto con relación a su autonomía, independencia, carga de trabajo, importancia de su actividad en el proceso laboral, retroalimentación, comunicación con compañeros y superiores, entre otros más. Debido a que en este trabajo se considera al estrés como un proceso Mediacional con componentes fisiológicos, afectivos, y cognitivos, y por ende un fenómeno complejo, se requiere de instrumentos poderosos para poder evaluar dichas dimensiones. Mediante el Instituto de Medicina del Trabajo de la Habana, Cuba, se obtuvieron dos instrumentos: "Escala de Conflictos de Estrés", el cual se ha aplicado en trabajadores con condiciones desfavorables en el plano físico y con exigencias mentales por encima de las posibilidades de los sujetos (las aplicaciones en Cuba fueron exitosas y se llevaron a cabo con Médicos de urgencias, controladores aéreos, cirujanos y despachadores), y el segundo instrumento es el "BMS II" instrumento probado incluso con población mexicana. Cabe mencionar que el instrumento contiene cuatro áreas: caracterización del sujeto, síntomas, estilos de afrontamiento y situaciones en que se presenta el estrés, con lo cual cubre los aspectos teóricos mencionados con antelación.

Basado en lo anterior, el *Objetivo Específico* es "Identificar la Validez y Confiabilidad de la Escala de Conflictos de Estrés".

Método

Sujetos: Participaron 339 trabajadores del Sector Salud del D. F. y área Metropolitana.

Ambiente: Los instrumentos fueron aplicados en el lugar de trabajo de cada uno de los participantes.

Instrumentos: Escala de Conflictos de Estrés, la cual permite visualizar los efectos del estrés y sus causas en el ambiente laboral. Su uso está indicado en trabajadores con condiciones desfavorables en el plano físico y con exigencias cognitivas que superan al individuo (médicos de urgencias, controladores aéreos, cirujanos y despachadores). El instrumento evalúa mediante 4 apartados: 1. Características del sujeto; 2. Síntomas que experimenta, asociados a periodos de altos niveles de exigencias físicas o mentales; 3. Estilos de afrontamiento a estresores, que implican las estrategias más frecuentes para afrontar la realidad externa; y 4. Posibles estresores relacionados con el trabajo.

La escala valora la frecuencia de ocurrencia en las cuatro últimas partes mediante 5 categorías que van desde nunca hasta siempre.

BMS II "A" y "B": permite hacer un Diagnóstico diferencial de efectos negativos, que consta de dos pruebas paralelas de papel y lápiz, las cuales se aplican: el instrumento "A" en la primera media hora de la jornada laboral, mientras que el "B", se aplica en las últimas dos horas de la jornada laboral. Su uso se recomienda para tareas de control, superación y mando, con altas exigencias mentales.

El BMS II "A" y "B", Consta de 40 ítems cada uno, los cuales consideran la existencia de 4 efectos negativos del trabajo (Estrés, fatiga, hastío psíquico y monotonía), proporcionando una escala propia de evaluación para cada uno de los efectos negativos del trabajo. Los dos instrumentos evalúan los mismos cuatro efectos negativos pero con diferentes ítems.

Análisis de Resultados

Confiabilidad: se aplicó un alfa de Cronbach, dado que la Escala se encuentra subdividida en subescalas. Para la validez: se consideraron dos pruebas, el BMS y la Escala de Conflictos de estrés y se aplicó un coeficiente de correlación "r" de Pearson producto momento.

Resultados

A partir de la aplicación de ambos instrumentos se obtuvo que el fenómeno de estrés severo se presenta en 136 trabajadores (40%) para el BMS II, y para la escala de conflictos de estrés se presenta de manera moderada a severa en 49 trabajadores (15%) de la población. Tal discrepancia se atribuye a la baja validez del instrumento, como se verá mas adelante.

Para la confiabilidad se aplicó el coeficiente alfa de Cronbach obteniendo los siguientes resultados: para el instrumento total ($\alpha = 0.68$, $p < 0.05$), y para el área de síntomas se obtuvo un $\alpha = 0.90$, $p < 0.05$, para estilos de afrontamiento: $\alpha = 0.73$, $p < 0.05$ y para las situaciones $\alpha = 0.92$, $p < 0.05$.

En lo que respecta a la validez se comparó con el BMS II, obteniendo una magnitud de correlación débil de $r = 0.12$ ($p = 0.02 < 0.05$). Como se puede apreciar, la confiabilidad del instrumento es aceptable mientras que su validez es baja, lo cual genera las siguientes conclusiones.

Conclusiones

A partir de lo anterior, se observa que los datos reportan baja incidencia del padecimiento de estrés en ambos instrumentos contrario a lo indicado por la literatura; no obstante, se identifican hastío psíquico y fatiga (mediante la aplicación del BMS II), hastío psíquico en el 51% y fatiga en el 39%, lo cual puede relacionarse estrechamente al padecimiento de "Burnout", hacia donde se deberá dirigir la siguiente fase del presente proyecto.

En lo que respecta a la confiabilidad y validez, se requiere aun más investigación, dado que se tiene confiabilidad aceptable lo cual garantiza estabilidad y predictibilidad en las áreas que maneja la Escala de Conflictos de Estrés (síntomas de estrés, medidas de afrontamiento y situaciones que generan estrés); no obstante, la validez es baja, lo cual indica deficiencias en el instrumento para medir realmente el fenómeno de estrés en los trabajadores de la salud de población mexicana, por lo cual, el instrumento deberá adaptarse a la población mediante pruebas de "validez construida". Por otra parte, para futuras investigaciones se identificará el fenómeno de los efectos negativos del trabajo en trabajadores de la salud dentro del marco del "Burnout", ya que se exploran problemáticas mas acordes con la actividad laboral de estos profesionales, como la despersonalización que representa el eje de los estudios del "Burnout", lo cual puede garantizar una mayor validez y confiabilidad en la medición de efectos negativos del trabajo en esta población y por ende en la intervención.

Referencias

- Almirall. H. P. (1993) *Efectos negativos de las cargas de trabajo*. Ministerio de Salud Pública Instituto de Medicina del trabajo. La Habana, Cuba.
- Houston B. K. (1987) Stress and coping. En Snyder, C. P. & Ford, C. E., 1987. *Coping with Negative Life Events*. University of Missouri. Plenum Press: New York. Pp.373 - 399.
- Kobasa S.C., Maddi S.R. y Kahn S., (1982). Hardiness and Health: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 11, 168-177;
- Kobasa S.C. y Puceett M.C. (1983). Personality and Social Resources in Stress Resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 14, 839-850.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Levin, S. (1977) *Biobehavioral Interventions*. Behavioral Medicine. New York: Springer Publishing. Chap.2.
- 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, 338.
- Mckay, M. Fanning, P (1985) *Técnicas Cognitivas para el tratamiento del Estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

Ponce, S. R. (1994) *Estrés y Afrontamiento*. La Habana, Cuba: Academia, Colección Nueva Vida. Cap.1 y 2.

Russell, M. L. (1988) *Stress Managment for Chronic Disease*. U.S.A. Pergamon Press. Chap 14.

Selye, H. (1954) *Estrés. Sufrimiento*. España: Ed. Científico-Médico. Cap. 2 y 3.

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>

LA NOCIÓN DE "RESILIENCIA" EN EL ASESORAMIENTO

Maria Luisa Lodo-Platone

*Lo importante no es lo que hacen de nosotros,
sino lo que nosotros hacemos de lo que hicieron de nosotros.
Jean-Paul Sartre*

La noción de resiliencia

¿Qué es la resiliencia? Es una capacidad que se encuentra en toda cultura y sociedad, de superar los obstáculos y de encontrar sentido a los acontecimientos más duros y dolorosos de la existencia humana y, a través de la reflexión, ir construyendo competencias, referentes, valores y una actitud constructiva frente a la vida. Es un proceso activo de fortalecimiento, autodeterminación y crecimiento en respuesta a las crisis.

El término "resiliencia", tal como está utilizado en este artículo, es la versión psicológica de la voz que utiliza la física mecánica para indicar la resistencia de un material a la presión y a los golpes. Según el Diccionario de Lengua Espasa, la voz "resiliencia" es "la propiedad de la materia que se opone a la rotura por el choque o percusión", por otra parte, el Diccionario Larousse la define como "índice de resistencia al choque de un material".

La versión psicosocial de la resiliencia es una noción de carácter elusivo, la cual se hace casi imposible registrar a través de análisis estadísticos. Sin embargo, emerge de los datos cuando se contrastan variables o dimensiones en estudio que comparan los sujetos con desajustes y patologías, con los sujetos que no presentan estas características, a pesar de haber sido sometidos a las mismas situaciones críticas. Los "resilientes" tienden a diluirse dentro del grupo de las personas aparentemente adaptadas en su vida de relación y en sus respuestas a la dureza del medio social; sin embargo, presentan, a diferencias de los sobrevivientes, unos mapas mentales, referentes éticos y valores derivados de las experiencias traumáticas que los hacen más sensibles hacia sí mismos y los demás. Parecen haber integrado, a partir de las adversidades, un aprendizaje especial que ha estructurado en ellos una cosmovisión que los hace menos vulnerables en el futuro a los impactos adversos de las circunstancias humanas y sociales, y más abiertos a las experiencias humanas en interdependencia con otros.

Esta calidad emerge de las investigaciones a través de los estudios de casos y de las historias de vida de sujetos que han sido sometidos, en algún momento de su existencia, a condiciones de extrema dureza, algunas provocadas por desastres naturales o socio-políticos, otras, por circunstancias y actos de abuso y de violencia, tanto en el seno de la familia, cuanto por parte de otros.

Son personas que desarrollan una sensibilidad especial y unos recursos interiores que les permiten construir un andamiaje de fortaleza interna, de creatividad y, sobre todo, un sentido de humor y de optimismo frente a los choques del entorno.

Consideran el traumatismo como un desafío y una fortaleza. En síntesis, tal como lo expresa Boris Cyrulnik (2001), son "los patitos feos que se convierten en cisnes".

Precursores de la noción de resiliencia

Existen algunas biografías de personas excepcionales, tales como, por ejemplo, Víctor Frankl quien en su obra "Descubrir un sentido a la vida", relata cómo ha podido trascender su situación de víctima y descubrir el sentido de la vida a pesar de las condiciones infrahumanas de los campos de concentración.

Por otra parte, numerosos estudios sobre el desarrollo humano y los procesos de ajuste, reportan y describen las historias de personas que han trascendido el sufrimiento y el abuso para reestructurar su cosmovisión y su vida de una manera equilibrada y creativa a pesar de los traumas sufridos. Sin embargo, según Poilpot (1999), Michel Lemay de Montreal, Canadá, puede considerarse el precursor de las investigaciones acerca de la resiliencia, ya que a él se atribuye haber descubierto desde hace veinte años, la pista de la misma.

Werner y Smith (1992) analizan la resiliencia a través de sus investigaciones en sujetos de altos riesgos que, desde la infancia hasta la edad adulta, son capaces de superar los eventos negativos de su existencia.

En 1997 se realiza un Foro organizado por la BICE, (Bureau catholique international de l'enfance) en el Congreso Mundial de la Salud. En esta institución con sede en Ginebra, Stefan Vanistendael y Jacque Lecomte, integrantes del equipo de esta institución, investigan la resiliencia en varios países y culturas y realizan programas inspirados en este concepto.

Posteriormente, se han venido incrementando las publicaciones sobre la resiliencia, dándole mayor difusión al concepto. Entre ellas, cabe mencionar los trabajos de Michel Mancieux y de Boris Cyrulnik (2002) que, desde Europa, han tenido una amplia difusión a nivel mundial. Las bases científica y metodológica de estos trabajos acerca de la resiliencia, se deben a la Asociación Francesa de investigación en etología clínica y antropológica.

En España, Rodrigo y Palacios (1998) describen los factores de riesgo y los factores protectores en el seno de la familia; sin embargo, no utilizan el término aunque a través de la lectura, encontramos muchos aspectos descriptivos que se incluyen dentro del concepto de la construcción de la resiliencia en la familia y, en general, en el desarrollo humano.

En Estados Unidos, las publicaciones en torno de la resiliencia se insertan dentro de la corriente denominada Psicología Positiva. Entre otros, se destacan las investigaciones realizadas por Seligman y colaboradores (1998, 2002) de la Universidad de Pensilvania.

Cuáles son las características de la resiliencia?

La resiliencia es una construcción compleja que se cimienta en la capacidad de encontrarle sentido a la vida. De allí, un sólido sentido de sí mismo, una autoestima adecuada y el desarrollo de competencias para que, a través de la reflexión, se puedan reestructurar los eventos adversos como un aprendizaje para enfrentarse con una actitud positiva al peligro, al riesgo y a la infelicidad (Vanistendael y Lecomte, 2002, p. 23).

Manciaux, lo expresa así "... un poco de amor, saber escuchar el sufrimiento, saber perdonar, liberarse de una falsa culpabilidad, conservar la autoestima, imaginarse un futuro mejor. El humor ayuda a tomar distancia con respecto a una experiencia difícil, incluso casi insoportable y favorece la resiliencia." Un ejemplo respecto a este punto está en la historia de vida de ML, una mujer emigrante, con una infancia muy difícil durante la segunda guerra mundial, padeciendo la destrucción de su casa durante los bombardeos y el terror de los nazis. Finalmente había echado raíces en el nuevo país. Se había casado, formado una familia de tres hijos y graduado en ciencias de la salud. De repente, la hija mayor desarrolla un cáncer fulminante y deja una criatura de pocos meses. El marido, después de treinta años de matrimonio, le pide el divorcio y la deja sola con la responsabilidad del mantenimiento de los dos hijos que estaban estudiando. Bueno, por lo corto, según ella relata en su historia de vida, lo que ella considera que la ayudó a levantarse de la cama y a seguir con su trabajo y su vida, fue, entre otras cosas, el leer cada mañana el texto de una tira cómica que decía: "No desesperes, seguramente en todo el mundo hay por lo menos tres personas más infelices que tú". Frente a la tragedia de su vida, un sutil sentido de lo humano y del humor la condujo a tejer cada día el entramado de su existencia que se desarrolló de una forma productiva y de ayuda a sí misma y a los demás.

Hay una conexión aunque no continuidad entre la filosofía, los valores, la fe y la creencia en una vida mejor. La búsqueda de convergencias entre los diferentes casos de personas resilientes ayudarán tanto a los profesionales como a todas las personas que necesitan ayuda, a encontrar las líneas de fuerza, las potencialidades y, en general, las alternativas posibles, según el caso, para que las personas dolidas, golpeadas y traumatizadas en cualquiera etapa de su vida, puedan seguir su camino existencial de la forma más creativa y significativa posible.

Reflexiones en torno de la resiliencia en la familia

En las conferencias nacionales e internacionales sobre el asesoramiento a las familias en situaciones especiales, se reconoce que el núcleo fundamental para su comprensión e intervención es considerarlas como un sistema, con propiedades emergentes más allá de las que poseen sus miembros como individuos. Esto implica un cambio de foco del análisis intrapsíquico de un individuo a las propiedades sistémicas de un grupo familiar, así como a unidades sociales más amplias como una comunidad, y a las comunidades en el contexto de la sociedad y la cultura a que aquélla está incorporada (Platone, 2002).

De esta manera, el asesoramiento a las familias abarca un campo más amplio que el análisis individual de los miembros de las mismas para volverse un asesoramiento de tipo contextual para el mantenimiento de la salud mental. El análisis del sistema familiar enfatiza las potencialidades de reestructuración a partir del estudio de las dimensiones que preservan el equilibrio y la cohesión del hogar. En individuos, familias y grupos de alto riesgo, el asesor centra la atención sobre los factores protectores que contribuyen a la formación de la resiliencia.

Es indudable que en nuestra sociedad actual existe un sinnúmero de tensiones que se derivan de cambios importantes en el funcionamiento de la familia. En muchos hogares el trabajo de ambos padres priva a los hijos de la presencia de un adulto que organiza su vida cotidiana cuando regresan de la escuela, así como de la estimulación necesaria para la adquisición de valores y conductas favorables a su desarrollo. El tiempo que los niños pasan frente al televisor aumenta, mientras disminuye el tiempo de la realización de actividades conjuntas con la familia. Muchos de los programas que se transmiten por este medio están saturados de

violencia y comunican mensajes poco edificantes, haciendo difícil discriminar los valores básicos del ser humano.

Por otra parte, el niño(a) pasa un gran tiempo del día en la escuela, donde está sometido a una serie de influencias que muchas veces son ajenas a la cultura de su hogar, generando así una serie de contradicciones durante su escolarización entre lo que vive y lo que se considera socialmente deseable. Esto es particularmente importante para los niños de los hogares de escasos recursos ya que la comunicación entre representantes y docentes es casi nula (Platone, *op.cit.*).

Los niños de los barrios populares viven la mayoría de su tiempo libre en la calle, donde entran peligrosamente en contacto con grupos de pares y/o adultos que viven en un mundo problemático vinculado con la droga, la violencia callejera y diferentes tipos de creencias poco alentadoras para la vida en comunidad. Estos son algunos de los elementos de tensión de la vida familiar que actualmente ponen a prueba la cohesión del hogar y la crianza.

Sin embargo, es posible encontrar también elementos de protección que amortiguan el impacto de estas fuerzas negativas. Por ejemplo, una mayor preocupación e información acerca de los métodos de crianza, un mayor número de programas de apoyo de la familia y, en general, el reconocimiento de la importancia de los abuelos y de la familia extendida para cuidar a los hijos pequeños cuando ambos padres trabajan. Es importante también reconocer la red de apoyo y de solidaridad que se establece entre los vecinos y amigos para aliviar las situaciones de aislamiento que la familia nuclear ha venido experimentando en el transcurso de los últimos tiempos (Platone, 1998, 2002).

La forma en que cada familia concreta los factores de riesgo y de protección puede variar de acuerdo con las circunstancias de cada sistema; sin embargo, el balance de estos factores definirá la calidad de las relaciones familiares y la posibilidad de desarrollar en los miembros del sistema las competencias para superar las dificultades y salir fortalecidos de los impactos de los eventos negativos.

¿Qué cambios importantes han experimentado los núcleos familiares en nuestra sociedad?

La expansión de la economía occidental ha incidido en la organización familiar extendida, la cual era común en las zonas rurales. En las comunidades urbanas coexisten varios tipos de familias cuya estructura parece mostrar variaciones importantes de los patrones tradicionales (Recagno-Puente y Platone, 1998). Los estudios realizados por la UNESCO (1994), mencionan la transición demográfica, la urbanización y los cambios culturales como los factores más importantes que han incidido en la transformación de la estructura y el funcionamiento del sistema familiar, causando una ruptura en las formas tradicionales del estilo de vida (Recagno-Puente y Platone, *op.cit.* p.65).

De acuerdo con los estudios realizados en las comunidades marginales, Recagno (1994-1997) encuentra que en estas comunidades la proporción de uniones consensuales excede a las legales y se incrementa el embarazo adolescente, lo cual incide negativamente en la crianza de los hijos. Se mencionan, entre otras manifestaciones del deterioro social del país, el incremento de la violencia doméstica, la delincuencia, el consumo de drogas, la prostitución juvenil, así como el número de niños abandonados que viven en la calle.

La tarea, nos dice Moreno (2000), es producir desde el sentido del pueblo, desde su relación convivial y su mundo-de vida, una acción conjunta de la familia-escuela y comunidad para el diseño de políticas que incorporen los cambios acelerados de los contextos sociales.

Una aproximación al estudio de los contextos sociales

Las investigaciones realizadas en Venezuela muestran cómo las características económicas y sociales condicionan la estructura y forma de vida de los grupos familiares. Los problemas inherentes a la urbanización de las áreas metropolitanas como consecuencia de las migraciones del agro a la ciudad y de grupos culturales diferentes que emigran de los países vecinos, incrementan las dificultades de integración comunitaria. Esto ha generado en el valle de Caracas una situación crítica de falta de los servicios básicos, inseguridad personal, marginalidad, carencias educativas y de salud, entre otros. El conjunto de estas dificultades del entorno ha incidido negativamente en la estructura familiar y en su funcionamiento, especialmente en los sectores populares (Platone, 1998).

El Dr. Méndez Castellano, en su discurso con motivo de su incorporación a la Academia de Medicina, refirió los datos siguientes al mencionar la estratificación social de Venezuela: Del total de la población, el 39.83% (cubre 8.407.145 personas y 1.681.429 familias) vive en condiciones de pobreza relativa, mientras el 41.75% (cubre 9.019.383 personas y 1.803.877 familias) vive en pobreza crítica (Fundacredesa, 1991).

De acuerdo con las estadísticas sociodemográficas, la situación de la mayoría de nuestras familias y, en general, las familias de los países del tercer mundo que comparten circunstancias similares, plantea un cuadro muy sombrío y pesimista acerca del destino de sus integrantes. Sin embargo, vemos florecer del seno de estos hogares, personas que, más allá de toda previsión, son capaces de aportar un gran caudal de recursos y algunas de ellas se destacan dentro del capital humano del país. ¿Cómo explicar este fenómeno? El concepto de resiliencia aporta algunas respuestas positivas frente al pesimismo determinista de las investigaciones. Para ello, elaboraremos en los siguientes capítulos acerca de los procesos de cambio vistos bajo la perspectiva de la resiliencia.

Los procesos de cambio y la resiliencia

¿Cuáles son los mecanismos por los cuales se producen en la experiencia humana los procesos de cambio que hacen posible que el individuo supere sus circunstancias adversas?

Los encuadres teóricos desarrollan premisas para comprenderlos. Algunos de ellos centran el análisis en las experiencias individuales, otros, tienen una perspectiva holística e interaccional ya que sus premisas consideran a la persona como miembro de los sistemas humanos en constante interacción con los demás y con el entorno.

Premisas centradas en el individuo

Para estas reflexiones han sido particularmente inspiradoras: a) la obra de Guidano (1995) acerca del dilema de la identidad del ser humano sometido a los procesos constante de cambio en el transcurso de su existencia, y b) la teoría de los sistemas autopoiéticos de Maturana y Varela (1980).

En primer lugar desarrollaremos la importancia de la noción de **autopoiesis** (del griego poiesis = construcción) y su influencia en el enfoque postmoderno de la asesoría cuando se construye un contexto de "aprendizaje generativo" entre el asesor y el asesorado, para mediar los cambios (Platone, 1995).

Maturana y Varela (1980) estudian las propiedades de autoorganización de los seres vivos y concluyen que todo ser vivo es un sistema autoorganizado (o sistema autopoietico), el cual auto-organiza su experiencia de realidad en el transcurso de su ciclo de vida a través de una red de procesos y relaciones iniciales, determinados por su estructura. En esta teoría, el aprendizaje viene definido como el cambio en la conducta del organismo, congruente con las relaciones cambiantes entre el organismo y su medio. Las interacciones de los sistemas vivos con su medio estarían determinadas, por lo tanto, más por la estructura del ser vivo que por el medio en sí. La analogía del calidoscopio puede dar una idea de este proceso cuando al rotar el aparato, se mueven abruptamente todos los elementos formando una nueva configuración.

Las implicaciones de estas premisas cambian radicalmente la concepción del aprendizaje ya que éste se genera desde las estructuras internas y no desde la instrucción por agentes externos o por la información programada desde afuera o por las representaciones que percibimos del medio y que internalizamos (representaciones). De acuerdo con esta teoría, el aprendizaje se genera de la interrelación de los elementos del organismo cuando se acopla estructuralmente con el medio. Por eso, es importante comprender que lo que el organismo puede experimentar está limitado por su estructura, la cual, a su vez, representa una forma pasajera de su organización. Los cambios estructurales en intercambio con el medio, son el resultado de perturbaciones que, si bien impactan al organismo, no dan información acerca de la naturaleza o de las propiedades de la entidad perturbadora.

Las consecuencias de estas premisas en los procesos de cambio, consistirían en lo siguiente:

1. El cambio ocurre siempre dentro de un proceso de mantenimiento del ser autoorganizado ya que, de otra manera, el sujeto mismo no podría darse cuenta del cambio.
2. La identidad del sujeto es una construcción y no una representación como lo plantea el enfoque racionalista. Esta construcción permite al individuo individualizarse y, al mismo tiempo, construir su manera de **ver** y de **sentirse** en el mundo, en un proceso de elaboración de significado personal que implica componentes biológicos, cognitivos y afectivos.
3. El proceso de secuencias de eventos significativos desde el punto de vista de la activación emotiva del sujeto, permite la reorganización de imágenes y eventos prototípicos, los cuales vienen constantemente reordenados por el sujeto, dándole una trama narrativa (Ricoeur, 1990; Guidano, 1991,1995, p.57).
4. La trama narrativa personal o la "unidad narrativa de la vida" se vuelve más abstracta cuando emergen las estructuras cognitivas superiores y se enriquecen con la creación de otras imágenes metafóricas a través de la imaginación, la simbolización y la simulación (McIntyre, 1984).
5. La unidad, la constancia y la continuidad del sentido de sí mismo sería el mantenimiento de la coherencia y de la continuidad de la propia historia de vida.

6. El cambio producido por un evento impredecible o desconcertante que incide en esta historia, dispara procesos perturbadores, los cuales, a su vez, impulsan al individuo a reordenar su historia para releerla y remodelar nuevamente el sentido del sí mismo (Guidano, *op.cit.*, p.58)
7. Durante el proceso de la asesoría, no se cambia la historia de las personas, sino se introducen elementos que llevan al individuo a releer, reordenar, y reconstruir su historia para darle mayor consistencia y continuidad al sentido que tiene de sí mismo.
8. El primer límite de la asesoría consistiría en que el asesor considere todo cambio como relativo en vez de absoluto, según los enfoques tradicionales.
9. El trabajo de asesoría consiste en dar algún instrumento o destreza al cliente para reconstruir, releer y reorganizar su historia. El asesorado necesita llegar a una reconstrucción viable de su historia, manteniendo una continuidad de sí mismo como sujeto, autor y personaje de la misma.
10. El cambio depende más de los procesos reordenadores del paciente y de sus recursos personales que de la experticia del asesor.
11. Es importante respetar el ritmo y la flexibilidad del asesorado para que los procesos de cambio se hagan viables y se consoliden. En el desarrollo de la asesoría, el cambio puede ocurrir de manera discontinua y episódica.
12. Los efectos del cambio son bilaterales ya que afectan tanto al asesor como al asesorado. Por otra parte, los cambios pueden generar experiencias perturbadoras en el sentido de plantearse la paradoja del cambio "sentirme cambiar, quedándome el mismo". Por eso, es importante que el asesor logre el máximo de reorganización del cliente con un incremento mínimo de la conciencia de sí mismo para que pueda darse cuenta del cambio.
13. El papel del asesor en el proceso de cambio. Se hace imposible durante las sesiones de asesoría controlar todos los eventos que pueden producir cambios en la persona. Sin embargo, se ha podido establecer que "cuando la relación con el cliente es buena, cualquier situación puede producir condiciones que facilitan o inducen el cambio".
14. Se recomienda prestar especial atención al *setting* (conjunto de condiciones que estructuran el contexto terapéutico, incluyendo la relación asesor-asesorado). Con frecuencia, un *setting* demasiado impersonal y técnico, genera un clima frío y distante que impide la reacción emotiva del paciente para contactar sus propias emociones, actitudes, y motivaciones. Por otra parte, si el *setting* es demasiado personal y espontáneo, puede producir efectos negativos y baja credibilidad en el cliente.
15. Las consideraciones anteriores, señalan que el asesor necesita desarrollar una buena capacidad de "auto-control", neutralidad y ecuanimidad para sostener una relación inductora de cambio en sus asesorados, tanto en el nivel de los procesos individuales, como en la dinámica de grupo.
16. Por último, la labor asistencial es una actividad ética y comprometida. A través del aspecto relacional de la comunicación, se perfila un rol diferente para los asesores, el cual desplaza el foco desde el encuadre teórico hacia las posibilidades de mediación para coordinar a grupos dispares, volver más permeables los

lenguajes alienados y permitir a la gente hablar con múltiples voces a fin de generar diálogos orientados al cambio (Gergen, 1997).

Premisas del enfoque eco-sistémico

Las premisas eco-sistémicas consideran que todo individuo es parte integrante de un contexto social donde interactúa con otro y está interconectado formando sistemas humanos y pautas relativamente estables de interacción. Cuando suceden cambios en cualquier punto del contexto, este cambio afecta el funcionamiento de todos los integrantes del sistema. De acuerdo con esta perspectiva, no es posible aislar al individuo del entramado de sus interacciones y relaciones, las cuales lo integran a la sociedad y a su cultura, y constituyen su construcción peculiar de representarse su mundo de relaciones significativas. En la familia humana, los contextos naturales son, en realidad, construcciones socioculturales (Rodrigo y Palacios, 1998). Desde la perspectiva de los hijos, la familia es un contexto de desarrollo y socialización; sin embargo, desde la perspectiva de los padres, es un contexto de desarrollo y realización que supone un compromiso afectivo y de interdependencia con la pareja y de responsabilidad en la crianza de los hijos. Las nociones de interacción y funcionamiento del sistema familiar están estrechamente relacionadas con las funciones anteriormente mencionadas, las cuales emergen cuando se investigan las características más resaltantes que la familia presenta para absorber las dificultades internas y los cambios del contexto social (Platone, 1999).

Desde el enfoque sistémico, la familia es concebida como una unidad sistémica conformada por varios entes interdependientes o subsistemas, tales como la pareja, los padres, los hijos, hermanos, entre otros, que interactúan en la búsqueda de un funcionamiento que les permita desarrollarse como individuos y, al mismo tiempo, mantenerse integrados en la consecución de objetivos comunes. Como consecuencia, cuando se analizan las dificultades de funcionamiento de la familia, es relevante observar no sólo la estructura, sino también las interacciones que realizan sus miembros para adaptar el funcionamiento del sistema a las situaciones perturbadoras que provienen tanto de los cambios del ciclo vital como del contexto social. Estos procesos de ajuste se evidencian mediante las interacciones de los miembros, la comunicación, los límites, normas y roles que asume cada individuo como parte del sistema.

En síntesis, la teoría de sistema es un encuadre teórico y metodológico que permite el estudio de las interacciones a partir de la complejidad y la diversidad, analizando las dimensiones de coherencia, adaptabilidad (flexibilidad) y las secuencias interactivas (comunicación) entre los miembros. Por otra parte, puesto que la familia no está aislada de las complejas redes de interacciones con el entorno, es necesario también el análisis de los contextos ecológicos que forman parte de sus conexiones con el entorno.

Partiendo de este enfoque teórico, cuando se analizan la calidad de vida, el funcionamiento del sistema familiar y la dinámica que los miembros de la familia establecen entre sí, se destacan los aspectos positivos de la vida familiar para contrarrestar los efectos nocivos, bruscos y discontinuos que llenan de angustia a los sistemas familiares y amenazan tanto su estabilidad socio-emocional como su cohesión y permanencia.

Los factores de tensión y riesgo que existen actualmente en el contexto social estarían resumidos en lo siguiente: la violencia entre los adultos y contra la

infancia, las crecientes tensiones sociales, las dificultades económicas relacionadas con el desempleo y la pobreza que se acentúan en los sectores de bajos recursos, así como el aumento del consumo de drogas de diversos tipos y sus consecuencias destructivas en los individuos y grupos familiares, las contradicciones y confusiones respecto a los valores y hábitos de crianza, etc. (Garbarino,1998). Sin embargo, según lo señalan las investigaciones, existen también elementos de protección para la vida familiar, tales como, la adaptabilidad y flexibilidad del sistema para encontrar alternativas viables a los problemas de funcionamiento como, por ejemplo, la incorporación de la familia extendida, especialmente los abuelos, y la formación de redes de apoyo entre los vecinos y amigos.

Frente a situaciones críticas, que originan perturbaciones agudas dentro del hogar, es prácticamente imposible predecir y determinar las alternativas que toman las familias para reestablecer su pérdida del equilibrio homeostático, que dan cohesión y cierto nivel de integridad a sus miembros (Platone, 1989).

El modelo evolutivo con que se observan los procesos de cambio de los sistemas humanos plantea aspectos básicos de la naturaleza humana, tales como la espontaneidad, la creatividad y lo impredecible del hombre como un sistema activo, abierto a la experiencia e inserto dentro de un contexto histórico. En este modelo se enfatizan los aspectos evolutivos de los sistemas humanos y su tendencia a evolucionar hacia niveles de mayor integración y desarrollo frente a los cambios. Sin embargo, cuando los eventos son muy adversos, el sistema puede intentar mantener su estabilidad a través de la disfunción y la patología, pero también tiene la opción de evolucionar hacia estadios de mayor integración y complejidad. La conjunción de estos componentes en el tiempo constituye la historia del sistema familiar (Elkaim, 1983).

Bajo esta perspectiva, la crisis viene a ser un momento de extremada inestabilidad del sistema, la cual, a pesar de la incertidumbre del momento, lleva a la evolución de nuevos estados potenciales y, por consiguiente, es favorable a la auto-organización del sistema hacia nuevas y más complejas organizaciones estructurales y funcionales.

Si analizamos estas consideraciones teóricas a la luz de la noción de resiliencia, encontramos que la crisis, prescindiendo de los factores que la precipitaron, implicaría una doble vertiente, la cual resumimos en el cuadro siguiente:

Tabla 1 - Doble vertiente de las crisis

CRISIS	
OPORTUNIDADES	RIESGOS
Fortalecimiento de las relaciones afectivas (Intra y extrasistema)	Problemas de convivencia: Violencia, maltrato, promiscuidad,
Consolidación de las redes de apoyo	Adicción, delincuencia y diversos
Crecimiento personal (Resiliencia)	Tipos de disfunciones a nivel
Solidaridad y cohesión comunitaria	Individual y social.

Influencia de las nociones teóricas en el asesoramiento

¿Cuáles son las repercusiones de la epistemología sobre la construcción de los factores de resiliencia a través de la intervención, tanto en el ámbito individual como en los grupos familiares y las organizaciones sociales? Los programas de apoyo pueden ser básicamente de dos tipos, tal como se deriva del siguiente cuadro:

Tabla 1 - Programas de apoyo

PROGRAMAS	
Normas de convivencia Valores Interacción: Escuela- Familia-Comunidad Redes sociales de apoyo para el desarrollo de la resiliencia.	Comunicación, relaciones afectivas y estructuración (autoridad y normas) dentro del hogar. Negociación de diferencias. Solución de conflictos. Tratamientos especiales. Conformación de grupos de apoyo.

Cuando comparamos estos lineamientos generales con las características de la resiliencia que hemos desarrollado en el capítulo precedente, encontramos lo siguiente

1. Una visión optimista de los procesos de cambio hacia la capacidad de re-estructuración, evolución y desarrollo, tanto en el ámbito personal que como miembro de un sistema humano
2. La importancia del contexto en la relación de ayuda y el modelaje que proporcionan los asesores.
3. La calidad de la relación humana que se establece entre el sujeto, los miembros del sistema y los asesores.
4. Las estrategias de intervención deben discriminar cuáles están dirigidas a mantener el equilibrio del sistema intervenido y la cohesión de sus miembros, y cuáles están destinadas a precipitar cambios que favorezcan la evolución de la crisis hacia un proceso de desarrollo y crecimiento tanto del sistema como de sus miembros.
5. La comprensión de los procesos de cambio, es decir, tomar en cuenta que prestar apoyo a los sistemas humanos en situaciones críticas, significa analizar el proceso dentro del contexto ideológico y cultural del sistema mismo, evitando estereotipos y sesgos en la valoración de los eventos derivados de las perspectivas teóricas y metodológicas de los programas.

La visión optimista en los programas de asesoramiento

La noción de resiliencia implica mantener una visión optimista de la vida a pesar de las experiencias dolorosas y traumáticas del pasado y del presente de las personas afectadas. Para ello, es necesario que las personas y las familias sean consideradas como el centro de la intervención y deben ser tomadas en cuenta con sus peculiaridades, potencialidades y limitaciones, y no como parte de un conjunto problemático con soluciones colectivas. En otras palabras, deben experimentar la impresión de ser importantes para alguien ya que, según los estudios sobre la construcción de la resiliencia, éste es un aspecto fundamental para el camino hacia la recuperación de la salud mental. En palabras de Cyrulnik: "...para que un niño pueda sobrellevar una situación difícil es necesario que se sienta aceptado por un adulto, para un adulto es ser reconocido y sentirse importante para alguien."

Numerosos trabajos realizados en niños abusados y maltratados, aportan situaciones en donde la existencia de algún miembro de la familia o inclusive algún pariente que preste cariño e interés, tiene como efecto desarrollar en el niño el sentido de pertenencia a su grupo familiar. Por otra parte, la calidad de la relación afectiva de la madre, más que la cantidad del tiempo que tiene disponible para los hijos, parece tener una relación directa con su adecuado desarrollo psico-afectivo (Coyne y Downey, 1991). ¡Esta es una buena noticia para aliviar el sentimiento de culpa de la madre trabajadora!

Es posible también romper el ciclo del maltrato, tal como lo indican los estudios realizados en 1988 por Engeland y colaboradores, con madres que fueron víctima de malos tratos en su infancia y que lograron ser madres comprensivas con sus propios hijos y mantener una relación afectuosa con su pareja.

¿Cuáles son los métodos que parecen dar más resultados para construir la resiliencia?

En primer lugar, ser aceptado por alguien durante el transcurso de la existencia aunque esta persona no pertenezca directamente al núcleo familiar. En segundo lugar, ser escuchado con atención y sensibilidad por otro.

El poder volcar el sufrimiento y lograr una experiencia de aceptación y apertura de por sí, parecen ser el inicio de una reconstrucción de la experiencia traumática para re-organizarla de una manera más constructiva y darle sentido al sufrimiento. Para lograrlo, no es necesario ser un terapeuta experto en técnicas, sino mantener una relación empática, centrada en la persona (Rogers, 1941,1961, 1970), sin opinar o sentirse en la obligación de dar consejos o "pañitos calientes" para aliviar al otro. Más que un intercambio verbal, implica una actitud sincera de "estoy aquí contigo en este momento". La aceptación y la mirada optimista acerca del potencial de la persona para seguir su desarrollo a pesar de los eventos pasados, es el ingrediente esencial para el crecimiento de la misma y la construcción de la resiliencia. Valga la analogía del árbol frondoso y repleto de frutos que, sin embargo, presenta en su tronco numerosas hendiduras y cortes de ramas desprendidas.

El enfoque de los programas está centrado en la capacidad de evolución del ser humano, desviando la atención de la patología. En este sentido, Palmer (1997), directora de un programa de trabajo social de la Universidad de Washburn en Topeka, Kansas, considera que la resiliencia presenta un proceso evolutivo de diferentes niveles:

- **La sobrevivencia anónima.** El individuo concentra toda su energía para sobrevivir. No utiliza sus recursos personales o los que puede aportarle el entorno. En este nivel, predomina el aislamiento y la desvalorización. La persona tiene la impresión de que "lo suyo no le importa a nadie", tal como lo manifiesta una

víctima de abuso sexual después de un intento de suicidio.

- **La resiliencia regenerativa.** En esta fase se observa el desarrollo de algunas competencias para adaptarse a la situación. Sin embargo, existen fluctuaciones entre los períodos de estabilidad y las crisis destructivas. La persona es capaz de mantenerse en un trabajo pero su estado de ánimo es inestable y gasta una enorme cantidad de energía para mantenerse "a flote".

- **La resiliencia adaptativa.** Los períodos de estabilidad superan a las crisis. Se observa un incremento de la autoestima, una mejor utilización de los recursos personales y del entorno. Es capaz de pedir ayuda y de contactar sus necesidades para satisfacerlas.

- **La resiliencia floreciente.** Hay un uso pleno de la energía personal para controlar los eventos de su vida. Se deriva de su narrativa una sensibilidad especial para dar un apoyo afectivo a sí misma y a los demás. La persona ha logrado integrar los eventos adversos y mantiene intacta la habilidad para sentirse comprometida en el desempeño de sus actividades y en sus relaciones interpersonales.

El conocimiento de estas etapas permite al asesor, a través de los elementos lingüísticos, identificar la fase de reconstrucción de la resiliencia en que se encuentran la persona, la familia y/o los grupos asesorados y facilitar el pasaje a la fase siguiente.

A manera de síntesis: Aportes y reflexiones

La noción de resiliencia y sus implicaciones en la asesoría, tanto de las personas como de las familias, es una dimensión que permite al asesor mantener una visión optimista de la posibilidad de cambio, especialmente cuando interviene sistemas humanos de altos riesgos y que sufren o han sufrido situaciones traumáticas. Sin embargo, en palabras de Cyrulnik (op.cit. p.209): "La resiliencia no es un catálogo de las cualidades que pueda poseer un individuo. Es un proceso que, desde el nacimiento hasta la muerte, nos teje sin cesar, uniéndonos a nuestro entorno".

La convergencia de los enfoques sistémico y ecológico proporciona las premisas teóricas y metodológicas para analizar la resiliencia en las familias, entendiéndolas como contexto de desarrollo de los miembros de las mismas (adultos y niños). El conjunto de influencias que caracterizan el núcleo familiar incluye a otros sistemas que contribuyen a proporcionar el soporte necesario para fortalecer la cohesión de las relaciones familiares y los elementos necesarios para construir los factores de protección y generar procesos de resiliencia

La noción de resiliencia implica adoptar una nueva mirada y nuevas prácticas por parte del asesor en cuanto a las destrezas necesarias para favorecer el crecimiento personal de los asesorados, manejar las situaciones de crisis y la elaboración de programas preventivos y correctivos.

La atención a los elementos constitutivos de la noción de resiliencia permite, además, identificar los procesos de re-estructuración y re-organización de las experiencias dolorosas en el sujeto, así como entender y facilitar las fases subsiguiente hasta que éste logre un proyecto de vida más allá del sufrimiento, en uso pleno de su energía.

Referencias

- BICE, (Bureau International Catholique de l' Enfance) (1997) Famille et resilience de l' enfant . *L' enfant dans le monde*. Vol.21,1.
- Cyrułnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona, España: Gedisa.
- Coyne J. C. y Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, 42, 401-425.
- Diccionario de Lengua Española. (2000). Barcelona: ESPASA.
- Engeland, D.; Jakobvitz, D. y Stroufe, A. (1988). Breaking the cycle of abuse. *Child Development*, 59, 1080-1088.
- Elkaim, M. (1983). Des lois générales aux singularités. *Cahiers Critiques de therapie familiales et de pratique de réseaux*, 8
- Gergen, K. (1997). La comunicación terapéutica como relación. *Sistemas Familiares*. Año 13, 3, 11-24.
- Guidano, V.F. (1991). *The self in process*. Nueva York: Guilford Press.
- Guidano, V.F. (1995). *Desarrollo de la Terapia Cognitiva Post-racionalista*. Instituto de Terapia Cognitiva, Publicación Ocasional N°1,.p.15-69
- LAROUSSE (1970). *Pequeño Larousse Ilustrado*. 7ª. Ed. Buenos Aires: Editorial Larousse..
- Lemay, M.(1999). Reflexions sur la résilience. En: Poilpot, M. (comp..) (1999). *Souffrir mais se construire*. Fondation pour l' Enfance: Eres, p. 83-105
- Mancieux, M. (2002). La resiliencia: Resistir y Construir. En: Boris Cyrułnik (2002). *Los patitos feos: La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona, España: Gedisa
- Maturana, H.; Varela, F.J. (1980). *Autopoiesis and Cognition*. Boston University: Philosophy of Science, Vo.42. Dordrecht: D. Riedel.
- Méndez Castellano, H. (coord.) (1991). *La Familia y el Niño en Iberoamérica y el Caribe*. Caracas: Fundacredesa.
- McIntire. A. (1984). *After Virtue*. University Notre Dame Press.
- Moreno Olmedo, A. (2000). *La Familia popular Venezolana y sus implicaciones culturales. Familia un arte difícil* (447-469). Caracas: Fundación Venezuela Positiva.
- Palmer, N. (1997). Resilience in adult children of alcoholics: a non pathological approach in social work practices. *Health and Social Work*, 22,3, 201-209.

Platone, M.L. (1995). *Construccionismo, Autopoiesis y Aprendizaje Generativo*. Ponencia. XLV Convención Anual de ASOVAC. Universidad Simón Bolívar, Caracas.

Platone, M.L. (coord.) (1998). Familia: Trama, Escenario y Drama de los barrios populares. *Revista AVEPSO*, Fascículo 9. Caracas.

Platone, M.L. (1999). *Familia y Sociedad: El enfoque sistémico del cambio*. U.C.V. Facultad de Humanidades y Educación. Cuaderno de Postgrado 19.

Platone, M.L. (comp.) (2002). *Familia e Interacción Social*. U.C.V./FHE. Caracas: Colección Monografías.

Poilpot, M. (comp.) (1999). *Souffrir mais se construire*. Foundation pour l'Enfance: Érés.

Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Ediciones du Seuil,

Recagno-Puente, I.; Platone, M.L: (1998). La familia venezolana contemporánea: Retos y Alternativas. En: Maria Luisa Platone (coord.) Familia: Trama, Escenario y Drama de los barrios populares. *Revista AVEPSO*, Fascículo 9. Caracas.

Rogers, C. (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Cambridge, Mass.: Houghton-Mifflin.

Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton-Mifflin.

Rogers, C. (1970). *On Encounter Groups*. Nueva York: Harper & Row.

Rodrigo, M.J. y Palacios, J. (coords.) (1998). *Familia y Desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Seligman, M. (1998). *Learned Optimism*. (2.ed.) Nueva York: Pocket Books/Simon and Schuster.

Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness using the new Positive Psychology to realize your potencial for lasting fulfillment*. Nueva York: Free Press/Simon and Schuster

UNESCO, (Junio1994).La Familia Objeto y Clave del Desarrollo Social. *Diálogo*, 11:798-1929. Caracas

Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible*. Barcelona, España: Gedisa.

Werner, E. y Smith, R. (1992). *Overcoming the odds*. Ithaca y Londres: Cornell University Press.

**PERSONALIDAD Y CONDUCTA DE RIESGO, SUS
IMPLICACIONES
EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

[Pablo Alfonso Sanabria Ferrand](#)

Magíster en Psicología, Docente Universidad Militar Nueva Granada y
Universidad Católica de Colombia

Bogotá D.C. - Colombia

Existen muchas personas que abusan del alcohol, que participan en delitos violentos, que fuman cigarrillos, que no tienen dietas balanceadas, que no hacen ejercicio, que tienen relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas y/o que conducen sus automóviles de forma agresiva, poniendo en peligro no solo su propia vida sino la de los demás. Sin embargo, no todas las personas se comportan de forma no saludable, por lo tanto es importante preguntarse, ¿cuáles son las características psicológicas que diferencian a las personas que se comportan de forma riesgosa de las que no lo hacen?, y ¿qué implicaciones tiene esto para los programas de prevención y promoción?

Las respuestas que se han dado a la primera pregunta han estado dirigidas en tres planteamientos psicológicos diferentes: uno hace referencia a que las personas se comportan o no de forma saludable, debido básicamente a variables de tipo situacional. Así, por ejemplo Bayes (1995) plantea un modelo conductual de explicación de las conductas saludables basado en las contingencias del ambiente, que dan una mayor o menor probabilidad para la ocurrencia de una conducta de salud o riesgo particular. El segundo enfoque se ha centrado en la toma de decisiones y el procesamiento de la información, el cual hace referencia a la identificación de variables que son relevantes para la escogencia de las conductas de riesgo. Tal es el caso por ejemplo del "Modelo de creencias de salud", el modelo de "Locus de control en salud", y la "Teoría del comportamiento planeado", entre otros (Corner & Norman (1996). El tercer tipo de explicaciones está relacionado con las diferencias individuales en el temperamento y los patrones de personalidad. Este último enfoque es el que se intentará desarrollar a lo largo del presente escrito y al final se analizarán sus implicaciones en las acciones de prevención y promoción de la salud.

Para comenzar, es necesario hacer una aproximación al concepto de personalidad. Ésta se define como el estilo que tiene una persona para interactuar con el mundo, ya que representa una tendencia a comportarse, pensar y sentir de una manera consistente (Kendrich & Funder, 1988; Tellegen, 1991; citado por Caspi *et al.*, 1997). Aparentemente, si las personas que se encargan de la salud pública pudieran entender las características conductuales, de pensamiento y sentimientos de las personas que tienen a su cargo, las cuales podrían en un momento dado de su vida, comportarse de forma riesgosa o saludable, estarían en una mejor posición para diseñar e implementar campañas de prevención y educación en salud, con una mayor probabilidad de éxito.

Muchas investigaciones han identificado de qué manera los distintos rasgos de personalidad conducen a las personas a comportarse de forma riesgosa o saludable.

Por ejemplo Zukerman, Eysenck & Eysenck (1978, citado por Caspi *et al.*, 1997), mostraron que los adolescentes que puntúan alto en la escala de "buscadores de sensaciones", la cual mide la tendencia de los sujetos a buscar sensaciones intensas y actividades novedosas, son menos propensos a usar anticonceptivos y es más probable que conduzcan bajo el efecto del alcohol.

De forma similar, se ha encontrado que los adolescentes que usan alcohol y drogas ilícitas, frecuentemente tienen un pobre control de sus impulsos (Brook, Whiteman, Gordon & Cohen, 1986; Shedler & Block, 1990; Tarter, 1988; Zucker & Gomberg, 1986, citados por Caspi *et al.*, 1997). Así mismo, Lizkewise & Zuckerman (1989, citado por Caspi *et al.*, 1997) han propuesto que las diferencias individuales de estos sujetos sobre los factores de personalidad, se caracterizan por impulsividad, agresión y pérdida de responsabilidad social, lo que induce al delito. Otra investigación con hombres homosexuales y bisexuales, en donde también se evaluó el patrón de búsqueda de sensaciones, permitió predecir la frecuencia y el número de parejas sexuales que tendrían dichos sujetos en un momento dado (Kalichman *et al.*, 1994; Kalichman & Rompa, 1995; citados por Kalichman *et al.*, 1998).

La búsqueda de sensaciones también podría explicar la asociación que existe de forma frecuente, entre el uso de sustancias psicoactivas y el sexo inseguro. Así, Kalichman, Kalichman & Kelly (1996, citado por Kalichman, 1997) encontraron que los buscadores de sensaciones que presentan un comportamiento sexual de riesgo, usualmente consumen alcohol y otras drogas. El mecanismo cognitivo que podría explicar la relación que se da entre estas dos variables, en los buscadores de sensaciones, es la expectativa que los sujetos tienen de los resultados del efecto del alcohol y otras drogas sobre su pensamiento, su estado de ánimo y su conducta. Así por ejemplo, en un estudio realizado por McKirnan & Peterson (1988, citado por Kalichman, 1997), se encontró que la expectativa de que el alcohol reduce la tensión, fue asociada con el abuso del alcohol. Otro estudio realizado por Hitter, 1997; Smith, Goldman, Greenbaum & Christiansen, 1995 (citado por Kalichman, 1997) encontraron que la expectativa de la gente, de que el uso del alcohol y otras drogas desinhibe la actividad sexual, permitió predecir la iniciación de contactos sexuales, así como el uso de alcohol antes de tener relaciones sexuales. Por tanto, las expectativas de los resultados en la conducta sexual, que se le atribuye al consumo de alcohol y drogas, puede funcionar como un proceso cognoscitivo, a través del cual los buscadores de sensaciones asocian la conducta sexual con el consumo de alcohol, ya que ello les permite una mayor probabilidad de éxito para tener el contacto sexual y un mayor nivel de desinhibición durante la misma. Esta hipótesis fue comprobada en una investigación por Kalichman *et al.*, (1998).

Con el fin de establecer cómo se relacionan los patrones de personalidad con los comportamientos de riesgo, Caspi *et al.*, (1997) realizaron un estudio longitudinal de seguimiento de una cohorte de 1.037 sujetos (52% hombres 48% mujeres), quienes fueron evaluados desde el nacimiento hasta los 21 años (con evaluaciones a los 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18 y 21 años). A los tres años de edad de los sujetos, se hicieron observaciones directas de la conducta de los participantes, con el fin de clasificar a los niños en diferentes grupos temperamentales, y a los 18 años, se les aplicó el Cuestionario Multifactorial de Personalidad (MPQ), con el fin de identificar en la población, los 10 patrones diferentes de personalidad. A los 21 años de edad se identificaron en algunos de los jóvenes cuatro tipos diferentes de conductas de riesgo: dependencia al alcohol, crimen violento, sexo inseguro y hábitos de conducción peligrosos. Los resultados mostraron que los adolescentes que tenían 18 años y que se caracterizaban por presentar bajos puntajes en las escalas de tradicionalismo, evitación del daño, control y sociabilidad, y por altos puntajes en las escalas de alienación y agresividad, estaban más probablemente involucrados en conductas de riesgo a la edad de 21 años, tales como sexo inseguro, hábitos de

conducción peligrosos, participación en crímenes violentos y abuso de alcohol. Además se pudo establecer que los adultos jóvenes involucrados en estos comportamientos, probablemente rechazan más los valores sociales convencionales, buscan más el peligro y son más impulsivos. También se encontró que establecían relaciones interpersonales con una actitud negativa, percibían su mundo en términos malévolos y estaban más predispuestos a experiencias afectivas de tipo negativo, tales como rabia e irritabilidad. Por último, se encontró que tenían poca necesidad o capacidad para tener relaciones íntimas y eran personas que se aislaban socialmente.

Caspi *et al.*, (1997), plantean con base en sus hallazgos, que los orígenes de los patrones de personalidad encontrados, pueden estar fundamentados en las características temperamentales que se presentaron durante la niñez. Los diferentes patrones de personalidad, pueden así emerger en un temprano contexto de relaciones que proveen al niño de un paradigma para futuras transacciones con su medio, que podrían de forma importante modelar decisiones acerca de sus comportamientos de riesgo y salud, con consecuencias potenciales de daño para sí mismo y para los demás.

Otro estudio, que tenía como propósito establecer los patrones de cambio en la trayectoria de salud, en relación con los síntomas físicos y psicológicos que presentaban los sujetos a lo largo del ciclo de vida, y su asociación con la personalidad, las características sociodemográficas y las conductas de salud, fue realizado por Aldwin *et al.*, (2001), quienes utilizaron un diseño longitudinal de seguimiento de una cohorte, en donde examinaron 1.515 hombres que pertenecían al "Estudio Normativo de Envejecimiento". A nivel general, encontraron que los síntomas físicos presentaron un incremento lineal con la edad y se observaron pocos cambios en la salud mental.

Al evaluar los resultados con mayor detalle, se logró establecer una considerable variabilidad en la trayectoria de salud, tanto en los síntomas físicos como psicológicos, que permitió establecer distintos patrones de salud con características no lineales. Un primer patrón corresponde a los sujetos que presentan pocos niveles de síntomas durante todo el ciclo de vida y que solo aumentan de forma poco acelerada al final del ciclo de vida (sujetos que gozaron durante toda su vida de un relativo buen estado de salud). El segundo, corresponde a aquellos sujetos que presentan también pocos síntomas durante la mayor parte de su vida, pero que al final comienzan a tener un ascenso acelerado de síntomas. Un tercer patrón, corresponde a aquellas personas que presentan una gran cantidad de síntomas al comienzo y al final de la vida y una recuperación a mediana edad, pudiéndose observar un patrón en forma de "U". El cuarto patrón corresponde a aquellos sujetos que presentan una gran cantidad de síntomas durante toda su vida y que se incrementan de forma acelerada a mediana edad hasta el final del ciclo (son los sujetos que mayor cantidad de síntomas presentan durante toda su vida).

Con base en los patrones encontrados por Aldwin *et al.*, (2001), se pudo establecer que la personalidad fue la variable que mejor se relacionó con los distintos patrones de salud, más que las variables de tipo sociodemográfico y conductual.

De esta manera, las trayectorias de salud que presentaban el nivel más bajo de síntomas físicos, mostraban altos niveles de estabilidad emocional, bajos niveles de aprehensión, tensión y suspicacia. Para el grupo que le sigue (sujetos con un nivel moderado de síntomas), su perfil de personalidad difería solo en que mostraba altos niveles de aprehensión. Se encontró también que la estabilidad emocional fue un factor protector en contra del desarrollo de hipertensión, tal como lo había establecido previamente Spiro *et al.*, (1995, citado por Aldwin *et al.*, 2001).

En contraste, el grupo que presentó un patrón más que moderado de los síntomas, que se aceleraban con el tiempo (personas que presentan quebrantos de salud desde muy temprano en la vida y que luego estos síntomas se agravan), mostraron un bajo nivel de estabilidad emocional, alta suspicacia, eran aprehensivos y presentaban altos niveles de tensión.

Por otra parte, en relación con los síntomas psicológicos, se encontró que estos presentaban incrementos menos acentuados que los síntomas físicos y que las diferencias en los tipos de personalidad entre las distintas trayectorias de salud, fueron más marcadas para los síntomas físicos que para los psicológicos.

De forma similar a lo observado en el grupo que menos síntomas físicos presentaba, los sujetos que tenían pocas molestias psicológicas, presentaron puntajes más altos en estabilidad emocional y control, que los sujetos con un mayor nivel de síntomas, y además mostraban más bajos puntajes en sensibilidad, suspicacia y aprehensión (que son las medidas de ansiedad de Cattell), lo que indica que eran sujetos que se caracterizaban por un bajo nivel de ansiedad. En general, para los grupos que presentaban niveles moderados de síntomas psicológicos, presentaron también, puntajes intermedios en estabilidad y sensibilidad. Para los sujetos con la mayor cantidad de síntomas psicológicos, que hacían "crisis" a mitad de su ciclo de vida, y que no se recuperaban, sino que sus síntomas se acentuaban, se caracterizaban por presentar mayores puntajes en aprehensión, tensión y no convencionalismo, que los sujetos con niveles de síntomas más moderados.

Otro estudio también de corte longitudinal realizado por Chirstensen *et al.* (2002), tuvo como objetivo examinar el rol de los patrones de personalidad como predictor de mortalidad entre pacientes con insuficiencia renal crónica. Para ello siguió a 174 pacientes renales durante un periodo de 49 meses, previa evaluación de patrón de personalidad de los sujetos. Al final del periodo de observación, habían muerto un total de 49 pacientes. Chirstensen *et al.*, encontraron que la mortalidad estimada para los pacientes que presentaban relativamente altos puntajes de neuroticismo, fue 37.5% más alta que para los pacientes que presentaban un puntaje promedio. Entre los pacientes quienes presentaban puntajes relativamente bajos en el patrón de concientización (quienes son disciplinados, auto-controlados, dependientes y exitosos), la estimación de mortalidad fue de 36.4% más alta que para los puntajes promedios en este patrón. Es importante resaltar que los dos factores predijeron de forma independiente la mortalidad de los sujetos.

La explicación que hacen Chirstensen *et al.*, de este fenómeno, es que los sujetos con altos puntajes en concientización y bajos puntajes en neuroticismo, tienden a comportarse de forma más saludable. Así por ejemplo, ya se ha demostrado que el cumplimiento con el régimen médico está asociado con puntajes altos en concientización (Wiebe & Chirstensen, 1996; citado por Chirstensen *et al.*, 2002) y los sujetos con puntajes altos en neuroticismo, presentan conductas menos saludables, aunque el cumplimiento del régimen médico en este tipo de pacientes no ha sido bien establecido (Lane *et al.*, 2000; Wiebe & Chirstensen, 1996; citado por Chirstensen *et al.*, 2002).

Otro mecanismo potencial que media la vinculación del neuroticismo con la mortalidad de los pacientes, está relacionado con la disminución de la respuesta inmunológica, ya que existen evidencias de la disminución de la inmunocompetencia celular con insuficiencia renal crónica (Descamps, Herbelin & Nguyen, 1994; Keane & Maddy, 1989; citado por Chirstensen *et al.*, 2002). Por otra parte, las diferencias de los pacientes en la función inmunológica han sido asociadas con la mortalidad de esta población (Herbert & Cohen, 1993; Ishihara,

Nohara & Makita, 1999; citado por Chirstensen *et al*, 2002), diferencias que podrían explicarse en parte por el nivel de neuroticismo de los sujetos.

Los estudios longitudinales hasta aquí presentados, han permitido establecer de forma concluyente la relación existente entre los patrones de personalidad y salud, lo cual evidentemente tiene grandes repercusiones en las políticas de prevención y promoción, así como también en el nivel de las acciones en salud pública.

Sin embargo, antes de entrar a comentar tales implicaciones, es de vital importancia reflexionar sobre la posible relación de causalidad que se da entre los patrones de personalidad y la salud, ya que los estudios longitudinales por definición, no permiten tener claridad sobre este tipo de relación: ¿Será que ciertos patrones de personalidad hacen que las personas presenten con mayor probabilidad cierto tipo de enfermedades? o más bien, ¿ciertos estados de salud inducen a las personas a tener ciertas características temperamentales que los lleva comportarse, sentir y pensar de una forma consistente?. Dependiendo de la respuesta que se de a estas preguntas, podría pensarse que las personas que gozan de buena salud, se debe a que sus patrones conductuales así se lo han permitido (como por ejemplo, estabilidad emocional, los bajos niveles de neuroticismo y un elevado nivel de concientización), o que la salud tiene otros determinantes y más bien, el buen o mal estado de la misma, inducen dichos patrones de conducta, que luego se convierten en patrones de personalidad, que tendrían un papel más en el mantenimiento de los estados de salud o enfermedad, que en sus causas.

Independientemente de la respuesta que consideremos verdadera, lo cierto es que existe una compleja relación entre personalidad y salud, que así no sea de tipo causal, es de vital importancia considerar la intervención sobre los patrones conductuales estables de las personas, para producir cambios positivos en los perfiles de salud de una población.

Otro aspecto que se puede deducir de los resultados de las investigaciones descritas hasta aquí, es que existe una estrecha relación entre los estados temperamentales de los sujetos a temprana edad, con los patrones de personalidad que se presentan en la edad adulta, de tal manera que sería mucho más impactante intervenir dichos estados temperamentales desde la niñez, con el fin de moderar el desarrollo de ciertos rasgos de personalidad y así, disminuir la presencia de conductas de riesgo que puedan llevar a los sujetos a enfermarse o a hacer daño a los demás.

Otro aspecto a considerar es lograr integrar los distintos enfoques psicológicos que han permitido una aproximación entre conducta y salud (situacional-social, de procesamiento de la información y la teoría de los rasgos), de tal manera que permita una mejor aproximación y comprensión de la relación entre conducta y salud, y de la psicología preventiva. De esta manera cabría preguntarse, ¿cuáles son las características de procesamiento de información que llevan a los sujetos a tomar la decisión para comportarse de una forma particular?, ¿qué tipo de interacciones con el ambiente favorecen o inhiben el desarrollo de ciertos rasgos temperamentales? y ¿cuál es el peso del ambiente y la biología en la determinación de los patrones de personalidad y su relación con la salud?

Una de las estrategias más utilizadas en la salud pública para intentar promover comportamientos saludables, evitar las conductas de riesgo y así impactar las estadísticas de morbimortalidad, es el diseño de mensajes persuasivos y su distribución a través de los medios masivos comunicación. En este campo han

existido importantes desarrollos, en donde se ha estudiado, entre otras cosas, cómo los patrones de personalidad son factores mediadores en los procesos de comunicación y cómo dichos factores afectan de forma importante la persuasión social. Por tanto, deberá ser un aspecto de vital importancia en el momento que se usen estas herramientas en las campañas de prevención y promoción.

A manera de ejemplo, se citan algunos investigadores que han trabajado el tema de la persuasión social y su relación con la personalidad. Eagly & Chaiken (1985, citado por Sanabria, Martínez & Vergara, 1996) han encontrado que para que el mensaje sea persuasivo, debe cumplir con cuatro características básicas: la audiencia blanco debe entender el mensaje, el mensaje debe ser comprendido por ellos, el mensaje debe ser aceptado, y por último, el mensaje debe ser recordado por los sujetos objeto de persuasión. Sin embargo, existen diferencias en los tipos de personalidad de los sujetos que pueden influir en estas etapas de la persuasión (Caciopo, Petty, Kao & Rodríguez, (1986, citado por Sanabria, Martínez & Vergara, 1996). Así, diferentes tipos de personas pueden atender, entender, aceptar y retener de forma diferente un mismo mensaje persuasivo, dependiendo de su patrón de personalidad. Esto probablemente quiere decir que las campañas de salud pública deben diseñarse de tal manera, que permitan impactar las características motivacionales, las actitudes y los sentimientos de la audiencia, de forma que la personalidad no se convierta en un obstáculo para los objetivos de las campañas de prevención y promoción.

Conocer las características psicológicas que motivan a las personas a decidir comportarse de forma riesgosa o saludable, puede ayudar a los funcionarios encargados de la salud pública a diseñar estrategias y campañas más efectivas que permitan optimizar los siempre escasos recursos disponibles, mejorar la calidad de vida de las personas e impactar de forma importante las estadísticas de salud de una población.

Referencias

Aldwin C., Spiro A., Levenson M., & Cupertino P., (2001) Longitudinal Findings from the normative aging study: III. Personality, individual health trajectories and mortality. *Psychology and Aging*, Vol. 16 No. 3 pp. 450-465.

Bayés, Ramón (1995). *Sida y Psicología*. España: Ediciones Martínez Roca.

Caspi, A., Begg D., Dickson N., Harrington H., Langley J., Moffit T., & Silva P., (1997). Personality differences predicting health-risk behaviors in young adulthood: Evidence from a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 73 No. 5 pp. 1052-1063

Corner Marck & Norman Poul. (1996). *Predicting health behavior. Research whit social cognition models*. Philadelphia: Open University Press.

Chirstensen A., Ehlers S., Wiebe J., Moran P., Raichle K., Ferneyhough K., Lawton W. (2002) Patien personality and mortality: A 4 years prospective examination of cronic renal insufficiency. *Health Psychology* Vol. 21 (4) July. Pp. 315-320.

Kalichman S., Tannenbaum L., & Dena Nachimson (1998) Personality and cognitive factors influencing substance use and sexual risk for HIV infection among gay and bisexual men. *Psychology of Addictive Behavior, Vol. 12* No. 4 262-271.

Sanabria P., Martínez C. & Vergara A. (1996) *Efecto de la presentación del mensaje y restricción atencional sobre el nivel de persuasión*. Pontificia Universidad Javeriana.

PERSONALIDAD ADOLESCENTE Y RESILIENCIA

Eleonora García Quiroga

Licenciada en Psicología. Cátedra de Psicología,
Profesorado en Ciencias Biológicas y Profesorado en Química
Escuela de Ciencias Biológicas
Universidad Nacional de San Luis, Argentina

Claribel Morales De Barbenza

Doctora en Psicología. Profesora Titular
Cátedra de Diagnóstico y Evaluación
Universidad Nacional de San Luis, Argentina

Introducción

La adolescencia se caracteriza por ser un período de profundos cambios en la personalidad, que determinan una crisis de identidad desencadenada en gran medida por las transformaciones que se producen en el cuerpo a partir de las primeras manifestaciones de la pubertad.

En las últimas décadas los problemas asociados a las crisis económico-laborales que afectan a la mayoría de los países, tanto en desarrollo como subdesarrollados, no son ajenos a la prolongación de esta etapa de la adolescencia con la consiguiente situación de dependencia familiar.

Como consecuencia, la problemática relativa a la adolescencia se hace cada vez más compleja y su abordaje exige que se ensayen vías de investigación que permitan favorecer el desarrollo de potencialidades de crecimiento y afianzamiento personales, que han sido ignoradas o descuidadas en la mayoría de las prácticas educativas de los sistemas vigentes.

El propósito central de este trabajo es el de indagar la influencia de la resiliencia en particular y del estilo de personalidad en general de los adolescentes en el rendimiento académico, de acuerdo al nivel socio-económico al cual pertenecen.

En esta investigación se trata de mostrar una experiencia en la que se aplica el concepto de resiliencia, entendida como: "La capacidad humana para sobreponerse a las adversidades y construir a partir de ellas". (Grotberg, 1995).

Se puso mayor énfasis en un enfoque más bien colectivo, considerando la incidencia que puede tener el grupo en el adolescente y por otro lado, pensando en el papel que estaría desempeñando la escuela.

Se trató de identificar, por medio de un estudio comparativo, la reacción de dos grupos de jóvenes de distinto nivel socio-económico, con el objeto de investigar cómo responden unos frente a situaciones adversas de un medio socio-económico y cultural marginal, y otros en un medio socio-económico medio alto que no se ve afectado por carencias materiales, sino por ausencia o inestabilidad de principios y

de valores, situaciones ambas que podrían estar incidiendo en su rendimiento escolar.

El hambre, la deserción escolar, la falta de oportunidades, son situaciones adversas concretas, de un grupo de personas que la sociedad tiene identificadas, mientras que otras personas a "quienes no les falta nada" económicamente, pero les faltan principios morales (vergüenza, humildad, honestidad), deben superar situaciones adversas generadas precisamente por "tener de todo" pero no saber cómo manejarlo.

En el presente trabajo se pretendió indagar, desde una perspectiva psicológica, si durante los años que estos adolescentes llevan transcurridos en los establecimientos escolares, la escuela les ha proporcionado un apoyo social dirigido más a la aceptación fundamental de la persona que a su comportamiento, ya sea conteniendo las ansiedades de estos adolescentes, reconstruyendo su autoestima, descubriendo aptitudes, rescatando el sentido del humor, en fin, teniendo en cuenta que cualquier perspectiva positiva que se adopte deberá ser nutrida por un contexto alentador, tanto desde la familia como desde la escuela.

Marco teórico

Aspectos psico-sociales en la adolescencia

La etapa de la adolescencia en muchos países, incluido el nuestro, como se dijo, la prolongación de esta etapa representa tanto un elemento de dependencia con respecto a los padres, como un factor de marginación social. Ante esta situación surgen nuevas patologías bio-psico-sociales que afectan a los adolescentes como grupo vulnerable y que deben encararse en forma interdisciplinaria con especial énfasis en la prevención. (Girard, G. 2000)

Para prevenir resultará imprescindible entonces analizar e investigar factores de riesgo; aunque mucho se ha avanzado en este sentido los resultados no han sido alentadores.

También se comenzó a trabajar e investigar, en el área de las influencias que ejercen el hogar, la escuela, el grupo de pares, etc. que, de ser adecuadas, se convertirían en factores protectores, pero los resultados no han mejorado lo suficiente.

Luego se comienza a hablar de niños "invulnerables" entendiendo este concepto como el desarrollo de personas sanas en circunstancias ambientales insanas, quizás un término con cierta connotación "biologicista", con énfasis en lo genético.

Es así como se adopta por parte de las ciencias sociales, el término *resiliencia*, para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. (Rutter, 1993).

Concepto de resiliencia

Entre las diversas definiciones del concepto se mencionan las siguientes:

- Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos. (Lösels, Blineser y Köferl, 1989).

- Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas. (Groetber, 1995).

- La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, esto es, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión, y por otra parte, más allá de la resistencia, la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles.(Vanistendael, 1994).

Cabe mencionar dos enfoques complementarios al respecto, ya que es conveniente diferenciar entre el enfoque de resiliencia y el enfoque de riesgo. Ambos son consecuencia de la aplicación del método epidemiológico a los fenómenos sociales. Sin embargo se refiere a aspectos diferentes pero complementarios. Considerarlos en forma conjunta proporciona una máxima flexibilidad, genera un enfoque global y fortalece su aplicación en la promoción de un desarrollo sano.

El enfoque de riesgo: se centra en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico o social.

El enfoque de resiliencia: se explica a través de lo que se ha llamado el "Modelo del Desafío" o de la Resiliencia. El modelo muestra que las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgo, no encuentran a un niño inerme en el cual se producirán, inevitablemente, daños permanentes. Describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen linealmente atenuando así sus efectos negativos, y a veces transformándolos en un factor de superación de la situación difícil. (Munist, Santos, y col., 1998).

La resiliencia es un instrumento clínico que exige un cuadro de referencia moral. Esto implica que un individuo debe superar la situación de adversidad dentro de las normas culturales en las que él se desenvuelve, es decir que deberá desarrollar alguna idea de lo que es aconsejable y aceptable.

La resiliencia se sustenta en la interacción entre la persona y el entorno, ya que ambos niveles necesitan crecer juntos; por lo tanto es importante revisar desde el punto de vista psicológico, cuál es el rol que juega la relación con el otro en su desarrollo.

La resiliencia no debe considerarse como una capacidad fija, sino que puede variar a través del tiempo y de las circunstancias. (Suárez Ojeda, 1993). No debe olvidarse que la vida presenta situaciones traumáticas como muerte de un familiar, divorcio, corrupción social, etc.; entonces, cualquier actitud que se adopte deberá estar nutrida por un contexto alentador. (Parral, Contreras, 1999).

Uno de los temas que podrían considerarse nuevos y en discusión es de la aplicabilidad del concepto de resiliencia, que generalmente refiere al campo individual. En este trabajo, y en busca de ir abriendo nuevas pistas, se trata de enfocar a la resiliencia desde una perspectiva colectiva, en cuanto puede influir en la personalidad de los adolescentes y en su rendimiento académico.

Si se piensa que la resiliencia del individuo influye en el grupo, generando conductas resilientes colectivas, por qué no considerar que la resiliencia del grupo también impacta en el individuo y, por qué no hablar de grupos resilientes que no necesariamente están compuestos por individuos resilientes, y que expresan en sí mismos estas conductas sólo de manera colectiva.

Las fuentes de la resiliencia

De acuerdo al modelo Yo Tengo, Yo Soy, Yo Estoy y Yo Puedo (Grotberg, 1995) que sustenta esta investigación, las características de los factores componentes de la resiliencia son:

Yo Tengo a mi alrededor personas

- que me quieren incondicionalmente y en quienes confío
- que me ponen límites
- que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder
- que me ayudan cuando estoy en peligro o enfermo
- que quieren que aprenda a desenvolverme solo.

Yo Soy

- una persona por la que otros sienten aprecio y amor
- feliz cuando hago algo bueno para los demás
- respetuoso de mí mismo y del prójimo

Yo Estoy

- dispuesto a responsabilizarme de mis actos
- seguro de que todo saldrá bien

Yo Puedo

- hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan
- buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar
- encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.

La resiliencia es el resultado de una combinación de estas actitudes y rasgos.

Los pilares de la resiliencia

En sus estudios Wolin y Wolin (1993) utilizan el concepto de "mandala de la resiliencia", para desarrollar la noción de los 7 pilares de la resiliencia, que designan aquellos **atributos** que aparecen con frecuencia en los niños y adolescentes considerados resilientes. Entre ellos cabe mencionar:

-La introspección: En la adolescencia la introspección es la capacidad de conocer, de saber lo que pasa alrededor y es fundamental para comprender las situaciones y adaptarse a ellas.

-La independencia: Se refleja en conductas tales como no involucrarse, "no enganchar", en situaciones conflictivas.

-La capacidad de interacción: Esta capacidad está presente en la habilidad para reclutar pares y de establecer redes sociales de apoyo.

-La capacidad de iniciativa: Aparece en la inclinación al estudio, la práctica de deportes y en realizar actividades extra-escolares, como trabajos voluntarios, comunitarios y hobbies.

-La creatividad: Esta capacidad se expresa en el desarrollo de habilidades artísticas.

-La ideología personal: En la adolescencia se desarrollan valores propios y se establecen juicios en forma independiente de los padres. Se desarrolla el sentido de la compasión, justicia y lealtad.

-El sentido del humor: Contribuye al sostén de las identificaciones grupales.

Los pilares de la resiliencia se han categorizado y agrupado en cuatro **componentes**, que permiten diseñar y ensayar perfiles de adolescentes en cuanto a su resiliencia. (Suarez Ojeda, 1997)

1- Competencia social. El adolescente resiliente muestra capacidad para establecer relaciones positivas con otros seres humanos.

2- Resolución de problemas. Ya en la adolescencia se evidencia la capacidad de juzgar ideas y sistemas filosóficos.

3- Autonomía. En la adolescencia consiste en la habilidad para poder actuar independientemente, y en el control de algunos elementos del propio ambiente.

4- Sentido de propósito y de futuro. Este componente se relaciona con el sentido de la autonomía y de la propia eficacia. Este parece ser uno de los más poderosos predictores de resultados positivos en cuanto a resiliencia. De las cualidades que lo integran las que se han asociado con más fuerza a la presencia de adultos resilientes han sido las aspiraciones educacionales y el sentimiento de un futuro mejor.

Escuela y resiliencia

Teniendo en cuenta que la promoción de la resiliencia se puede iniciar en cualquier etapa de la vida y frente a cualquier evento psico-social, se pensó trabajar en este estudio con otro actor de nuestra comunidad, que es la escuela, y con diversos grupos de adolescentes de distinto nivel económico que permitieran hacer una lectura aproximada de lo que está ocurriendo con nuestros jóvenes.

Por consiguiente, parece que el aprendizaje durante la adolescencia está influido por una amplia variedad de factores -tanto del hogar como de la escuela, que no sólo afectan a la calidad de la instrucción que reciben, los jóvenes sino también al contexto psico-social y familiar- que favorecerían la posibilidad de ser resilientes, tales como:

- Ofrecer la seguridad del afecto, por encima de todas las circunstancias y no condicionado a las conductas ni a ningún otro aspecto de la persona.

- Ser capaces de transmitir una cultura que dé significado a la existencia.

- Ser favorecedores de autoestima.

- Ofrecer la posibilidad de dar apego comunitario que dé por resultado una conducta solidaria.
- Fomentar el respeto por las tradiciones y los valores culturales.
- Extender las redes informales de apoyo.
- Proporcionar un clima educacional abierto, contenedor y con límites claros.
- Contar con modelos sociales que motiven el enfrentamiento constructivo.
- Favorecer el desarrollo de responsabilidades sociales dosificadas.
- Procurar inculcar fuertes afiliaciones religiosas.
- Contar con habilidades para resolver problemas.

Es muy importante la confianza inicial del adulto. Esto, a su vez, llevará a que se estimulen los aprendizajes del adolescente y se profundice también una mayor confianza en sí mismo; es lo que conocemos como el "círculo de la Confianza Básica" (Munist, y col. 1998).

La escuela puede menguar o reforzar la confianza básica. Aprender lo que les propone la escuela significa que han adquirido contenidos estimados, y por ello el adolescente percibe que ha hecho suyos conocimientos valiosos, sintiendo también que ha cumplido con las expectativas de la familia.

La escuela puede ser un escenario para descubrir posibilidades que se ignoraban, como también limitaciones; poder superar las dificultades así como encontrar que se dispone de habilidades no reconocidas hasta el momento incentiva los sentimientos de confianza y por lo tanto ayuda a construir la resiliencia.

Ahora bien, lo que ocurre es que muchas veces ciertas actitudes de los educadores, más que favorecer la seguridad y la autoestima, en realidad generan humillaciones y desvalorizaciones, poniendo mayor énfasis en la metodología, en el cómo se educa, y esto lleva a que se convierta en lo que Paulo Freire llama "la educación bancaria" porque se deposita en el alumno el conocimiento, en lugar de motivarlo para que él mismo salga en busca del saber, lo conquiste, y lo elabore. (Barylko, 1990).

Si estamos viendo cómo la sociedad actual influye negativamente en las conductas de nuestros jóvenes, ¿qué hacen los padres y educadores, para que estos jóvenes no adopten actitudes reprobables? Aparentemente muy poco.

Finalmente, quienes estamos en contacto con adolescentes, sean padres, educadores, profesionales de la salud, tenemos la oportunidad de incorporar el concepto de resiliencia, como una mirada esperanzadora, que permita dar solución a muchos problemas individuales y comunitarios, con la posibilidad de revertir esa realidad. (Suárez Ojeda, 1997).

Ahora bien, ¿cómo lograr esto? No hay una respuesta correcta pero sí podemos empezar cambiando nuestro accionar tratando de:

- ser humildes, sinceros y honestos, virtudes muy reconocidas por los jóvenes

-trabajar más desde la salud que de la enfermedad y desde lo positivo que desde lo negativo.

Hipótesis

En el presente trabajo se plantearon dos hipótesis:

1. El nivel socio-económico de los adolescentes influye en sus potencialidades y recursos de afrontamiento (resiliencia) y por lo tanto, en su rendimiento académico.

2. El Estilo de Personalidad influye en las potencialidades y recursos de afrontamiento de los adolescentes y, por lo tanto, en su rendimiento académico.

Método

Los sujetos que se investigaron totalizaron 215 alumnos de 4 establecimientos educativos de la ciudad de San Luis, Argentina; el criterio aplicado para la selección se basó en dos requisitos:

a. que fuesen alumnos que concurren al Nivel E.G.B. 3 y Polimodal de establecimientos del medio, ya que estos niveles educativos concentran en su gran mayoría adolescentes de 13 a 18 años de edad aproximadamente, de ambos sexos.

b. que los alumnos incluidos conformaran dos grupos según el nivel socio-económico.

La *muestra 1* estuvo constituida por adolescentes de nivel socio-económico Bajo (NSE-Bajo), considerados en situación de riesgo social pertenecientes a dos establecimientos escolares públicos.

La *muestra 2* estuvo constituida por adolescentes de nivel socio-económico Alto (NSE-Alto) pertenecientes a dos establecimientos escolares privados cuyas características permitían inferir que las familias de pertenencia de los alumnos contaban con un cierto potencial económico.

Tabla 1 - Distribución de la Muestra

EDAD	FEMENINO		MASCULINO	
	N.S-E Bajo	N.S-E Alto	N.S-E Bajo	N.S-E Alto
13 a 15 años	45	27	35	27
16 a 18 años	23	16	22	20
Totales	68	43	57	47

Instrumentos

1. *Inventario de Personalidad Adolescente de Millon (MAPI)*

Con el fin de investigar las características de personalidad y las modalidades de respuesta ante situaciones vitales, se utilizó el Inventario de Personalidad Adolescente de Millon (MAPI). Es un instrumento que consta de 150 afirmaciones para ser aceptadas (verdadero) o rechazadas (falso), distribuidas en 22 escalas, 20 de las cuales son escalas clínicas divididas en tres secciones.

Estilos de Personalidad (Escalas 1-8), permite identificar y sintetizar de una manera personalizada un perfil de los adolescentes (afectividad, estilo cognitivo y las tendencias comportamentales). Escalas: Introversión, Inhibición, Cooperación, Sociabilidad, Seguridad, Fortaleza, Respeto, Sensibilidad.

Preocupación Manifiesta (Escalas A-H), mide las fortalezas o debilidades del adolescente con respecto al tema de cada una de las escalas, las cuales deben ser analizadas por separado. Escalas: Auto-Concepto, Auto-Estima, Bienestar Corporal, Aceptación Sexual, Seguridad con los Pares, Tolerancia Social, Apoyo Familiar, Confianza Académica.

Correlatos Conductuales (Escalas SS-WW), estas escalas se analizan en forma individual y se refieren al grado de similitud que poseen los adolescentes con otros de su misma edad. Escalas: Control de los Impulsos, Conformidad Social, Logros Escolares, Consistencia de la Asistencia.

De las 22 escalas hay dos que son las que evalúan la validez y la confiabilidad a las respuestas.

2. Cuestionario de resiliencia

Este cuestionario fue elaborado ad-hoc, teniendo en cuenta las características potenciales de la resiliencia, sobre algunos conceptos de Edith Groeberg (1995).

Consiste en un cuestionario de alternativas múltiples en el cual cada ítem tiene 3 alternativas posibles. El sujeto debe responder marcando la alternativa de cada ítem que considere acorde con su modo de conducirse, pensar y sentir, en ese momento (competencia social, autoestima, autonomía, confianza en sí mismo, en el entorno).

El cuestionario consta de 28 afirmaciones, que admiten tres formas de respuesta: 1 (N) Nunca, 2 (A) A veces, 3 (S) Siempre. El puntaje máximo que puede obtener un sujeto es de 84 puntos y el puntaje mínimo es de 24 puntos; las puntuaciones próximas a 42 indicarían teóricamente un grado medio en cuanto a la presencia de estos atributos.

Es necesario destacar que distintos factores pueden intervenir en una determinada situación y que, a los fines de una mejor interpretación, se distribuyeron los ítems en 4 grupos, quedando esto sujeto a posibles ajustes.

Características del grupo de ítems que se refieren a Yo Puedo: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 22, 24, 26 y 27. Estos ítems evalúan la forma de comunicación no verbal, esto permite conocer algo más acerca del modo de pensar y desarrollar habilidades sociales frente a los hechos.

Características del grupo de ítems que se refieren a Yo Soy: 12, 13, 14, 15, 16 y 28. Tienden a medir la relación emocional entre el adolescente y el adulto, el desarrollo del sí mismo, de la propia identidad y también la habilidad para poder controlar algunos elementos del propio ambiente; sería de algún modo apreciar cómo el impacto de la adversidad no los modifica.

Características del grupo: Yo Soy: 17, 18, 19, 20, 21. Se relaciona con la capacidad de los adolescentes para demostrar empatía, afecto y tener comportamientos pro-sociales.

Características del grupo de ítems Yo Tengo: 7, 8, 9, 10,11, 25. Este factor es considerado como uno de los más importantes en el desarrollo de los adolescentes, dado que se dirige a evaluar el placer que se siente en aprender, para tener éxito y poder progresar.

Rendimiento Académico

Entendido como el promedio final de las notas de cada uno de los sujetos obtenido en las distintas asignaturas del año escolar. Se tuvo en cuenta para su análisis la nota media de cada uno de los grupos en cuestión.

Procedimiento

La recolección de datos fue realizada personalmente por la autora del presente trabajo, asistiendo a cada establecimiento educativo. Luego de tener la autorización para realizar dicho trabajo, se comenzó con las siguientes actividades:

1. Aplicación del Inventario de Personalidad Adolescente de Millon (MAPI).
2. Aplicación del cuestionario de resiliencia.
3. Registro de las calificaciones de cada uno de los alumnos a fin de tener información acerca del promedio general.

No se encontró dificultad alguna en la realización de dicha tarea; hubo una importante colaboración y un gran interés por conocer los resultados del trabajo y necesidad de recibir sugerencias; esto en cuanto a los directivos, profesores y personal administrativo.

La colaboración de los alumnos fue voluntaria; aportaron sus datos personales sin oposición, requisito necesario para su posterior identificación, ya que la recolección de los datos se realizó en tres etapas.

Resultados

En esta sección se muestran los resultados obtenidos mediante la aplicación de la prueba T de Student con el fin de comprobar si existen diferencias significativas entre las puntuaciones medias que se registraron en las muestras de diferente nivel socio-económico en el Inventario de Personalidad Adolescente de Millon (MAPI), el Cuestionario de Resiliencia y el Promedio en las Calificaciones.

En la **Tabla 2** se incluyen los valores t, con la correspondiente significación estadística, obtenida mediante la comparación entre los grupos de varones y de mujresmujeres de 13 a 15 años, de los dos niveles socioeconómicos.

Tabla 2 - Puntuaciones medias y desviaciones estándar de *varones y mujeres de 13 a 15 años*, de nivel socioeconómico alto y bajo, en todas las variables en estudio. Valores de t de Student y nivel de significación.

Categoría y Variable	Varones 13 a 15 años						Mujeres 13 a 15 años						t	p	
	NSE B		NSE A		M	DE	NSE B		NSE A		M	DE			
	M	DE	M	DE			M	DE	M	DE					
Promedio	7.23	1.14	8.02	1.53	-	2.32	<.05	7.40	1.19	8.41	1.04	-	3.63	<.001	
Estilo de Personalidad Básica	1. Introversión	48	19	43	22	0.91	ns	47	25	37	20	1.76	ns		
	2. Inhibición	65	24	48	22	2.85	<.01	72	16	71	18	0.28	ns		
	3. Cooperación	59	23	47	23	2.06	<.05	46	15	47	20	-	0.32	ns	
	4. Sociabilidad	39	19	54	20	2.82	<.01	33	10	43	16	-	3.18	<.01	
	5. Seguridad	46	18	53	19	-	1.46	ns	40	13	33	13	2.08	<.05	
	6. Fortaleza	46	20	57	24	-	1.88	ns	54	16	62	18	-	1.91	ns
	7. Respeto	63	18	49	16	3.04	<.01	58	22	47	19	2.08	<.05		
	8. Sensibilidad	55	23	55	19	-	0.06	ns	66	25	79	18	-	2.22	<.05
Preocupación Manifiesta	A. Auto Concepto	66	19	59	18	1.45	ns	66	19	75	14	-	2.00	=.05	
	B. Auto Estima	68	18	64	19	0.07	ns	80	18	74	16	1.44	ns		
	C. Bienestar Corporal	64	19	55	21	1.72	ns	68	18	69	18	-	0.24	ns	
	D. Aceptación Sexual	69	16	60	14	2.24	<.05	70	9	74	8	1.94	ns		
	E. Seguridad con Pares	67	22	59	22	1.46	<.05	77	13	67	18	2.78	<.01		
	F. Tolerancia Social	52	22	51	27	0.16	ns	59	16	61	22	-	0.44	ns	
	G. Apoyo Familiar	48	27	61	25	-	1.97	ns	63	22	63	18	-	0.14	ns
	H. Confianza Académica	53	23	53	20	0.08	ns	51	14	53	19	-	0.41	ns	
Correlato Conductual	SS. Control de los Impulsos	46	18	55	15	-	2.18	<.05	49	13	56	12	-	2.33	<.05
	TT. Conformidad Social	43	21	52	17	-	1.75	ns	50	16	56	14	-	1.35	ns
	UU. Logros Escolares	44	20	47	17	-	0.62	ns	48	15	51	14	0.80	ns	
	WW. Consistencia de la Asistencia	56	17	52	15	0.82	ns	71	19	63	17	1.91	ns		
Resiliencia	Tengo	16	1	15	1	0.04	ns	15	2	16	1	-	2.26	<.05	
	Soy	15	1	15	1	-	0.05	ns	14	1	14	1	-	0.44	ns
	Estoy	11	1	11	1	0.29	ns	11	1	10	1	0.32	ns		
	Puedo	26	2	25	2	0.41	ns	24	3	25	2	-	1.25	ns	
	Resiliencia	69	6	69	4	0.23	ns	65	6	67	5	-	0.98	ns	

*Total de alumnos encuestados 215

En el grupo de varones se registraron las siguientes diferencias estadísticamente significativas: Promedio $p < .05$; Inhibición $p < .01$; Cooperación $p < .05$; Sociabilidad $p < .01$; Respeto $p < .01$; Aceptación Sexual $p < .05$; Seguridad con Pares $p < .01$; Control de los Impulsos $p < .05$.

En el grupo de mujeres, la prueba t de Student arroja los siguientes resultados: Promedio $p < .01$; Sociabilidad $p < .01$; Seguridad $p < .05$; Respeto $p < .05$; Sensibilidad $p < .05$; Auto-concepto $p = .05$; Seguridad con Pares $p < .01$; Control de los Impulsos $p < .05$; Factor de Resiliencia "Tengo", $p < .05$.

En la **Tabla 3** se da cuenta de los resultados de la aplicación de la prueba t de Student entre las puntuaciones medias obtenidas mediante la comparación entre los grupos de varones y de mujeres de 16 a 18 años, de los dos niveles socioeconómicos.

Tabla 3 - Puntuaciones medias y desviaciones estándar de *varones y mujeres de 16 a 18 años*, de nivel socioeconómico alto y bajo, en todas las variables en estudio. Valores de t de Student y nivel de significación.

Categoría y Variable	Varones 16 a 18 años						Mujeres 16 a 18 años						t	p
	NSE B		NSE A		t	p	NSE B		NSE A		t	p		
	M	DE	M	DE			M	DE	M	DE				
Promedio	6.59	1.29	6.93	2.23	-0.60	ns	6.59	1.29	8.71	2.23	-4.49	<.01		
Estilo de Personalidad Básica	1. Introversión	45	15	43	18	0.38	ns	45	15	43	18	1.21	ns	
	2. Inhibición	55	18	59	17	-0.73	ns	55	18	59	17	0.52	ns	
	3. Cooperación	49	20	37	15	2.11	<.05	49	20	37	15	1.02	ns	
	4. Sociabilidad	45	17	52	23	-1.10	ns	45	17	52	23	-1.29	ns	
	5. Seguridad	49	18	49	18	0.15	ns	49	18	49	18	-0.17	ns	
	6. Fortaleza	55	26	70	23	-1.99	ns	55	26	70	23	-2.02	=.05	
	7. Respeto	61	19	43	17	3.08	=.05	61	19	43	17	2.85	<.01	
	8. Sensibilidad	55	17	67	18	-2.29	<.01	55	17	67	18	-0.72	ns	
Preocupación Manifiesta	A. Auto Concepto	69	14	69	16	-0.23	ns	69	14	69	16	-0.49	ns	
	B. Auto Estima	72	16	62	16	1.91	ns	72	16	62	16	0.90	ns	
	C. Bienestar Corporal	64	22	47	18	2.60	<.02	64	22	47	18	0.67	ns	
	D. Aceptación Sexual	66	14	52	16	2.90	<.01	66	14	52	16	2.81	<.01	

	E. Seguridad con Pares	62	16	54	16	1.68	ns	62	16	54	16	0.99	ns
	F. Tolerancia Social	53	31	65	23	-1.47	ns	53	31	65	23	1.65	ns
	G. Apoyo Familiar	55	29	62	21	-0.92	ns	55	29	62	21	-0.59	ns
	H. Confianza Académica	55	19	66	22	-1.68	ns	55	19	66	22	-1.38	ns
Correlato	SS. Control de los Impulsos	50	16	60	23	-1.66	ns	50	16	60	23	-1.61	ns
Conductual	TT. Conformidad Social	49	19	64	15	-2.75	<.01	49	19	64	15	-0.88	ns
	UU. Logros Escolares	49	16	50	16	0.20	ns	49	16	50	16	-0.34	ns
	WW. Consistencia de la Asistencia	55	13	55	16	0.07	ns	55	13	55	16	0.57	ns
Resiliencia	Tengo	15	1	15	1	-0.06	ns	15	1	15	1	-0.39	ns
	Soy	15	1	15	1	1.43	ns	15	1	15	1	0.14	ns
	Estoy	11	1	11	1	0.58	ns	11	1	11	1	-1.01	ns
	Puedo	25	3	25	3	-0.07	ns	25	3	25	3	-0.22	ns
	Resiliencia	68	5	67	5	0.27	ns	68	5	67	5	0.18	ns

En los grupos de varones se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones medias de las siguientes escalas: Cooperación $p < .05$; Respeto $p = .05$; Sensibilidad $p < .01$; Bienestar Corporal $p < .02$; Aceptación Sexual $p < .01$; Conformidad Social $p < .01$.

En las mujeres de 16 a 18 años de edad de los dos niveles socioeconómicos, los resultados de la aplicación de la t de Student son los siguientes: Promedio $p < .01$; Fortaleza $p = .05$; Respeto $p < .01$ y Aceptación Sexual $p < .01$.

Análisis de los resultados

De acuerdo a los resultados que se muestran en la Tabla 2, se observan las siguientes características en los diferentes grupos.

1. El grupo de varones de 13 a 15 años de NS-E Alto obtuvo un promedio significativamente más alto (8.02) que los de NS-E Bajo (7.23). Ambos grupos logran alcanzar los objetivos propuestos en la escuela, si bien los adolescentes del segundo grupo lo hacen con un nivel más bajo. Este resultado indica que, a pesar de las desventajas que puede ocasionar la situación socioeconómica, en este grupo los alumnos han logrado un rendimiento académico aceptable. El resultado obtenido por el grupo de los varones de NS-E alto hace suponer que reciben una mejor estimulación e interacción en el hogar.

2. Con respecto a las escalas de Estilo de Personalidad se observa que el perfil de personalidad para el grupo de NSE-Bajo, muestra que son tímidos, proclives a las dudas sobre sí mismos, lo que les produce cierta inseguridad que los lleva a reflexionar a costa de una mayor autocrítica (E. 2) mostrando asimismo un mayor control de sus emociones; se encuentra implícito el temor a ser desaprobados socialmente; no les satisface por el momento asumir liderazgos, encontrándose más seguros cuando interactúan con el grupo, esbozos éstos de ciertos rasgos de

sociabilidad. (E.3 y E.E). Vivirán más conflictivamente la asunción de un rol adulto (E. D).

En cuanto a las Escalas de Preocupación Manifiesta podría inferirse una mayor preocupación por hacer un examen de sí mismo, de los otros, y de sus creencias, lo que les permitiría ir profundizar en su análisis acerca de quiénes son, no sólo desde el punto de vista sexual, sino también en lo que hace a su aspecto físico (E.A).

Por su parte en las escalas de Correlatos Conductuales los resultados obtenidos muestran una alta probabilidad de similitud en estos adolescentes, con respecto a otros de su misma edad, y con respecto a las conductas descritas.

El grupo de varones NS-A, en cuanto a las Escalas de Estilo de Personalidad, demuestran vivir con más naturalidad el comienzo de esta etapa, tendiendo a ser más sociables, apoyándose en el grupo pero pudiendo a veces tomar iniciativas propias ya que contarían con apoyo.

Preocupados asimismo por medir su relación con su familia, de acuerdo a las percepciones de lo que ellos creen debería ser (E.B).

Los dos grupos de encuentran en una etapa de conformación de grupos, en donde el grado de interés académico habla de esfuerzos y buenas expectativas escolares (E.E). Se puede inferir también en ellos una mayor necesidad en la familia de estos jóvenes, de inculcarles el respeto por lo que sería un comportamiento apropiado (E.F y 6).

3. Con respecto al Cuestionario de Resiliencia no se encontraron entre los dos grupos diferencias con significación estadística, por lo tanto se infiere que ambos tienen un potencial equivalente de posibilidad de resiliencia.

Considerando las puntuaciones medias y desviaciones estándar obtenidas por los grupos de mujeres de 13 a 15 años de los dos niveles socioeconómicos, se extraen las siguientes inferencias.

1. A partir de los resultados de esta investigación, es posible deducir que las jóvenes de NS-E Bajo están logrando buenos resultados en su rendimiento escolar, (Promedio 7.40), si bien están pasando por un período de acomodación en el camino a recorrer que implica la escuela a ese nivel.

En las adolescentes de NSE-Alto es muy bueno su rendimiento escolar, con un Promedio de 8.41; este resultado académico les brinda cierta confianza para lograr una correcta interacción social entre sus pares y en la relación con sus maestros.

2. En lo que se refiere a las puntuaciones del Inventario de Personalidad de Millon, las adolescentes de NSE-Bajo, están pasando por un período de auto-examen; no lo estarían viviendo tan conflictivamente a pesar de verse más necesitadas de tener una ocupación; el medio, a su vez, las iría condicionando a vivir más apresuradamente, teniendo que compartir con su familia, sobre todo cuando hay alguna remuneración; esta situación las estaría haciendo ingresar más rápidamente al mundo de los adultos, lo cual no es bueno, pero sí necesario. (E.A).

Estas jóvenes, a través de la escuela, tratan de ser miembros de un grupo, lo que les da cierta identidad, adquiriendo así un compromiso con la esfera social; viéndose muchas veces necesitadas de desempeñar diferentes papeles con personas diferentes (E.E).

Son críticas en su autovaloración y con los déficit reales a los cuales se enfrentan, lo que por momentos les hace imposible alcanzar el ideal anhelado (E.B).. En cuanto a sus sentimientos y pensamientos muestran una escasa probabilidad de dar respuestas similares a las de otras adolescentes de su misma edad (E.T.T).

Tienden a faltar más a la escuela, pudiendo ser este un síntoma, que aparece no sólo porque tienen que trabajar, sino que podría ser ya un presagio de abandono escolar. Aquí la actitud de la familia es parte del problema, ya que muchas veces estas jóvenes contribuyen significativamente a la manutención del grupo familiar.

Las jóvenes de NSE-Alto, aparecen como más sensibles, muy vulnerables a las dudas sobre sí mismas, por momentos contradictorias, perdiendo el control personal, comportamientos éstos importantes, ya que contribuyen a una maduración de su personalidad.(E.8).

El logro de una identidad adulta, les estaría resultando dificultoso, a pesar de contar con mejores medios y posibilidades, teniendo una mayor libertad, si bien no están en condiciones de manejarla (E.A). Para estas jóvenes el grupo estaría funcionando como una fuente de información, haciendo quizás el papel de grupo de "autoayuda" (E.E).

Se observa que el muy buen rendimiento escolar de este grupo se relaciona con un alto grado de estimulación y apoyo, demostrando así interés en el ambiente social-escolar.(E.WW).

En los dos grupos hay una aceptación normal de los cambios que están viviendo, tendiendo a no ser indiferentes a los sentimientos y a las reacciones de los demás, concientes de sus comportamientos y de sus consecuencias (E. F).

3. Otra de las diferencias de puntuaciones medias con significación estadística se encuentra en las puntuaciones del Cuestionario de Resiliencia. Con lo dicho se hace referencia a las mujeres de NSE-Alto, de quienes puede decirse que funcionarían como un grupo con actitudes resilientes "en sí mismo". Así se observa que, si bien reflejan un estilo de personalidades muy similares al de las mujeres del otro grupo -tímidas, vulnerables, sensibles-, cuando se organizan en grupos para realizar tareas colectivas, obtienen un mejor rendimiento académico. Esto sin dejar de tener en cuenta las condiciones psico-sociales las que, a su vez, deben ser analizadas, considerando también la realidad en la que la persona crece y se desarrolla.

Se registró una diferencia de medias significativa a favor del grupo de NSE-A en el factor de Resiliencia "Tengo", por lo que se podría hablar de jóvenes que sienten que tienen personas alrededor que las quieran incondicionalmente, seguras de poder sentir afecto y expresarlo y que por otro lado, también contarían con alguien que les ayude cuando lo necesitan.

En la Tabla 3 se mostraron las puntuaciones medias y desviaciones estándar de los varones y mujeres de 16 a 18 años de los dos grupos de nivel socioeconómico, en todas las variables en estudio y los valores de t de Student con su nivel de significación. A continuación se efectúa el análisis de los resultados en los grupos de varones.

1. En cuanto a los dos grupos, se infiere que su rendimiento escolar es similar; en ambos casos no alcanza el promedio 7 que sería el esperado para considerarlo como un buen rendimiento, lo que indica que no se llega a cumplir en muchos casos con las exigencias de la institución; las notas serían regulares y,

posiblemente, la relación con los profesores, no muy buenas. (Promedio NSE-Bajo 6.59; NSE-Alto 6.93).

2. En cuanto a las escalas del Inventario de Personalidad los jóvenes de bajos recursos se muestran más respetuosos, si bien les costaría enfrentar situaciones que ellos perciben como desagradables, pensando que no tienen solución; este es el reflejo de la falta de contención, ya sea de un adulto significativo o de la escuela, frente a la labilidad de su temperamento una forma que tendrían estos jóvenes para defenderse es el trabajo en equipo, y así el éxito de uno puede propiciar el de otros; por otro lado, si no actuaran así correrían el riesgo de abandonar la escuela, aún cuando sus resultados no son suficientemente buenos. (E. 7,8 y 3).

Parecen más atentos que el otro grupo en cuanto a su aspecto corporal (E.C). Viven con menos naturalidad y cierta intranquilidad este proceso de ir aceptando su sexualidad, lo que es necesario que ocurra para poder formalizar sus relaciones heterosexuales (E.D). Se muestran preocupados por cómo piensan los demás, siendo estos algunos intentos para saber quiénes son ellos mismos (E.B).

El grupo de adolescentes de NSE-Alto, se muestra más pesimista, demostrando su descontento, traducido en conductas psicológicas concretas como inquietud, inseguridad, mal humor, deseos de soledad, sintiéndose quizás incomprendidos; por otro lado, no les sería tan indispensable ayudarse en sus tareas como ocurre en el otro grupo (E.8,7 y 3).

Les resulta por momentos más difícil a estos jóvenes integrar las creencias que les han sido inculcadas con lo que ellos juzgan que podría ser un comportamiento apropiado, afectando así posiblemente sus comportamientos interpersonales (E.TT).

De los dos grupos puede decirse que son reticentes a tomar iniciativas, indicador este de una escasa autonomía (E. 8,7 y 3). Muestran una alta probabilidad de similitud con otros adolescentes de su misma edad, en cuanto a sus logros escolares, sin tener en cuenta el camino que hayan seguido, ya que las valoraciones y aspiraciones académicas de por sí son diferentes y menores en el grupo de jóvenes de bajos recursos, mientras que los otros varones saben que necesitan el requisito de completar el ciclo educativo medio para logra un mejor ajuste en la sociedad (E.UU). El ausentismo escolar no estaría conduciendo a problemas, ese desacuerdo entre la escuela y lo que son sus actividades sociales sería una conducta más dentro de una constelación.

3. Con respecto al cuestionario de Resiliencia, no se registran diferencias de medias con significación estadística entre ambos grupos.

En los grupos de mujeres de 16 a 18 años se observan los siguientes resultados.

1. En cuanto al Promedio 7.13; las adolescentes de NSE-Bajo si bien han alcanzado las puntuaciones necesarias, es en esta etapa donde se producen las mayores deserciones, no por falta de aptitudes sino más bien por falta de oportunidades, debido al adverso entorno psico-social en el que transcurren sus vidas y donde la educación que reciben siempre estará contando con "elementos básicos."

Las jóvenes de NSE-Alto, tienen un rendimiento académico (8.71) significativamente mayor a las del otro grupo, siendo esta una respuesta positiva a lo que se espera de ellas, aprovechando las posibilidades que se les han brindado, ya sea capacitándose o recibiendo una importante orientación vocacional.

2. En cuanto al Inventario de Personalidad, las mujeres de bajos recursos aparecen más egocéntricas, tímidas e inhibidas, en salvaguarda de su auto-estima; son eficientes, regulan su vida conforme a las reglas y tratan de "hacer lo correcto"(E.7). Se encuentran en una transición afectiva hacia lo que sería luego el logro de una conciencia sexual (E.D). Aún están en búsqueda de su independencia parental para lograr una mejor autoestima.(E.E).

Del otro grupo de adolescentes, se puede inferir que se trataría de jóvenes capaces de hacerse un espacio para ser protagonistas de sus propias vidas, y hasta para cometer a conciencia sus propias equivocaciones, puesto que en ellas se daría cierta tendencia a dirigir y a dominar a los demás. Ser fuerte ante los demás tendría una motivación inconsciente. Esto las hace por momentos descorteses y poco amables (E.7).Tendrían una buena conciencia sexual integrada a un sentido creciente del sí mismo junto con la aceptación e integración de los cambios corporales (E.D.).

Estarían en una etapa de definición con respecto a cuánto desviarse o no de las normas inculcadas (E.F).

De ambos grupos puede decirse que les costaría expresar sus emociones, esto habla de una cierta indiferencia acerca de involucrarse con los demás por temor a que sus necesidades de afecto sean rechazadas (E.1 y 2). Se muestran poco sociables y habladoras, tratando de ser poco dependientes, lo que lleva a que los demás las perciban como egocéntricas. No se da una tendencia a faltar a la escuela, lo cual también afirmaría la aceptación que hacen de las normas y creencias inculcadas por sus mayores (E.WW).

3. Con respecto al cuestionario de Resiliencia no existen diferencias con significación estadística en las puntuaciones medias entre ambos grupos.

Conclusiones

La necesidad de combinar numerosas funciones y de enfrentar los problemas en forma positiva, es algo que puede aprenderse y una forma de estimular esta actitud sería la Resiliencia.

Si bien son muy pocos los antecedentes que se han podido encontrar de estudios anteriores con respecto a este tema, los resultados de la presente investigación confirman ambas hipótesis, estos resultados indican, que en la muestra total de sujetos, tanto el nivel sociocultural como el estilo de personalidad, limitarían la capacidad de tener actitudes resilientes, ya sea por desconocimiento o por falta de estimulación por parte tanto de la familia como de la *escuela*, habiéndose detectado en este trabajo la necesidad que tienen en este caso los docentes de contar, tanto ellos como sus alumnos, con recursos de afrontamiento.

Conforme a los resultados obtenidos y al análisis realizado, se extraen las siguientes conclusiones con respecto a grupos que intervinieron en el presente estudio.

Los adolescentes varones de 13 a 15 años de NSE-Bajo se encuentran preocupados por sus cambios físicos, absortos en sí mismos e inseguros, por temor a exponerse y a ser desaprobados; presentan un cierto grado de sociabilidad a través de breves pero fuertes relaciones con sus compañeros.

Los valores transmitidos por los padres acerca de la escolaridad son muy pobres, estando estos más preocupados por su comportamiento que por su rendimiento escolar. La escuela no contiene, ni promueve el interés en estos jóvenes por superarse y desarrollar sus potencialidades; coincidiendo con Rutter (1980) en que esto no permite el fortalecimiento de su autoestima.

Los adolescentes de NSE-Alto, son más sociables, rebeldes, necesitan de algún modo probar los límites, muestran cierta tendencia a dirigir e imponerse frente a los demás, marcada necesidad de independencia sin medir las consecuencias negativas que sus comportamientos pueden tener para ellos mismos. Se infiere falta de límites por parte de los padres y, en cuanto a la escuela, no les suministraría en forma constante, herramientas que fortalezcan su mundo interno y puedan establecer sus propios valores.

En cuanto a las Mujeres de 13 a 15 años se concluye lo siguiente:

Las adolescentes de NSE-Bajo están pasando por un período de auto-examen, el que viven con cierta naturalidad a pesar de tener que desempeñar distintos papeles en diferentes entornos; esto puede considerarse como un indicador de competencia social (Suárez Ojeda, 1997).

Sienten falta de apoyo familiar, viéndose condicionadas a vivir apresuradamente, a asumir responsabilidades que son excesivas para su salud, lo que no les facilita el camino hacia su autonomía.

La familia y la escuela no actúan como una fuente de apoyo que les permita descubrir o aprovechar sus potencialidades para enfrentar situaciones problemáticas que fortalezcan su yo, encontrando en el grupo una cohesión más tranquilizadora y que ayude su autoestima.

En las adolescentes de NSE-Alto, tanto el nivel socio-económico como el estilo de personalidad influyen en sus capacidades de afrontamiento y por ende en su rendimiento escolar. Se trata de un grupo resiliente por sí mismo.

Sus características temperamentales favorecen el afrontamiento positivo. Sienten que tienen personas en quien confiar, cuentan con apoyo económico, social, de material informativo, de entrega de valores, con una importante capacidad de iniciativa que, junto con haber vivido experiencias de auto-eficacia, les permite contar con una auto-imagen positiva.

Al analizar las puntuaciones de los Varones de 16 a 18 años se concluye que: en los jóvenes de NSE-Bajo, hay una falta de motivación académica, se encuentran más preocupados por su apariencia y arreglo personal; faltos de autonomía y de modelos, perciben a sus padres como poco competentes, lo que los hace muy vulnerables por esa carencia de vínculos que actúen como mediadores de comportamientos resilientes (Kotliarenko, 1996).

La escuela, por otro lado, no les ayuda a fortalecer su auto-confianza académica; por lo tanto, no logran una mayor aceptación de las particularidades de su temperamento y de su contexto y no llegan a convencerse de que la vida tiene sentido a pesar de las adversidades.

Los adolescentes de NSE-Alto, también tienen un bajo rendimiento académico y una baja capacidad de iniciativa que no les permite manejar la situación; su pensamiento poco reflexivo y flexible es el reflejo de una escasa fortaleza interna y de cierta dificultad en el control de sus emociones.

Su comportamiento es impredecible; se sienten incomprendidos, lo que implica una falta de afianzamiento en sí mismo, afectando esto su rendimiento académico. La incidencia de la escuela no sería suficiente en cuanto a fomentar hábitos y conductas que preconicen valores cívicos, de cooperación, solidaridad, tolerancia y responsabilidad.

De las Mujeres de 16 a 18 años puede decirse que en las jóvenes de NSE-Bajo, el miedo al rechazo social las vuelve tímidas e inhibidas, manteniéndolas en estado de alerta; logran una escasa integración de lo que podrían ser sus propias experiencias con un mejor rendimiento escolar. Hay escasa valoración por parte de la familia de sus éxitos escolares, y de la escuela que no fomenta suficientemente sus potencialidades como para enfrentar constructivamente la realidad (Munist, 1998).

Una manera que tienen de seguir adelante en la escuela es a través de la cooperación en el aprendizaje y de seguir adelante en su vida a través del trabajo comunitario poniendo de manifiesto su espíritu generoso e idealista.

En las Mujeres de NSE-Alto son constantes sus cambios de humor, esto no les permite ser lo suficientemente flexibles como para desarrollar actitudes resilientes, siendo reticentes a buscar ayuda, lo que indica capacidad de empatía y competencia social disminuidas (Suárez Ojeda, 1997).

El grupo presenta las puntuaciones más altas de la muestra con respecto al promedio, haciendo un buen uso de sus posibilidades y sintiendo a la educación como un medio para alcanzar el éxito económico y social; indicador estos de un buen sentido de propósito y de futuro. (Suárez Ojeda, 1997).

REFERENCIAS

Aberasturi, A. Knobel, M. (1985). *La adolescencia normal*. Bs. As. Paidós.

Barilko, J. (1990). *Los hijos y los límites*. Bs. As. EMECÉ.

Girard, G.A. (1999). *Ideales, proyectos y valores en la adolescencia*. Vol. 51. Nº 4. *Anales Españoles de Pediatría*.

González, E.N. (1997). *El niño y el adolescente*. Valencia. Promolibro.

Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The International Resilience Project*. La Haya, Holanda: Bernard Van Leer Foundation.

Kotliarenco, M.A. y Col. M.A.K. Consultora S.A.(1996). *Resiliencia. Construyendo en Adversidad*. Santiago. Chile.

Löesel, F., Bliesener, T., Köferl, P. (1989). *On the concept of invulnerability: Evaluation and first results of the Bielefeld Project*, pp. 186-219. En Brambrig, M; Löesel, P.; Skowronek, H.: *Children at risk: Assessment longitudinal research and intervention*. New York: Waher de Gruyier.

Millon, T., Green, C.J. y Meagher, R.B. (1982). *Millon adolescent personality Inventory*. National Computer System, Minneapolis.

Munist, M.; Santos, H.; Kotliarenco, M.A.; Suarez Ojeda, E.N.; Infante, F. Y Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en la niñez y adolescencia*. Washington D.C.

Obiols, G.A. Obiols, S. (1995). *Adolescencia, post-modernidad y escuela secundaria. La crisis de la enseñanza media*. Bs. As. Kapelúz.

Parral, J., Contreras, M., Bonsignore, A. Schust, J.P.(1999). *Resiliencia : sus claves generadoras*. Vol. 4 . N° 181. Revista Hospital de Niños. Chile.

Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*. 14, 8.

Suárez Ojeda, E.N.(1993). *Resiliencia o capacidad de sobreponerse a la adversidad*. Vol.16.N° 3. Medicina y Sociedad. Bs.As.

Suárez Ojeda, E.N. (1997). *Seminario internacional sobre aplicación del concepto de resiliencia en proyectos sociales*. Bs. As. Colección Salud Comunitaria.

Vanistendael, S. (1994). *La resiliencia: Un concepto largo tiempo ignorado*. Ginebra, Suiza: Bice.

Wolin, S. Y Wolin, S. (1993). *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*. Washington D.C.: Villard Books

V. FAMILIA, EDUCACIÓN Y SALUD

ACTITUDES DE NIÑOS ESCOLARES ANTE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD. SU EVALUACIÓN COMO FACTOR MOTIVACIONAL Y DE VALORACIÓN DE LA TAREA.¹

[Irma Aída Torres Fermán](#)

Investigador de tiempo completo I.I.P.

[Fco. Javier Beltrán Guzmán](#)

Investigador de tiempo completo I.I.P.

[Adela Ayulia Beltrán Torres](#)

Especialista en métodos estadísticos. U.V.

Christian Velázquez Ahumada

Ayudante de investigación I.I.P.U.V.

Francisco Javier García Díaz

Ayudante de investigación I.I.P.U.V.

Universidad Veracruzana

Introducción

El tema de las actitudes como factor motivacional que incide en el proceso educativo es una cuestión añeja; no obstante, en este trabajo se considera importante utilizar este elemento para evaluar el grado de aceptación o de rechazo de los alumnos hacia un programa de educación para la salud.

De acuerdo con Navarro Jurado (1998), la educación es un proceso en el que existe un interjuego entre la afectividad y la cognición, que busca dotar al individuo de los medios oportunos para que sea capaz de ser autónomo, independiente y libre. En diversos estudios se reconoce la importancia de esta relación, y sólo por citar algunos, se mencionan aquí los de Alonso Tapia (1995), Braten y Olaussen (1998), Pintrich (2000).

No obstante, es necesario señalar, que aún no se sabe con precisión de qué manera interactúan estos factores afectivos (motivacionales) con los componentes cognitivos, aún cuando, sí se manifiesta la importancia de éstos en el aprendizaje de diversos tipos de contenido. Esclarecer la forma y el grado de influencia de los factores motivacionales, especialmente de las actitudes, sería de gran utilidad para lograr intervenciones educativas para la salud, exitosas en la formación de los alumnos.

En este sentido no puede dejar de considerarse lo mencionado por Arroyo Simón, cfr. Perea (1997) quién además de llamar la atención sobre la importancia de la educación como concepto eje en el desarrollo humano, concluye que son variadas

las implicaciones que la educación tiene para el desarrollo de actitudes y valores en el educando, destacando que una acepción cabal de la misma debe abarcar las siguientes situaciones básicas:

- A. El término educación hace referencia no sólo a una actividad o proceso, sino también al efecto de la misma, es decir: "a la acción y efecto de educar".
- B. La educación propiamente dicha es un proceso humano, que supone de algún modo racionalidad y libertad.
- C. La educación necesariamente está orientada a un fin. Por lo tanto, tiene una intencionalidad que invariablemente se expone en los objetivos o metas de la misma.
- D. El fin de la educación debe implicar, de un modo u otro, una mejora, dignificación o perfeccionamiento del ser humano.
- E. La educación, en última instancia, está condicionada por decisiones previas sobre las cuestiones acerca del sentido y valor del hombre, mundo, sociedad y trascendencia de la vida humana. Se inscribe por tanto, en un "sistema" de valores, del cual recibe inspiración y guía.
- F. La educación del hombre estará sometida y deberá respetar las exigencias básicas que provienen de la libertad, dignidad y derechos fundamentales de la persona.
- G. La educación, ya se considere como actividad o como efecto, no se comprende plenamente sin una referencia al bien de la persona como un todo y unidad psicofísica indivisible, sujeto último de atribución de los efectos educativos.

Como se puede observar, la noción actual de educación va más allá del ámbito académico, no se limita a los contenidos tradicionales, ni a la mera transmisión de conocimientos, sino que se extiende hacia el resto de las necesidades del ser humano, lo que implica las ideas de capacitar y capacitarse para llegar a ser personas críticas, autónomas, creativas, responsables, solidarias no sólo con nuestra propia persona sino con el resto de los individuos de nuestro entorno.

De esta manera, son muchos y muy variados los ámbitos en los que la educación se mueve, consecuentemente, las nuevas concepciones educativas toman en cuenta las necesidades e intereses de las personas, su nivel de desarrollo, las diferencias individuales y su relación con el ambiente. Es por ello, que la salud como una necesidad y derecho fundamental de las personas, cobra vital importancia en la actualidad.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS 1998:11) menciona que el concepto de salud como derecho humano fundamental, es destacado en la Carta de Ottawa, en donde se señalan determinados prerrequisitos para la salud que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. La declaración de estas condiciones pone de manifiesto la precisa relación existente entre los aspectos sociales y económicos, el entorno físico, los estilos de vida individuales y, con un lugar muy destacado, **la salud**. Estos lazos, conforman el punto medular para una concepción holística de la salud, que es fundamental en la definición de promoción de la salud.

En la citada Conferencia sobre la promoción de la salud realizada en Ottawa, Canadá en 1986, se hablaba de que la promoción de la salud debía ser entendida como: El proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Esta concepción fue reafirmada posteriormente en la Conferencia de Yakarta de 1997, (OMS 1998). En ambos documentos existe consenso en considerar a la salud como un recurso para la vida diaria, no como un objetivo para la vida, sino como una habilidad necesaria para la subsistencia del ser humano.

La educación para la salud como estrategia para la subsistencia humana

En la educación para la salud, se hace hincapié tanto en la promoción de la salud a través del desarrollo y fortalecimiento de conductas y hábitos saludables, como en la prevención de enfermedades. De tal suerte, se encuentran en la literatura especializada artículos y propuestas sobre la formación en alimentación adecuada, hábitos saludables, cuidado y salud del cuerpo, así como sobre la prevención de conductas de riesgo, consumo de sustancias, etc., todas ellas, medidas que permiten la prevención de algunas enfermedades y la preservación de la salud.

Sin embargo, en muchos de estos estudios se hace énfasis en la transmisión de conocimientos o en la información como elemento fundamental del cambio en los estilos y hábitos de vida, y no se presta mucha atención o se le da poca importancia al papel de las actitudes y su relación con la adquisición de conductas y comportamientos saludables. No obstante, en lo que respecta a la salud de los niños, resulta cada día más evidente la repercusión que tienen las actitudes en el proceso formativo del futuro adulto. Para el educador, el estudio e investigación de las actitudes en el proceso educativo, es importante en dos sentidos: primero, con respecto a su propia orientación y comportamiento frente a los alumnos; y segundo, en el sentido de servir como apoyo a los padres y familias para la resolución de dudas sobre el tema, así como para promover la toma de conciencia sobre la importancia de la formación de actitudes hacia las conductas saludables, desde que los niños son pequeños.

Con respecto al papel de las actitudes en el proceso de aprendizaje de comportamientos saludables, autores como Salleras (1990), mencionan que el cambio de actitud al igual que la información, es un elemento necesario, pero no suficiente, para que se adquieran estos comportamientos saludables, y señala que la actitud sería sólo uno más de los factores que determinan el comportamiento, ya que también es importante considerar las contingencias situacionales en dicho proceso. Este mismo autor menciona el Modelo de Contingencias de Kapfener, y explica que este modelo toma en cuenta el papel de las actitudes y su relación con las contingencias situacionales en lo que a educación para la salud se refiere.

El Modelo de Contingencias de Kapfener, citado por Salleras (1990:1102), está basado en el importante papel que juegan las actitudes en el proceso de adquisición de conductas saludables y explica el paso de la actitud al comportamiento mediante la intervención de tres variables:

1. La inclusión en los mensajes de instrucciones sobre cómo hacer para cambiar la conducta
2. La existencia de servicios para ayudar en el cambio de conducta en los casos en que el hábito esté muy enraizado (drogas, alcohol).
3. La presencia de un medio ambiente favorable que apoye al cambio de comportamiento.

Por otro lado, en el lenguaje popular, el término actitud asume connotaciones relacionadas con estados internos de la persona, estados de ánimo, en donde inclusive se hace referencia a situaciones morales o ideológicas, de creencias.

En la literatura especializada existe una diversidad de enunciados en torno al término actitud, entre otras, encontramos las siguientes: Eagly y Chaiken (1998:1) definen a la actitud como: "una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreta con cierto grado de aprobación o desaprobación".

Por su parte, Morales y cols. (1999) coinciden en que la actitud es un estado psicológico interno que se manifiesta a través de una serie de respuestas observables y que tradicionalmente estas respuestas han sido agrupadas en tres grandes categorías: cognitivas, afectivas y conativo-conductuales. Y explican que la coexistencia de estos tres tipos de respuestas como rutas de expresión de un único estado interno, son los elementos definitorios de la complejidad interna de dicho estado. De ahí que, en el marco de la psicología social y sintetizando centenares de contribuciones, la actitud es un concepto que reúne tres elementos:

- Un conjunto organizado y duradero de convicciones o creencias (elemento cognitivo),
- Dotadas de una predisposición o carga afectiva favorable o desfavorable hacia el objeto, sujeto o situación (elemento evaluativo o afectivo),
- Que orientan la conducta de la persona respecto a un determinado objeto social (elemento conductual).

Al definir la actitud como una tendencia, se da a entender que se trata de un estado interno de la persona, por tanto, no se trata de algo que resida en el ambiente externo, aún cuando, tampoco se refiere a una respuesta manifiesta y observable. Precisamente, la actitud se concibe como algo que media e interviene entre los aspectos del ambiente externo, que son los *estímulos* y *las reacciones de la persona*, es decir, *sus respuestas evaluativas manifiestas*. Esta concepción hace suponer que la actitud es el resultado de toda una serie de experiencias de la persona con el objeto actitudinal y, por tanto, producto final de aquellos procesos cognitivos, afectivos y conductuales a través de los cuales dichas experiencias han tenido lugar.

La disposición a favor o en contra del objeto de la actitud (elemento afectivo o evaluativo) es considerada por muchos autores, como lo más característico y propio de las actitudes, incluso como el elemento que las sitúa en el ámbito de los valores, las dota de capacidad para guiar la conducta de las personas y sugiere las connotaciones ideológicas; es decir, hace de las actitudes un constructo con vínculos de motivación o guía de la conducta de las personas. En particular, debido a los elementos afectivos (evaluativos) y a la capacidad de las actitudes como guías de la conducta, algunos autores como Vázquez y Manassero (1998b) han sostenido que el cambio actitudinal podría ser un elemento clave para favorecer o facilitar también el cambio conceptual.

1 Proyecto financiado por la SESIC en el programa de apoyo a exbecarios Promep, No. EXB-186.

El contexto o marco del estudio

La Educación para la salud es concebida por Costa y López (1998:29) 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". Estos mismos autores han señalado que, como tal, la educación para la salud facilita prácticas sanas, ya que a través de ella se puede promover su aprendizaje tanto en niños y jóvenes como en personas adultas.

Dentro de este contexto teórico-metodológico, surgió el manual de higiene para niños escolares, como una propuesta educativa innovadora ante el grave problema de salud que enfrentan los niños y familias de poblaciones que no cuentan con los servicios públicos básicos (agua, drenaje, luz) necesarios para el mantenimiento de una higiene adecuada en sus hogares.

El manual está dirigido a alumnos de nivel primario básico, con una modalidad de texto programado con actividades reflexivas propias del enfoque metacognitivo y de los programas de "Enseñar a Pensar", con la cual el contenido se presenta desglosado en pequeñas cantidades de información al estudiante, al tiempo que se le proporciona una inmediata confirmación de sus respuestas al final de cada cuadro, asimismo, se promueve la reflexión y participación del grupo de alumnos y del maestro como mediador de las respuestas de los alumnos con la finalidad de que adquieran un aprendizaje significativo, no sólo de los conceptos, sino también de las prácticas y actividades propias del cuidado e higiene personal y de los alimentos.

El papel del maestro como mediador del proceso enseñanza-aprendizaje es fundamental en el desarrollo del programa, ya que el docente tiene como tareas fundamentales durante el proceso, las siguientes: Realizar una activación previa de la información que los alumnos poseen sobre los conceptos centrales de los contenidos temáticos, promover la discusión y comentarios sobre los conocimientos centrales del texto, y, con ello, ayudarlos a reconocerse como personas capaces de expresar sus ideas acerca de lo leído.

De igual manera, el profesor es el responsable de guiar a los alumnos en la realización de las actividades establecidas en cada sesión, de acuerdo con los contenidos contemplados para cada una de ellas, revisando el cumplimiento de las mismas, retroalimentando a los alumnos sobre sus respuestas o participaciones, informándoles sobre las tareas desarrolladas por ellos, dándoles una respuesta o un comentario de carácter positivo o alentador. En este sentido, su labor como mediador deberá estar encaminada a favorecer la construcción del conocimiento por parte del alumno, así como a promover actitudes favorables o de aceptación hacia lo aprendido.

En suma, el profesor debe, a través de su actuación, promover y alentar un pensamiento reflexivo y autónomo por parte de los alumnos hacia lo aprendido, buscando no sólo la comprensión de lo leído, sino la aplicación y reflexión de lo aprendido a las situaciones prácticas o de la vida cotidiana. Todas estas son tareas que componen los programas de enseñar a pensar. Hoy en día se hace incuestionable la efectividad de los programas de Enseñar a Pensar o de Enseñar a Aprender, los que utilizados conjuntamente con la instrucción programada en el proceso de aprendizaje, representan una alternativa en la educación de hábitos higiénicos para niños escolares; tal es el caso del manual de higiene para niños escolares, el cual combina estos elementos con el propósito fundamental de promover la adquisición de comportamientos saludables en niños de educación primaria, especialmente aquellos que viven en condiciones precarias.

La problemática de estudio

En nuestro país, (México?) todavía es significativo el índice de enfermedades infecto contagiosas ocasionadas por malos hábitos de higiene y por la carencia de comportamientos saludables en niños de edad escolar. Aunque si bien es cierto que esta educación se inicia en casa, también lo es, que en la escuela los hábitos higiénicos deben ser reforzados. Sin embargo, a partir de observaciones directas sobre esta problemática en las escuelas de Xalapa y de la revisión de los textos y programas de educación básica, se pudo constatar la ausencia de contenidos temáticos sobre la higiene y la salud en ellos, así como la poca o nula importancia que se le da a los comportamientos saludables para la preservación de la salud, por lo que se consideró pertinente diseñar y establecer a través de un texto y de un programa específico sobre el tema, un conjunto de estrategias de educación para la salud dentro del ámbito escolar.

Metodología

El presente estudio forma parte de un proyecto más amplio denominado: *Evaluación de un manual de higiene para niños escolares, su impacto y eficacia*. Se trata de una investigación de corte cualitativo que tuvo como objetivo principal explorar las actitudes de aceptación o rechazo de los niños sometidos al programa Manual de Higiene para niños escolares.

El procedimiento que se adoptó en la investigación fue el siguiente:

1. Elección de la muestra de alumnos de las escuelas participantes.
2. Aplicación de los cuestionarios sobre las actitudes a los niños de la muestra,
3. Realización de video grabación durante los primeros y últimos 20 minutos de cada sesión de aplicación del programa
4. Entrevistas semi-estructuradas a los profesores participantes en la aplicación del programa, durante los tres momentos del proceso: antes de la puesta en marcha del programa, durante el desarrollo del mismo y posterior a la conclusión o cierre del programa.

Estrategias de recolección de datos

Para la evaluación de las actitudes de los niños y el papel del docente como facilitador o elemento motivador en el proceso educativo, se empleó la técnica de triangulación, para lo cual se consideraron tres fuentes importantes de información a saber:

1. Un cuestionario de actitudes que evalúa el grado de aceptación o de rechazo de los pequeños sobre diferentes categorías durante el proceso educativo: A) Aceptación de las actividades realizadas, B) Participación del grupo en las actividades, C) Comprensión del propósito, D) Utilidad de lo aprendido, E) Estructura y organización del cuadernillo y F) Actuación del facilitador.
2. Vídeo-grabación de las sesiones de aplicación del programa en los dos grupos de niños de la muestra estudiada.
3. Entrevistas semi-estructuradas a los profesores participantes en la aplicación del programa, durante los tres momentos del proceso: antes de la puesta en marcha

del programa, durante el desarrollo del mismo y posterior a la conclusión o cierre del programa.

Escenarios e informantes

La aplicación del programa Manual de higiene para niños escolares se llevó cabo en 4 escuelas primarias (Y después se habla de dos escuelas!!) de la Zona Xalapa-Vespertinas que cuentan con los servicios de la USAER (Unidad de servicios de apoyo a la educación regular), dependiente de la Dirección General de Educación Especial del Estado. Dentro de las características de estas escuelas como escenarios educativos, se pueden destacar aquellas que los propios profesores señalan:

Profesor 1: Aún cuando la escuela está ubicada en una zona de clase media alta, asisten muchos niños de pocos recursos económicos, y bueno aún cuando la pobreza no está precisamente relacionada con la salud o con la higiene, pero si observo en la escuela muchos casos de niños, ya sea por falta de conciencia propia o por falta de apoyo de sus padres, sí tienen problemas de higiene, no podría afirmar que se bañan todos los días, hay situaciones en las que se percibe un olor que no es el adecuado o no es el de una persona que se está bañando todos los días, a veces los niños llegan con su ropa sucia, o la repiten de un día para otro, situaciones de este tipo, que están muy relacionadas con el nivel socioeconómico, pero que no forzosamente tiene que ser así. ..Precisamente hace unos días acabamos de detectar a una niña que tenía liendres, se le comenta a la maestra, que ya había platicado con la mamá, pero que no hacía caso, sí es una necesidad apremiante que los niños mejoren sus hábitos de limpieza.

Profesor 2: "A estas escuelas asisten principalmente hijos de familias desintegradas, o bien, son hijos de madres solteras, o no viven ni con su mamá ni su papá, y hay mucho descuido por ese lado por parte de la familia para con los niños, tienen tal vez los conocimientos, pero no tienen el hábito de la higiene o de la salud, en muchos casos".

Sujetos y contextos investigados

Participó un total de 33 escolares del tercer grado de instrucción primaria, además de dos profesores de apoyo, pertenecientes USAER de la Zona Xalapa- Vespertinas, dependiente de la Dirección General de Educación Especial del Estado de Veracruz.

Tiempo y extensión del estudio

El proyecto tuvo una duración aproximada de un año y seis meses, e incluyó: el diseño del libro- texto, la aplicación del programa que tuvo una duración aproximada de cinco meses, con algunos contratiempos; altibajos en el desarrollo de las sesiones debido a las suspensiones de clases por motivos diversos: comisiones sindicales de los profesores y días festivos, entre otros.

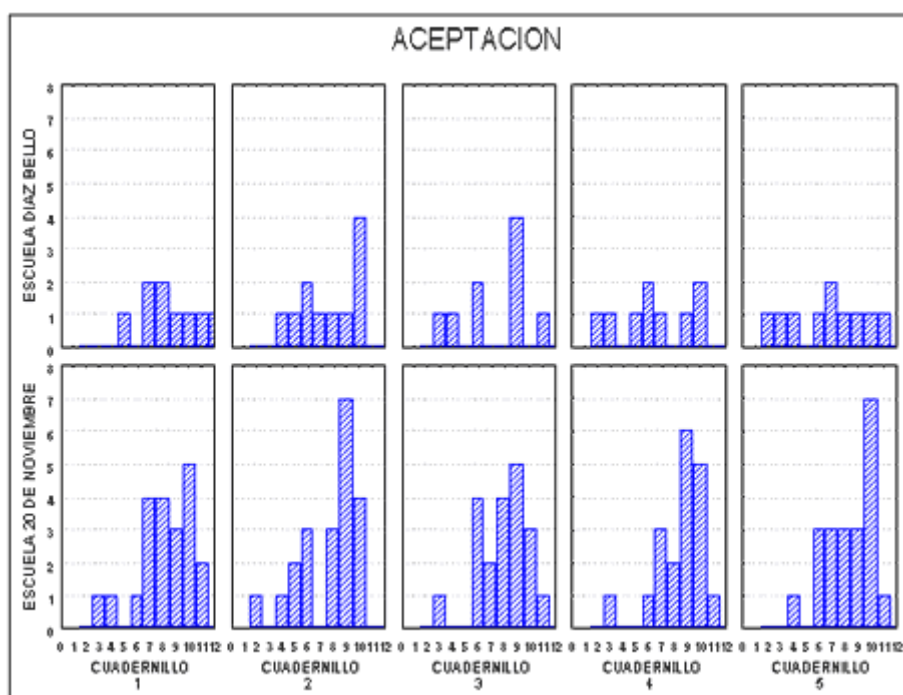
La recolección, selección, codificación y transformación de la información de los datos obtenidos en los cuestionarios de actitudes se realizó en cuatro meses. La codificación e interpretación de las sesiones video grabadas duró tres meses. El procedimiento seguido consistió en que, posterior a la grabación de las sesiones, se observó cada una de ellas y se codificaron los eventos a través de categorías que pudieran permitir la agrupación de las observaciones, esto se realizó mediante dos observadores independientes.

La transcripción de las entrevistas a los profesores, su codificación e interpretación se realizó aproximadamente en tres semanas. Y finalmente, la triangulación e

interpretación de las fuentes de información tomó un mes, en tanto que para la redacción de los artículos que reportan los resultados del estudio, se empleó un mes más.

Resultados de la evaluación de actitudes de los niños sometidos al programa Manual de higiene para niños escolares

A continuación se presentan las gráficas con los resultados de los datos obtenidos en las muestras de las escuelas participantes:



Gráfica 1 - Aceptación de las actividades realizadas. La aceptación se midió en una escala de 0-12, siendo 0 la no aceptación o rechazo y 12 la total aceptación de las actividades. El gráfico muestra los resultados obtenidos para cada cuadernillo en las dos escuelas medidos como frecuencia absoluta. Se observa claramente una mayor aceptación de las actividades (en todos los cuadernillos) en la Escuela 20 de Noviembre.

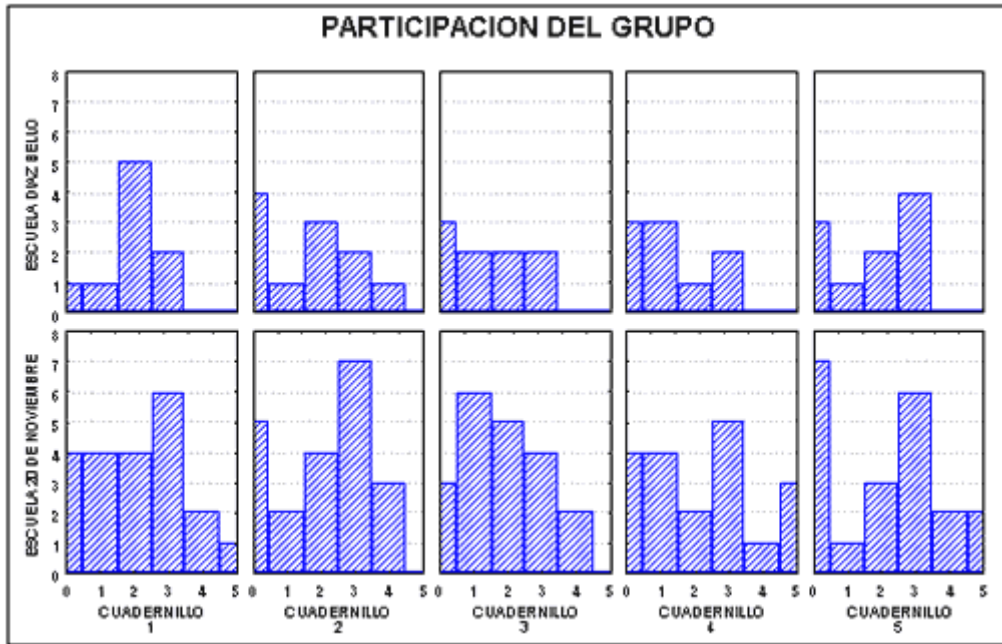


Gráfico 2 - Participación del Grupo en las Actividades. La participación se midió en una escala de 0-5, siendo 0 la no participación y 5 la máxima participación del grupo. El gráfico muestra los resultados obtenidos para cada cuadernillo en las dos escuelas medidos como frecuencia absoluta. Puede apreciarse que para casi todos los cuadernillos la participación del grupo fue mayor en la Escuela 20 de Noviembre que en la Díaz Bello, pues incluso en ésta última no se registraron valores de 5.

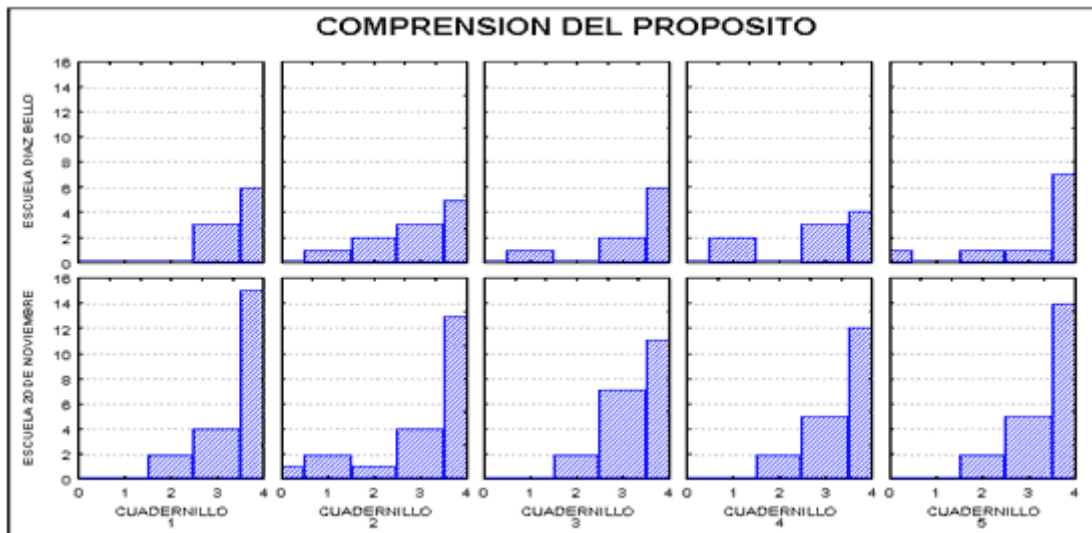
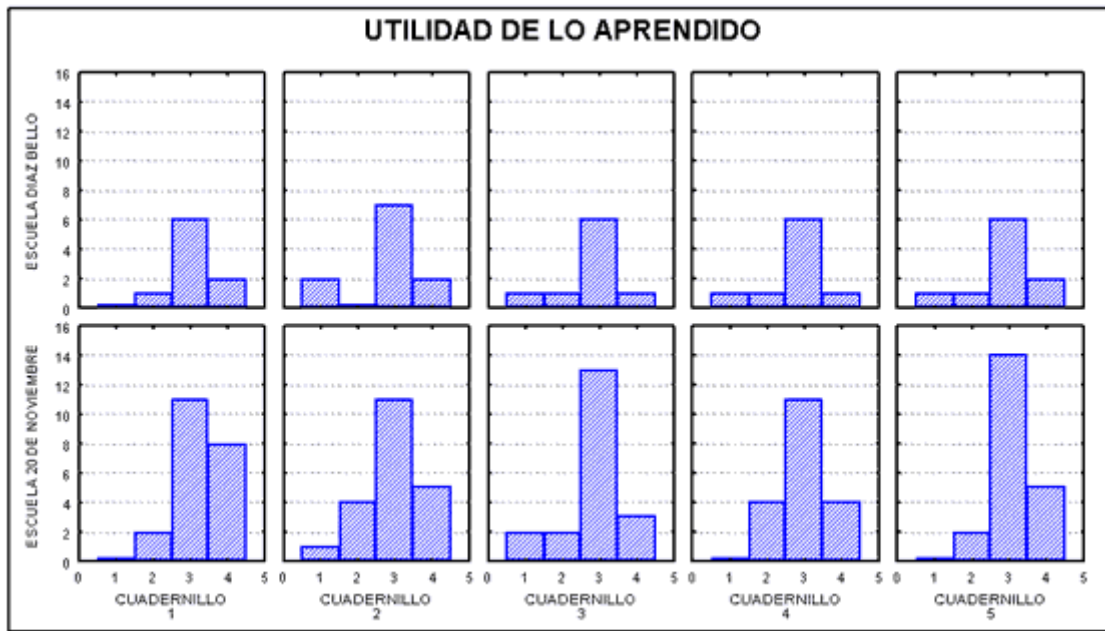


Gráfico 3 - Comprensión del Propósito. Este rubro se midió en una escala de 0-4, siendo 0 la no comprensión y 4 la completa comprensión del propósito. El gráfico muestra los resultados obtenidos para cada cuadernillo en las dos escuelas medidos como frecuencia absoluta. En ambas escuelas se observa una tendencia similar hacia una alta comprensión del propósito de cada cuadernillo, las diferencias que se aprecian en las frecuencias se deben principalmente al número de estudiantes de cada escuela.



Gráfica 4 - Utilidad de lo Aprendido. La utilidad se midió en una escala de 0-4, siendo 0 la no utilidad y 4 la máxima utilidad de lo aprendido. El gráfico muestra los resultados obtenidos para cada cuadernillo en las dos escuelas medidos como frecuencia absoluta. Ambas escuelas presentan tendencias similares en los resultados obtenidos para cada cuadernillo, pues en cada uno de ellos la máxima frecuencia se encuentra en 3, que representan una alta utilidad de lo aprendido en cada cuadernillo.

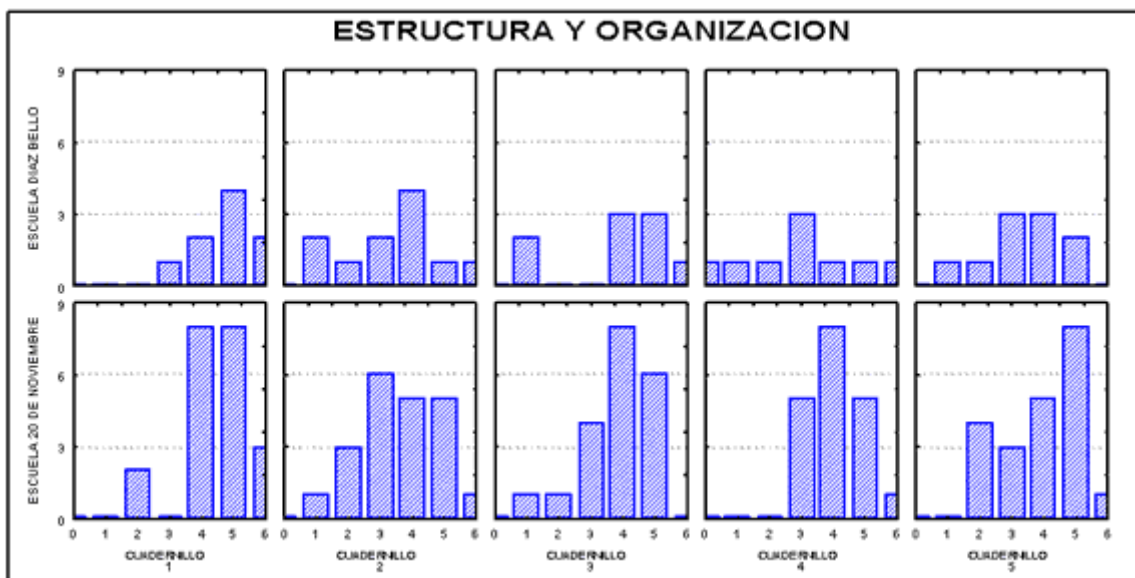


Gráfico 5 - Estructura y Organización del Cuadernillo. Este aspecto se midió en una escala de 0-6, siendo 0 una estructura y organización del material complicada o inadecuada, y 6 el máximo valor para una estructura adecuada. El gráfico muestra los resultados obtenidos para cada cuadernillo en las dos escuelas, medidos como

frecuencia absoluta. Como puede apreciarse en la Escuela Díaz Bello los valores para esta categoría se encuentran alrededor del 4 para casi todos los cuadernillos, mientras que en la Escuela 20 de Noviembre la evaluación es un poco más alta, alrededor de 4 y 5. Vale la pena destacar la baja o nula frecuencia en ambas escuelas para los valores bajos (0-2).

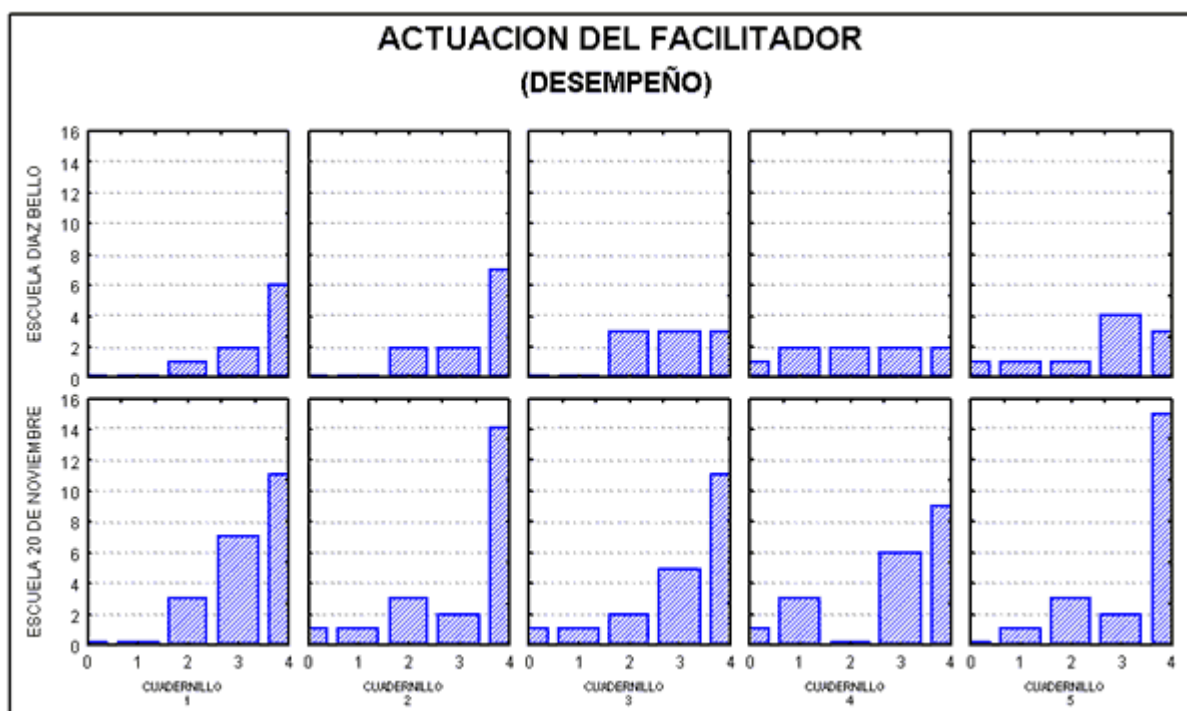


Gráfico 6 - Actuación del Facilitador. Este aspecto se midió en una escala de 0-4, siendo 0 un pobre desempeño del facilitador y 4 el máximo valor para el desempeño del mismo. El gráfico muestra los resultados obtenidos para cada cuadernillo en las dos escuelas, medidos como frecuencia absoluta. Como puede apreciarse en la Escuela Díaz Bello, los valores para esta categoría varían dependiendo del cuadernillo del que se trate, lo cual podría indicar un mayor dominio del facilitador en determinados temas y por consiguiente un mejor desempeño. Por otro lado, en la Escuela 20 de Noviembre los resultados son un poco más constantes, obteniendo las mayores frecuencias para todos los cuadernillos en el valor de 4, que indica el mejor desempeño del facilitador.

En otra parte del estudio se procedió a realizar una categorización de las observaciones realizadas durante la aplicación del programa (video grabaciones). Las categorías analizadas fueron:

- A. Escenarios de enseñanza, b) interacción con el alumnado, c) articulación de los contenidos, d) participación del grupo, e) aceptación de las actividades, f) interacción al interior grupo y del grupo con el profesor.

Tanto la categorización como el análisis fueron llevadas a cabo por dos observadores independientes.

En cuanto a los escenarios de enseñanza, en ambas escuelas la aplicación del programa se realizó en aulas de tamaño regular, bien iluminadas. En la primera de ellas, el espacio era mayor, y a pesar de que el grupo era relativamente grande (22 alumnos), el espacio estaba distribuido de manera estratégica para facilitar el aprendizaje, los alumnos se sentaban en pupitres de madera, y el espacio era suficiente para que los niños se desplazaran. El material didáctico estaba guardado en gavetas, en un librero y en unas cajas de madera que, por lo general, se encontraban en sus mesas de trabajo, había un escritorio para el profesor, dos pizarrones, uno frente a los alumnos y otro en la parte posterior del aula. En cuanto al aula de la escuela Díaz Bello, los alumnos se sentaban en mesa-bancos, la clase estaba compuesta por 11 niños, por lo tanto, muchos mesa-bancos estaban desocupados, eso permitía que el espacio para moverse dentro del aula fuera mayor. Del lado izquierdo había un librero, una mesa y una gaveta. Bajo la ventana derecha había una gaveta y un garrafón de agua, el pizarrón se encontraba en la parte delantera del aula, y en la parte posterior había unas láminas de papel, con temas escritos.

Las condiciones de ambas aulas fueron las mismas desde el inicio hasta la finalización de la aplicación del Manual de Higiene, cada grupo trabajó siempre en la misma aula, no hubo ningún cambio en la ubicación del mobiliario (pizarrón, pupitres, escritorio y libreros) y materiales didácticos, los alumnos generalmente se sentaban en los mismos lugares a menos que el profesor decidiera cambiarlos por algún motivo de distracción o indisciplina.

Con respecto a la actuación de los profesores, se considera que ésta fue fundamental para el desarrollo del programa, ya que la forma de conducir la clase, la disciplina que imponían, la interacción maestro-grupo, el manejo de los contenidos y los mensajes y retroalimentación (motivación) proporcionada a los alumnos, entre otros elementos, fueron básicos para que se facilitara un aprendizaje significativo. Por ello, puede decirse que el papel del profesor como mediador del proceso enseñanza-aprendizaje fue primordial para el desarrollo del programa, ya que las diversas tareas que asumió durante el proceso de enseñanza-aprendizaje y la forma en como las realizó, tuvieron un impacto en el aprendizaje de los alumnos. Asimismo, cada uno de los profesores se vio en la necesidad de aplicar estrategias de enseñanza encaminadas a mantener la atención e interés de sus alumnos, tomando en cuanto su estilo personal de enseñanza, el tamaño del grupo y las características comportamentales de sus alumnos. Debe considerarse en todo momento que el grupo de la escuela 20 de Noviembre tenía el doble de alumnos que el de la escuela Díaz Bello.

El profesor de la escuela 20 de noviembre en ocasiones tomaba una actitud rígida, ya que por momentos el grupo se le salía de control; no obstante, utilizaba medios didácticos para atraer la atención de sus alumnos, como cuando usaba cartulinas de colores para escribir los conceptos principales del tema en cuestión, lo cual resultaba atractivo para los alumnos, en tanto que, el profesor de la escuela Díaz Bello se mostraba más pasivo, sólo le llamaba la atención a unos cuantos alumnos, en cuanto al uso de medios didácticos, a menudo empleaba ejemplos de la vida cotidiana, para que los alumnos captaran mejor los temas; sin embargo, empleaba pocos materiales didácticos.

En cuanto al manejo de los contenidos temáticos, el profesor de la 20 de noviembre, por lo general, manejaba contenidos de tipo conceptual, mencionaba las definiciones de salud, saludable, higiene, etc. y, a través de una breve discusión, el grupo construía sus propias definiciones o conceptos de salud, saludable o higiene. Para reafirmar los conceptos, utilizaba actividades de tipo procedimental (ejemplificaba cómo y cuándo lavarse las manos), los ejercicios

procedimentales también los utilizaba para explicar la actividad del día. La aceptación de los niños hacia estas actividades era alta, la participación de los alumnos se daba al inicio por asignación, pero después los niños tomaban la palabra y la participación se daba por iniciativa propia.

Por el contrario, el profesor de la escuela Díaz Bello mostró marcadas diferencias en el manejo de su grupo, así como en las estrategias motivacionales que utilizó para atraer la atención e interés de los alumnos, tanto en lo relativo a su actuación dentro de la clase, como en el manejo de los contenidos temáticos. Este maestro manejaba principalmente contenidos de tipo conceptual, y los saberes expresados al interior de las sesiones, generalmente eran ejemplos dados por él. No obstante, la aceptación de las actividades por parte de los niños oscilaban de baja a media o media alta. La participación de los niños se daba fundamentalmente por asignación del profesor y ocasionalmente por iniciativa de los propios alumnos. Es importante mencionar que la participación era controlada por el profesor, ya que el grupo tomaba una actitud pasiva. En lo referente a la interacción de los alumnos con el resto del grupo y/o con el profesor, el grupo tendía a mantener una muy pobre interacción entre sí, ya que trabajaban de manera individual, y el profesor no les permitía hablar entre ellos, no dejaba que el grupo se saliera de control ni un instante. La relación del profesor con los alumnos en las primeras sesiones era tensa, pues tomaba actitudes autoritarias. Posteriormente, a medida que avanzaba el desarrollo del programa, la interacción maestro-grupo, se tornó mas relajada en comparación a las primeras sesiones, el profesor ya no se mostraba tan autoritario como al principio, en general la interacción se mantenía en niveles aceptables y equitativos, ya que trataba a todos los alumnos de igual manera.

Con relación al manejo de los contenidos temáticos, el profesor de la escuela Díaz Bello utilizaba en las sesiones actividades de tipo procedimental y actitudinal, ya que explicaba por qué y cómo debían de cuidar la limpieza de su cuerpo y de los alimentos que comen.

Por otra parte, de las entrevistas realizadas a los profesores, se tomaron datos significativos correspondientes a los tres momentos de la instrumentación del programa: antes, durante y después de su aplicación, a continuación se presentan algunos cuadros comparativos con las categorías valorativas de los profesores hacia diversos aspectos del programa "manual de higiene para niños escolares

Tabla 1 - Codificación correspondiente a las entrevistas antes de la puesta en marcha del programa / Profesor 1. Escuela 20 de Noviembre

Preguntas	5	6	7	8
Pregunta	Percepción del programa	Opinión acerca de los libros	Expectativas sobre el Manual de Higiene	Percepción sobre los hábitos de higiene de sus alumnos
Profesor 1	A	A	A	B

A. Aceptación palabras como: importante, bueno, valioso, interesante, aceptable, favorable.

B. Rechazo: Falta de conciencia, problemas de higiene, malos hábitos, inadecuados, etc.

Tabla 2 - Profesor 2. Escuela Francisco Díaz Bello

Preguntas	6	7	11	12	13
Pregunta	Hábitos de higiene de los alumnos	Opinión acerca de los libros	Expectativas sobre el manual	Resultados con otros programas	Percepción del manual
Profesor 2	B	A	A	B	A

A. Aceptación palabras como: importante, bueno, valioso, interesante, favorable, aceptable.

B. Rechazo: Falta de conciencia, problemas de higiene, malos hábitos, inadecuados, etc.

Tabla 3 - Codificación correspondiente a la entrevista sobre la marcha del programa. Profesor 1. Escuela 20 de Noviembre

Preguntas	1	2	3	4
Pregunta	Opinión sobre los cuadernillos (Presentación y contenido)	Manejo y aplicación de los cuadernillos	El interés de los niños	Cambios percibidos en los alumnos
Profesor 1	A	A	A	A

A. Aceptación palabras como: importante, buena, valiosa, interesante, adecuada,

B. Rechazo: Falta de conciencia, problemas de higiene, malos hábitos, inadecuados, etc.

Tabla 4 - Profesor 2. Escuela Francisco Díaz Bello

Preguntas	1	2	3	7	5
Pregunta	Conductas de los niños con respecto al programa (emociones, actitudes)	Le apporto algo el programa	Inclusión del programa dentro del mapa curricular	Comentarios finales y conclusión del programa	Cumplimiento de los objetivos del programa
Profesor 2	A	A	A	A	A

A. Aceptación palabras como: importante, buena, valiosa, interesante, adecuada.

B. Rechazo: Falta de conciencia, problemas de higiene, malos hábitos, inadecuados, etc.

Tabla 5 - Codificación correspondiente a la entrevista al término del programa. Profesor 1. Escuela 20 de Noviembre

Preguntas	2	3	4	5	6
Pregunta	Conductas de los niños con respecto al programa (emociones, actitudes)	Cumplimiento de los objetivos del programa	Le apporto algo el programa	Inclusión del programa dentro del mapa curricular	Comentarios finales y conclusión del programa
Profesor 1	A	A	A	A	A

A. Aceptación palabras como: importante, bueno, valioso, interesante, adecuado.
 B. Rechazo: Falta de conciencia, problemas de higiene, malos hábitos, inadecuados, etc.

Tabla 6 - Profesor 2. Escuela Francisco Díaz Bello

Preguntas	1	2	3	7	5
Pregunta	Conductas de los niños con respecto al programa (emociones, actitudes)	Le apporto algo el programa	Inclusión del programa dentro del mapa curricular	Comentarios finales y conclusión del programa	Cumplimiento de los objetivos del programa
Profesor 2	A	A	A	A	A

A. Aceptación palabras como: importante, bueno, valioso, interesante, adecuado.
 B. Rechazo: Falta de conciencia, problemas de higiene, malos hábitos, inadecuados, etc.

Conclusiones

Las gráficas, las tablas y los demás datos obtenidos en el estudio, muestran en términos generales que:

En las categorías exploradas: A) Aceptación de las actividades realizadas, B) Participación del grupo en las actividades, C) Comprensión del propósito, D) Utilidad de lo aprendido, E) Estructura y organización del cuadernillo y F) Actuación del facilitador, el grado de aceptación de los niños sometidos al programa Manual de Higiene para niños escolares fue bastante aceptable, ya que para los pequeños las actividades de los cuadernillos resultaron interesantes y atractivas, manifestaron además que su grupo participaba con entusiasmo en la ejecución de las tareas y casi todos ellos percibieron que comprendían el propósito de lo aprendido. De igual manera, mencionan que encontraron de utilidad y provecho la información recibida, asimismo, la estructura y la organización del cuadernillo fue bastante bien valorada y apreciada por los niños de la muestra.

Por otra parte, puede decirse que las diferencias en cuanto a lo aprendido o la valoración misma que los pequeños hacían de las actividades y ejercicios, es decir, sus actitudes de aceptación o de rechazo al proceso de aprendizaje de los contenidos, estuvo íntimamente relacionada con el papel del profesor como mediador, ya que el profesor es el responsable de guiar a los alumnos en la realización de las actividades establecidas en cada sesión, de acuerdo con los contenidos contemplados para cada una de ellas, revisando el cumplimiento de las mismas, retroalimentando a los alumnos sobre sus respuestas o participaciones, informándoles sobre las tareas desarrolladas por ellos, dándoles una respuesta o un comentario de carácter positivo o alentador. En este sentido puede decirse que la labor del profesor fue determinante en la construcción del conocimiento por parte del alumno, así como en la promoción de actitudes favorables o de aceptación hacia lo aprendido.

En suma, puede decirse en cuanto a la actuación del profesor como facilitador, que se observaron diferencias entre ambas escuelas, resultando que el profesor de la escuela 20 de noviembre fue percibido por los niños como más activo, entusiasta y claro en las instrucciones y conducción del grupo, en tanto que el profesor de la escuela Díaz Bello no fue valorado por sus alumnos de la misma manera. Lo cual permite reafirmar la suposición inicial del estudio, en el sentido de que las actitudes de los niños escolares ante la valoración de una tarea, está en estrecha relación con el papel del profesor como facilitador, que mediante el empleo de estrategias motivacionales puede favorecer u obstaculizar la adquisición de ciertos contenidos y habilidades de aprendizaje, como fue el caso de la aplicación de este Manual de Higiene para niños escolares.

Por último, con base en los resultados obtenidos se puede decir que el programa Manual de higiene para niños escolares es una herramienta útil para la enseñanza de la educación para la salud, ya que la forma en que presenta los temas de la higiene del cuerpo, de los alimentos y de la salud, pueden ser incorporados como tópicos accesibles a los niños de educación básica, de manera que podría recomendarse como libro auxiliar en la enseñanza de la higiene en la educación primaria básica, siempre y cuando los profesores que lo utilicen sean previamente capacitados en su uso y manejo.

Referencias

Alonso Tapia (1995) *Motivación y aprendizaje en el aula. Cómo enseñar a pensar*. Madrid: Santillana.

Braten, I. y Olaussen (1998). *The relationship between motivational beliefs and learning strategy use among Norwegian College students*. *Contemporary Educational Psychology* 23, 182-194.

Costa, M. Y López, E. (1998): *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Eagly y Chaiken (1998:1). Attitude structure and function. En D. Gilbert, S. Fiske y G. Lindzey (Eds). *Handbook of Social Psychology*, 17, pp. 267-359.

Morales, J. F; Reboloso, E. Y Maya, M. (1999). Actitudes. En J F. Morales et al., *Psicología social*. Madrid: McGraw- Hill.

Navarro Jurado, A. (1998) *La acción educativa: entre la utopía y la realidad*. Lección inaugural del Curso Académico 1998-99. Burgos: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Burgos.

Organización Mundial de la Salud (1998) *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra: Autor.

Perea Quesada, R. (1997) ¿Qué es la educación para la Salud? En: Perea Quesada, R. (Dir.): *Fundamentos y Justificación de la Educación para la Salud* (pp. 11-44). Curso de Especialización Universitaria en España. Madrid: U.NE.D.-F.U.E.

Printich, P (2000) The role of goal orientation in self-regulated learning. En M. Boekaerts, P. Printich y M. Zeidner (Comps.), *Handbook of Self-regulation*. San Diego: Academic Press.

Salleras, L. (1990). *Educación Sanitaria. Principios. Métodos. Aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos, S.A. (2º reimpresión; 1º edición 1985).

Vázquez, A. Y Manassero, M. A. (1998b). Una propuesta de modelo integrado de aprendizaje como cambio conceptual, metodológico y actitudinal. En E. Banet y A. de Pro (Coords.): *Investigación e innovación en la Enseñanza de las Ciencias. Vol. I*, (pp. 148-158). Murcia: DM.

EVALUACIÓN DE LA PERMANENCIA DE LOS PADRES EN UN PROGRAMA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO SANO

Poncelis, M., Alvarado, I. Huitrón, B.

Clínica Universitaria de la Salud Integral
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

El desarrollo de los niños es un tema que poco a poco va tomando más auge, sobre todo por la importancia que tiene respecto a la prevención del retardo en el desarrollo. Día a día se habla más de centros y programas de estimulación temprana, lo cual en muchos sectores de la sociedad es una moda. Sin embargo, va más allá de eso, pues el hacer una evaluación del desarrollo y emplear ciertas acciones preventivas, llevan a un óptimo desarrollo del niño, potencializando todas sus capacidades.

El desarrollo de un bebé está marcado por varios ejes: el orgánico, el psíquico y el cultural. La interrelación de los mismos constituye la base de sustentación para el desarrollo en las diferentes áreas: psicomotriz, cognitiva, comunicación y lenguaje, emocional y social.

Actualmente se reconoce que el desarrollo del cerebro antes del primer año de la vida es mucho más rápido y extenso de lo que antes se conocía y de que es más sensible a los factores del medio ambiente. Esto hace que las condiciones a las cuales el recién nacido se ve sometido, van a tener un efecto inmediato en esta rapidez y sensibilidad del cerebro, y como consecuencia, en las cualidades y funciones psíquicas subsecuentes. Si las condiciones son favorables y estimulantes, esto tendrá repercusiones inmediatas en el aprendizaje y desarrollo, si son desfavorables o limitadas, actuarán de manera negativa, perjudicando dicho aprendizaje y desarrollo, a veces de forma irreversible. La plasticidad del sistema nervioso en el contexto de la estimulación temprana constituye el fundamento de las inmensas posibilidades del desarrollo infantil, pues a medida que el niño madura, ocurre un proceso de diferenciación cerebral que resulta del crecimiento y desarrollo en sí mismo, pero también como producto de la estimulación y el desarrollo de los procesos de aprendizaje, los cuales parecen jugar un papel en la determinación del tipo de organización cerebral que sustentan ciertas aptitudes intelectuales (Grenier, 2001). Es por ello que es necesario aceptar y dar importancia a la detección temprana de las posibilidades de desarrollo, así como la puesta en práctica de los sistemas de intervención que lo propician.

En la ciencia se ha llegado a demostrar la existencia y la presencia de factores de tipo endógenos y exógenos determinantes del desarrollo y que se interrelacionan dialécticamente. Factores endógenos como la herencia, los procesos de mielinización y sinapsis, así como la plasticidad del sistema nervioso, resultan ser los más relevantes. Dentro de los factores exógenos, se puede decir que las más importantes actividades mentales resultan del desarrollo social del niño, es decir, sobresalen las relaciones del infante con el mundo adulto y con los objetos que le rodean, a partir de los que va aprendiendo y desarrollándose.

A través del transcurso del tiempo y de los resultados obtenidos en diversas investigaciones, haciendo énfasis en la importancia que tiene el desarrollo del niño, ha sido necesario diseñar y promover técnicas para ayudar a que él desarrolle todo

su potencial físico y psicológico desde su nacimiento, pues es evidente que la intervención comienza cuando se detectan déficits tanto físicos como mentales.

Inicialmente los programas de estimulación temprana se crearon ante la necesidad de tratar niños con desviaciones del desarrollo por presentar lesiones en su cerebro; más tarde los programas se ampliaron a los niños que por sus condiciones biológicas o psicosociales tuvieran riesgo de presentar alteraciones en su desarrollo, es decir, los programas de estimulación temprana se crearon con fines preventivos y de tratamiento. En los últimos años, estos programas han sido útiles también en niños normales para mejorar su nivel de desarrollo, aunque no es una indicación necesaria (Ochoa, 2001).

Los más eficaces programas de desarrollo del niño en la primera infancia son integrados y multidimensionales, y fomentan la buena salud, la nutrición, su capacidad cognoscitiva, social y emocional. Reflejan los valores culturales y están fuertemente enraizados en las familias y las comunidades, aunando lo que se conoce acerca de los mejores ámbitos para un óptimo desarrollo en la infancia con la comprensión de las prácticas tradicionales de crianza del niño (UNICEF, 2001).

Los padres y madres de todo el mundo, así como también especialistas, han creado modalidades innovadoras para ayudar a que los niños crezcan y se desarrollen. Se ha destacado la importancia de la buena higiene y de las prácticas de saneamiento, de la nutrición suficiente, de las experiencias adecuadas de alimentación, la inmunización, la vigilancia del crecimiento, el estímulo psicosocial de las discapacidades y las intervenciones tempranas. Más que limitarse a identificar y reparar deterioros, se procura incrementar las habilidades, fortalezas, recursos y capacidades de afrontamiento de los niños (Ortiz, 2000).

La técnica conocida como "Estimulación Temprana", es definida por el Dr. Hernán Montenegro (1978) como: "el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuadas y en el contexto y situaciones de variada complejidad que generen en el niño cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo" (pág. 12). Por lo tanto un elemento central lo constituyen los padres, es decir, no es posible delegar a las instituciones educativas la formación de los niños, debido a que los padres cumplen en este sentido un papel fundamental en que debe adquirir un mayor compromiso y protagonismo ante las demandas de sus hijos, pues en las acciones que ejerzan en este momento descansará el desarrollo futuro de los pequeños que formarán la sociedad del mañana. Es importante no perder de vista que los dos primeros años de vida del niño se caracterizan por el crecimiento acelerado y un proceso de maduración continuo, pues si en este período se interviene de manera temprana se verán mayores resultados favorables en el desarrollo del pequeño (Reyes, 1997).

Las posibilidades del desarrollo infantil pueden ser aprovechadas sustancialmente si se trabaja con los padres de familia y otros adultos que interactúan directamente con el niño o la niña en el medio en que nace. La madre es quien generalmente prioriza esta mediación, y bien orientada, puede resultar un agente muy significativo en la calidad del desarrollo de sus hijos. De la calidad de la relación de la madre y otros adultos que establecen relación con el niño en el medio familiar, y de cómo organizan sus interacciones, ha de depender en mucho la calidad de las destrezas comunicativas, cognoscitivas y sociales del niño. Este tipo de comunicación sienta las bases para la formación de comportamientos, conocimientos, hábitos y habilidades sociales, emocionales e intelectuales, que a su

vez, posteriormente incidirán en su conjunto en la formación de normas y valores (Eming, 2001).

En general se considera que es importante mantener informados a los padres o a las personas que estén relacionados con el cuidado del infante sobre los problemas que pueden presentarse si el niño no es estimulado adecuadamente.

Por otra parte, es necesario señalar que en todos los casos se requiere un diagnóstico e intervención temprana del pediatra, la colaboración y participación de los padres y un equipo interdisciplinario especializado en desarrollo infantil.

Los programas de desarrollo del niño en la primera infancia han salvado millones de vidas y mejorado millones de muchas otras. Casi no se cuestiona que las acciones tempranas relativas a la salud y la nutrición en la vida del niño o en la vida de la madre representan una notable diferencia en cuanto a la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño a largo plazo (UNICEF, 2001).

Los programas de desarrollo para la primera infancia deben tener un sistema de estudios bien definido – concebido para promover el desarrollo del niño – basado en modelos validados, que hagan hincapié en la elección, toma de decisiones y el aprendizaje activo de parte del infante. Los programas estructurados tienen la ventaja adicional de que pueden ser evaluados sobre la base de las normas existentes para determinar la interacción y las actividades para lactantes, pudiendo aplicarse a otros programas los métodos que han demostrado tener éxito en el campo (Eming, 2001).

Es importante resaltar que la vigilancia del desarrollo infantil permite prevenir retrasos en el desarrollo y la posibilidad de que los niños sufran discapacidades. En programas de desarrollo infantil temprano, la evaluación continua es una necesidad. En general, un programa de seguimiento puede abarcar tres tipos de actividades (Vidal, 1997): valoración, seguimiento e intervención.

Cuando se enseña a los padres y las madres acerca de las situaciones específicas que se presentan en las etapas fundamentales y que es posible pronosticar en la vida del pequeño, son ellos quienes pasan a constituir la primera defensa de los niños en situación de riesgo. Cuando se detecta precozmente un retraso, se les proporciona a los niños de corta edad ciertas actividades que estimulen su desarrollo. Los padres aprenden a jugar y relacionarse con sus hijos en el hogar y a ayudarles a mantener los adelantos que logren.

Los padres, especialmente los jóvenes o inexpertos, suelen desconocer las necesidades fundamentales de un niño pequeño y las muchas formas simples de satisfacerlas. En muchos casos reciben sus primeras lecciones para la atención constructiva del niño por medio de los programas de desarrollo para la primera infancia (Eming, 2001). Los padres deben tomar conciencia de su papel vital en el desarrollo de sus hijos, por lo que la información-formación, se convierte en un propósito de los programas para el desarrollo de la primera infancia.

En este trabajo el papel de los padres y la atención que tengan hacia sus hijos, es un factor determinante, pues es a partir del interés y la información que se tenga del desarrollo del niño, que ellos acuden a un programa de seguimiento. Así pues, surgen las preguntas ¿qué factores determinan el que un padre/madre asista a un programa de seguimiento? ¿Qué los hace seguir en él? ¿Qué los hace interrumpir y ya no asistir? ¿Qué importancia tiene para ellos el desarrollo en el niño? ¿Qué tan informados están respecto a esto?

No se encontró bibliografía que contestara certeramente estas preguntas, ya que se habla mucho de desarrollo infantil, de la estimulación y del papel de los padres en el desarrollo; sin embargo, no se abunda en el tema de las razones que tienen para interesarse en el desarrollo del pequeño y de asistir a los programas de estimulación temprana. Es por ello que en el presente trabajo nos interesamos en el análisis de tal situación, teniendo como objetivo, analizar los factores que intervienen en la permanencia de los padres en el Programa "Detección e Intervención Temprana de Alteraciones del Desarrollo del Niño de 1 a 24 meses de edad" de la Clínica Universitaria de la Salud Integral de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Este proyecto inició en julio de 1992 y consta de tres niveles de trabajo: servicio, docencia e investigación. El objetivo general del *servicio* es realizar el control y seguimiento del niño sano, a partir del primer mes de vida hasta los dos años de edad, a fin de detectar y atender tempranamente problemas de salud, retrasos y/o alteraciones del desarrollo. El procedimiento del programa de seguimiento denominado Neurología Pediátrica y Desarrollo, incluye una entrevista socioeconómica y medico-psicológica para abrir expediente, en cada sesión se toman medidas antropométricas (peso, talla y perímetro cefálico). Se aplican tres instrumentos de tamiz para la detección de alteraciones neuropsicológicas: *Prueba de escrutinio del desarrollo de Denver II*; *Evaluación del desarrollo del niño de 1 a 24 meses de Benavides* y *la Valoración de reflejos y reacciones del desarrollo* (mensualmente durante el primer año de vida y trimestralmente hasta los 24 meses de edad). Una vez concluida la evaluación, se les informa a los padres los resultados y se les dan indicaciones específicas acerca de cómo estimular el desarrollo del niño en el hogar. El pediatra realiza la historia clínica pediátrica y cuando el bebé cumple 5 meses se inicia el seguimiento optométrico en la Clínica de Optometría y cuando aparece el primer diente, comienza el seguimiento odontopediátrico. Ambos incluyen la participación activa de los padres. En los casos en que el niño presenta un diagnóstico "anormal", el equipo multidisciplinario (psicólogos, neurólogo y pediatra) analizan las alternativas de atención y de ser necesario, se canaliza a la familia a centros especializados y se continúa con el seguimiento.

Método

Población:

Con base en los expedientes y los datos recabados en el proyecto *Detección e intervención temprana de alteraciones de desarrollo de 1 a 24 meses*, se seleccionó a la muestra con los siguientes criterios: a) Aquellos niños que ingresaron antes del año 2001 cuya edad fuera de 6 meses o menor, b) Aquellos que asistieron *seis veces o más* de manera regular o irregular al programa, siendo estos considerados parte del grupo de padres que permanecieron en el programa, c) Aquellos que asistieron *cinco veces o menos* de manera regular o irregular, considerados para el grupo de padres que interrumpieron o abandonaron el programa. Se seleccionó una muestra de 172 niños, lo que representa aproximadamente el 20% de la población total dentro del servicio de 800 niños, resultando que el primer grupo tuvo 89 niños (padres que permanecieron en el programa) mientras que el segundo grupo constó de 83 niños (padres que interrumpieron el programa). La muestra se obtuvo a través de un muestreo por cuotas (no probabilístico), donde se clasificó a la población en cada uno de los grupos de acuerdo con los criterios o características antes mencionadas. Sin embargo, sólo se aplicaron 100 cuestionarios, 50 a cada grupo, debido principalmente a que los teléfonos proporcionados por los padres ya no existen, por cambio de residencia o por que no se les pudo localizar en el transcurso del día, así como por estar suspendidos los teléfonos por falta de pago.

Instrumentos

Se empleó un cuestionario similar para ambos grupos excepto en la pregunta número dos que investiga las razones que tienen los padres para seguir acudiendo al servicio en el caso del primer grupo o para abandonar el programa en el caso del grupo dos. Este cuestionario constó de dos partes: en la primera se obtuvo información principalmente de los expedientes de acuerdo con las características de los participantes, y en la otra se obtuvo información relativa al programa. Al final de la aplicación se categorizaron las respuestas, para hacer más sencillo el análisis de la información.

Procedimiento

Se utilizó un estudio observacional donde se compararon dos grupos a través de un cuestionario para cada uno. Se realizó la captura de datos con base en las hojas de control que se llenan en el servicio, concentrando la información de los años 1997 al 2001. A partir de ahí se realizó un conteo de las ocasiones en que cada uno de los niños acudió al servicio. Se descartaron aquellos que no habían ingresado a los 6 meses o antes. Una vez identificada la población, se obtuvieron los teléfonos y el nombre de la persona responsable de cada uno de los niños, para después poder contactarlos. Posteriormente se realizaron las entrevistas vía telefónica de acuerdo con un texto especificado. Los datos se analizaron de manera descriptiva a través del programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 8.0

Resultados

En cuanto a las características de la población, en este estudio se consideran las siguientes: sexo de los niños que asistieron, número de veces que acudieron al programa, edad de ingreso, año de ingreso, estado civil de los padres, tipo de familia, años de estudio de mamá y del papá. Se aplicaron los cuestionarios principalmente a las madres y abuelas de los niños. De los 50 participantes entrevistados del grupo que asistió, 22 eran familiares de *niños* que asistieron al programa y 28 eran familiares de *niñas*. Y en el caso de los 50 participantes entrevistados del grupo que abandonó el programa, 28 eran familiares de *niños* y 22 eran familiares de *niñas*. Del grupo que asistió continuamente al programa, sólo un 34% de los 50 participantes, es decir 17 niños, asistió 6 veces, mientras el número de veces que los demás asistieron oscila entre las 7 y las 18 veces, situación que se puede observar en la figura 1.

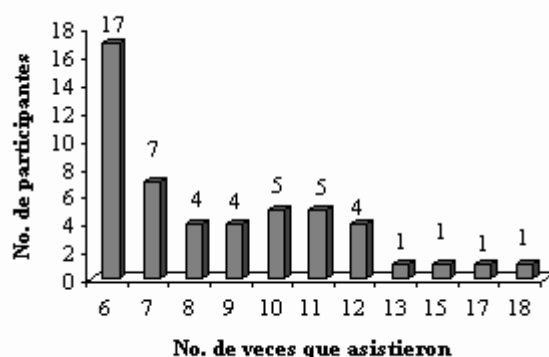


Figura 1. No. de veces que participaron en el servicio el grupo de padres que asistió continuamente

Mientras que el grupo que no continuó en el programa, se puede observar en la figura 2, que está un poco más proporcionado en cuanto al número de veces que asistieron. Por ejemplo, un 24% de los 50 participantes de este grupo asistió 3 veces, otro 24% asistió 4 veces y un 22% asistió sólo una vez.

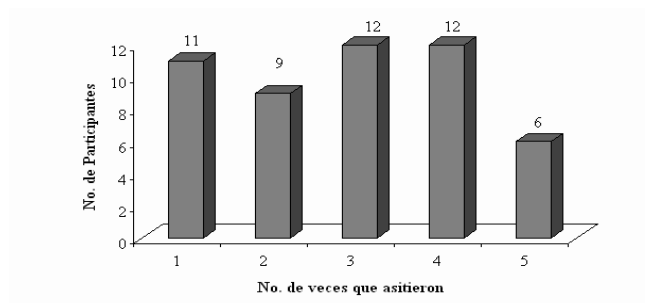


Figura. 2. No. de veces que asistieron los padres al servicio del grupo que no continuó en el programa.

En cuanto a la edad de ingreso al programa, un alto porcentaje acudió a partir del tercer mes de edad para ambos grupos. En el caso del grupo que continuó en el servicio, los datos oscilan en su mayoría entre los 2, 3 y 4 meses. Es decir, un 18% del grupo ingresó al segundo mes, un 24% al tercer mes y un 22% al cuarto mes.

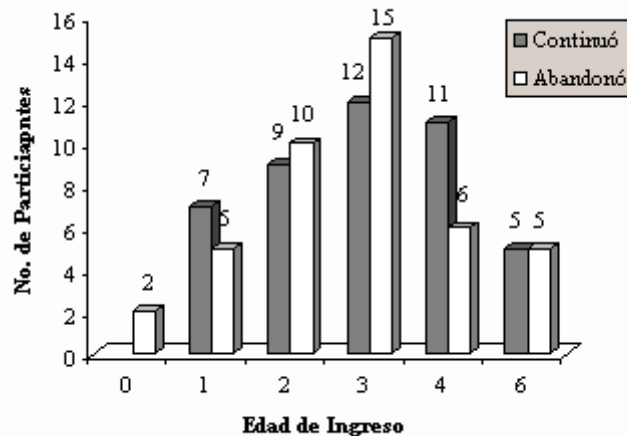


Figura 3. Edad de ingreso de los participantes de ambos grupos

Como se puede observar en la figura 3, en el grupo que abandonó el programa, gran parte de los participantes ingresó entre los dos y los tres meses, así pues, un 20% ingresó al segundo mes y un 30% ingresó al tercer mes.

Respecto al Estado Civil de los padres un gran número de ellos están casados por lo civil y por la Iglesia. Resultando que el 56% de los padres del grupo que abandonó, tienen matrimonio civil y religioso mientras que el 46% de los padres del grupo que permaneció en el programa, tienen esta misma condición de matrimonio. En segundo lugar resulta que 26% del grupo que continuó y 22% del grupo que abandonó, también están casados pero sólo por lo civil. Y aunque existen casos de unión libre, de separación y madres solteras, éstas últimas representan una minoría en la muestra.

Referente al tipo de familia, se encontró que no existen diferencias importantes en ambos grupos, ya que tanto el grupo que asistió continuamente como el que abandonó, tienen en su mayoría un tipo de familia nuclear integral. Obteniendo que el 52% del grupo que continuó y 60% del grupo que abandonó tienen este tipo de familia. (ver figura 4).

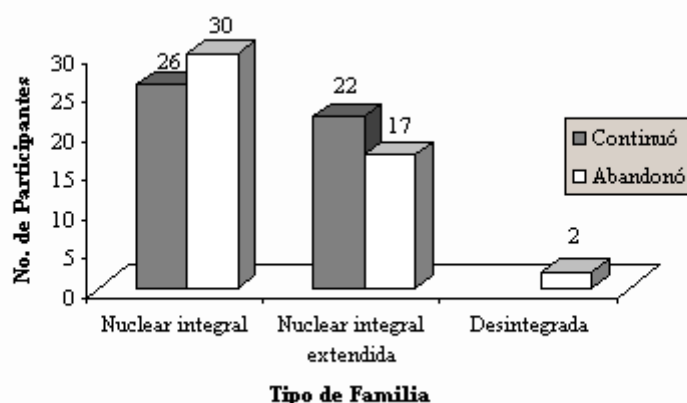


Figura 4. Tipo de familia de los participantes de cada grupo

La mayor parte de los participantes que faltan tienen un tipo de familia nuclear integrada extendida, resultando que el 44% del primer grupo y el 34% del segundo grupo pertenecen a este tipo de familias.

En el número de años de estudios de mamá y de papá, tampoco hay diferencias importantes en ambos grupos. Como se puede ver en la figura 5 y 6, un gran número de padres y madres de ambos grupos han terminado la preparatoria (12 años de estudio) o la licenciatura (16 años). Sin embargo, cabe destacar que en el caso de las mamás (figura 6), es mayor el número de participantes que

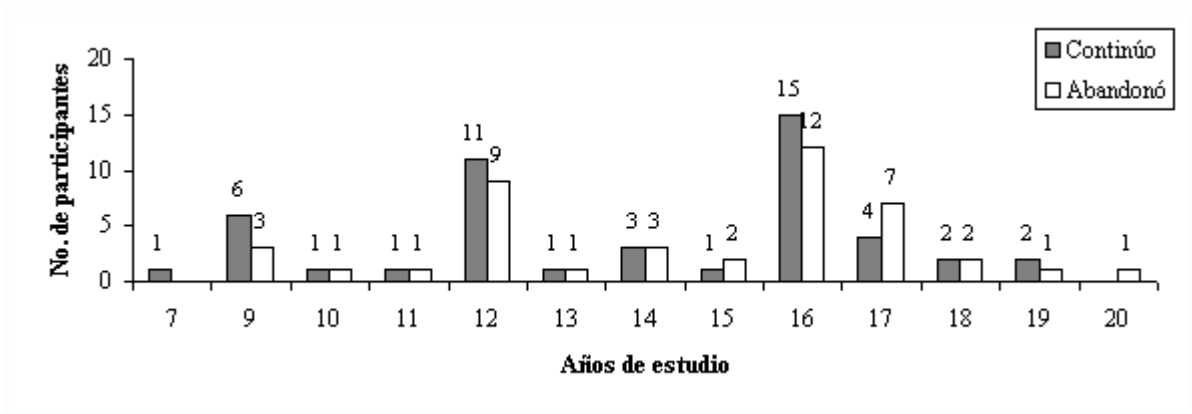


Figura 5. Años de estudio de las madres de los participantes de cada grupo

han terminado la preparatoria, resultando que un 30% de madres del grupo que asistió continuamente y un 28% de madres del grupo que abandonó el programa, han concluido sus estudios de bachillerato. Mientras que 22% de madres del primer grupo y un 26% de madres del segundo grupo han terminado sus estudios de licenciatura.

En el caso de los padres, resulta que el 30% del grupo que asistió continuamente y el 24% de padres del grupo que abandonó, han concluido sus estudios de licenciatura, mientras que el 22% de padres del primer grupo y el 18% de padres del segundo grupo, han terminado sólo el bachillerato.

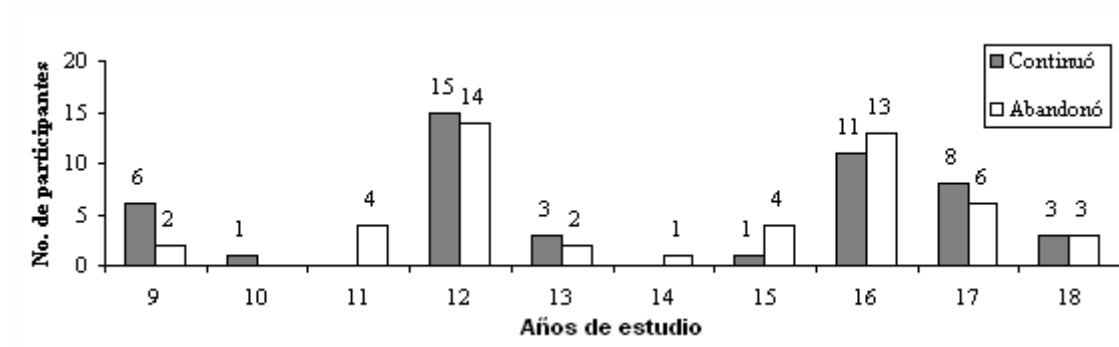


Figura 6 - Años de estudio de los padres de los participantes de cada grupo

En cuanto a los resultados que se obtuvieron del cuestionario relacionado al servicio, a continuación se presenta la información proporcionada por los participantes que fue posible localizar y que accedieron a contestar dicho cuestionario:

Referente al motivo para acudir por primera vez al programa, se observa en la figura 7, que sobresale en primera instancia en ambos grupos la recomendación de amigos, familiares, vecinos o conocidos que ya han acudido al servicio o que conocen el programa. Obteniendo que 20 personas, es decir, un 40% del grupo que

continuó en el servicio, asistió por este motivo y 18 personas, es decir, 36% del grupo que abandonó el programa, comenzó a asistir por esta misma causa. En segundo lugar se encontró que la causa por la que acudieron al servicio fue por recomendación médica o del Instituto de Perinatología, resultando un 30% de cada uno de los grupos los que manifiestan esta razón. Y el tercer motivo más frecuente que expresan ambos grupos fue evaluar y mejorar el desarrollo del niño, obteniendo un 26% del grupo que continuó en el servicio y un 32% del grupo que abandonó el programa, los que respondieron de esta manera. Se puede observar que no existe una diferencia específica en la respuesta a esta pregunta por parte de los participantes de cada uno de los grupos, ya que los resultados son muy similares en ambos grupos.

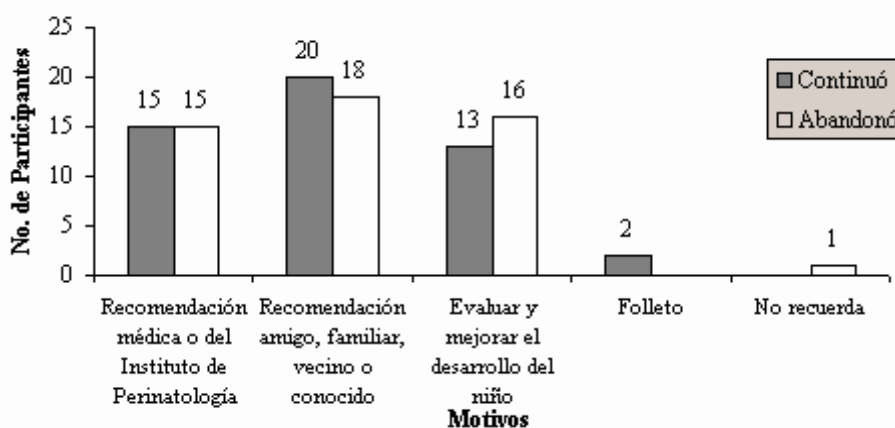


Figura 7 - Respuestas de ambos grupos a la pregunta ¿Por qué acudió por primera vez al servicio?

En el caso de la pregunta 2 y sólo para esta pregunta, se comentarán los resultados de cada grupo por separado ya que el cuestionamiento se modifica de acuerdo con la característica de cada grupo que es la de seguir en el servicio o haberlo abandonado.

En cuanto al grupo que continuó de manera regular en el servicio, se observa en la figura 8, que casi la mitad de los participantes reporta haberle dado continuidad al programa ya que fue de su agrado el servicio, obteniendo 23 personas de 50, es decir, un 46% de los participantes de este grupo. El segundo motivo más frecuente por el que continuaron en el programa es el de conocer, mejorar y dar seguimiento al desarrollo de sus hijos, resultando que 16 personas de 50, es decir el 32% de los participantes, tuvieron esta respuesta. El 12% de los participantes coincidieron en continuar en el programa por el progreso que observaron en el desarrollo del niño a partir de su asistencia al servicio. Por otra parte el 6% de los participantes de este grupo, manifestaron que su continuidad en el servicio se debía principalmente al aprendizaje adquirido tanto en ellos como en los niños. Y sólo 4% reportaron que seguían en el servicio porque era necesario según la recomendación del médico del niño.

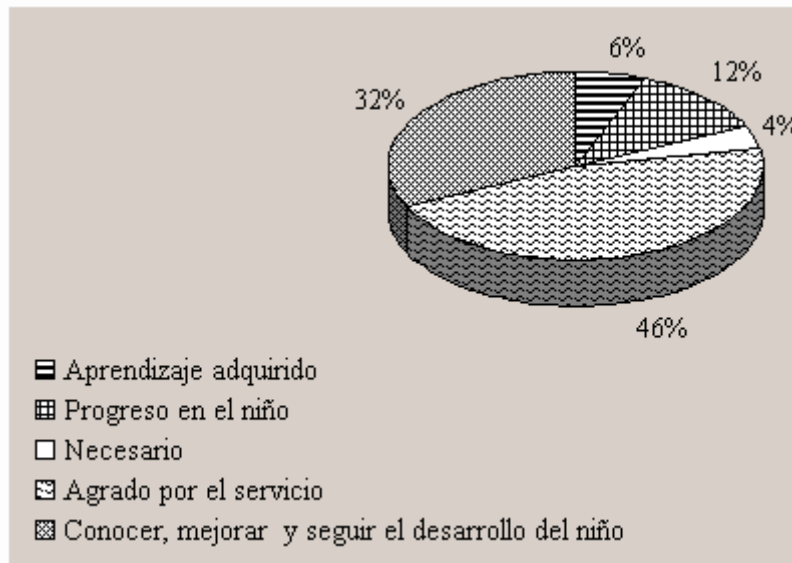


Figura 8 - Respuestas del grupo que continuó en el servicio, a la pregunta ¿Qué razones tuvo o tiene para continuar en el servicio?

Para el grupo que no continuó en el servicio se encontraron que existen varias razones para no hacerlo entre las que se encuentran las siguientes: el 32% del grupo, es decir 16 familias contestaron que no continuaron en el servicio por la dificultad de llevar al niño a la CUSI, ya sea por la lejanía, la falta de transporte o por ocupaciones laborales o familiares. Los demás participantes respondieron con otros motivos para no continuar en el programa que fueron: el trabajo (7 personas), la falta de tiempo (6 personas), la huelga en la UNAM de 1999 que duró 10 meses (6 personas), la lejanía (5 personas) y el cambio de residencia (5 personas).

Con respecto a la siguiente pregunta y que se refiere a cuánto considera que sabe acerca del desarrollo de su hijo, como se observa en la figura 9, se encontró que la mayor parte de ambos grupos consideran que su conocimiento acerca del desarrollo de su niño es regular, teniendo esta opinión el 58% de los participantes de cada grupo. Sin embargo, cabe resaltar que el 28% de los participantes del grupo que asistió continuamente consideran que saben mucho, mientras que 32% participantes del grupo que abandonó consideran que saben poco. Y sólo el 2% de cada uno de los grupos, manifiesta que no sabe nada acerca del desarrollo de su hijo.

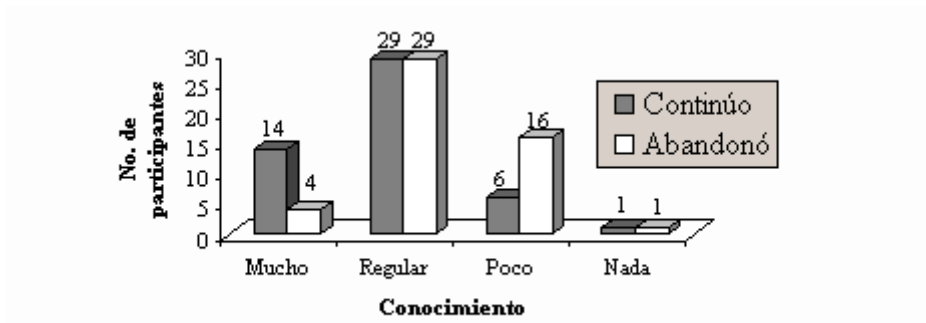


Figura 9 - Respuestas de ambos grupos a la pregunta ¿Cuánto considera que sabe acerca del desarrollo de su hij@?

En la figura 10 se observa que más de la mitad de ambos grupos respondieron que no tienen ninguna sugerencia para el servicio, representando un 58% del grupo que abandonó y un 52% para el grupo que asistió continuamente al servicio. Sin embargo, en este caso se pudieran tomar la mayor parte de las sugerencias para intentar integrarlas en el servicio, aunque éstas no hayan sido tan representativas.

Según reportan los participantes sería recomendable realizar las pláticas y cursos de diversas temáticas relacionadas con el niño otorgadas a los padres, lo cual sugieren un 16 % del primer grupo y un 20% del segundo grupo. Así como una mayor promoción del servicio, a través de volantes, carteles y folletos, lo cual lo sugieren 16% del grupo que ya no continua en el servicio y el 8% del grupo que continuó asistiendo al programa.

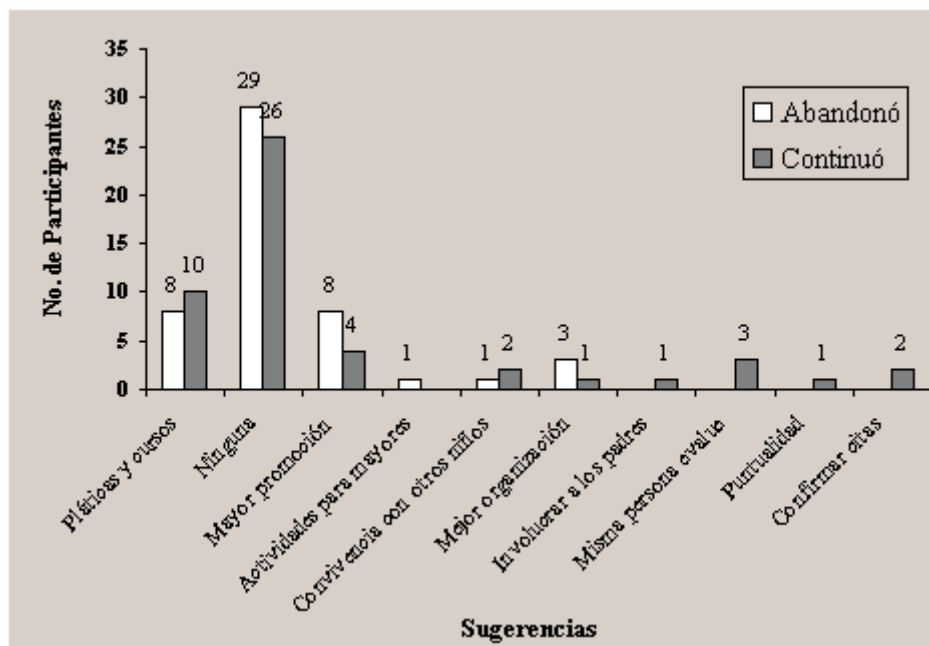


Figura 10 - Respuestas de ambos grupos a la pregunta ¿Qué sugerencias haría respecto al servicio?

En la figura 11, se muestra que lo que les agrada o les agradaba del servicio a los participantes, principalmente es la atención que se les ha brindado, resultando un 56% del grupo que asistió de manera continua al programa y un 62% del grupo que abandonó el servicio, se mostró complacido y satisfecho por la atención tanto a ellos como a los pequeños. En segundo término destaca que les agradaba "todo", incluyendo la atención, la paciencia, la explicación que se les brinda y los ejercicios propuestos, obteniendo esta respuesta de un 22% del primer grupo y de un 20% del segundo grupo. Entre otras situaciones que les agradaban se encuentran la enseñanza proporcionada tanto a ellos como padres como a los niños, la dedicación y la paciencia que se les tiene sobre todo a los infantes.

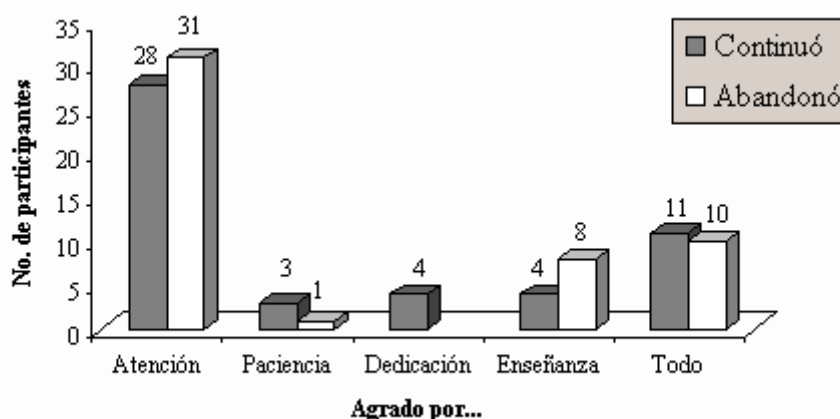


Figura 11 - Respuestas de ambos grupos a la pregunta ¿Qué le agrada o le agradaba del servicio?

Referente al desagradado de alguna situación en el servicio, se encontró que más de la mitad de los participantes de cada grupo responden que "nada" les ha desagradado del servicio. Resultando que un 78% del grupo que asistió continuamente y un 66% del grupo que abandonó el programa, proporcionaron esta respuesta. Opinando los demás participantes que les desagradaban las instalaciones pequeñas, los horarios reducidos sobre todo en las tardes, la lejanía, el tener que esperar, el no valorar el esfuerzo de los padres, es decir, que se sienten relegados por los intentos que han hecho ellos por educar y obtener el mejor desarrollo de sus hijos; por otra parte, la falta de personal para evaluar y el cambio constante de personal, es decir, que cada vez que acude el niño al servicio, lo valora una persona distinta a la de la ocasión anterior.

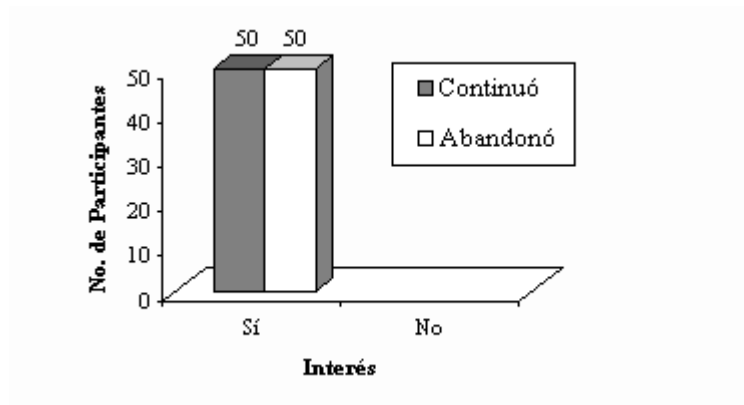


Figura 12 - Respuestas de ambos grupos a la pregunta ¿Le interesaría o le hubiera interesado acudir a pláticas respecto al desarrollo del niño?

En cuanto a las preguntas referentes del posible interés de acudir a pláticas y recibir folletos respecto al desarrollo del niño, en las figuras 12 y 13, se muestran las respuestas de los participantes respecto a esto. Siendo contundente el deseo e interés por acudir a pláticas y recibir folletos respecto al desarrollo del niño, ya que ambos grupos contestaron en un 100% de manera afirmativa.

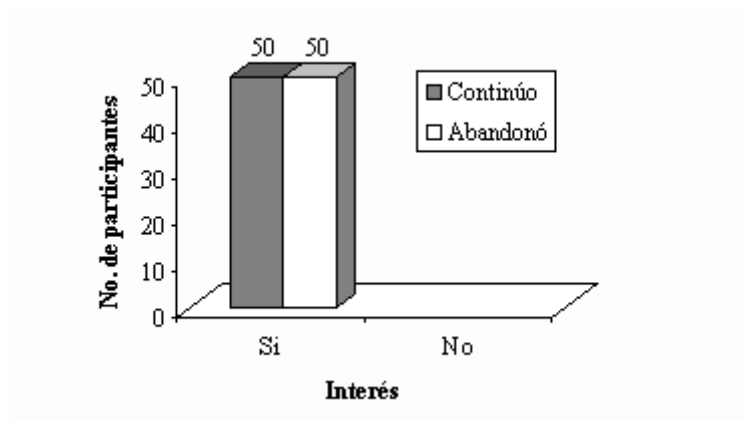


Figura 13 - Respuestas de ambos grupos a la pregunta ¿Le interesaría o le hubiera interesado recibir información escrita en folletos respecto al desarrollo del niño?

Parece que la principal inquietud de las personas entrevistadas es no conocer demasiado acerca del desarrollo infantil, sobre todo cuando se es padre por primera vez. Por ello consideraron tan atractivo poder recibir más información acerca del desarrollo del niño.

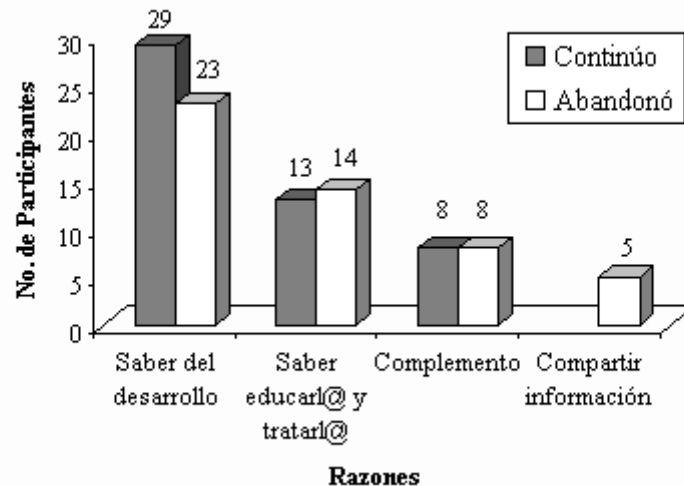


Figura 14 - Respuestas de ambos grupos a la pregunta ¿Cuáles son las razones de su respuesta de las dos preguntas anteriores?

En la figura 14 se observa que gran parte de los participantes respondieron que les interesaría recibir folletos y acudir a pláticas, porque quisieran saber más acerca del desarrollo y así poder ayudar más a sus hijos. Por otra parte también sobresale que les interesaría saber con mayor certeza cómo educarlo y tratarlo a partir de conocerlo más y comprender su desarrollo. Los demás participantes proporcionaron otras respuestas; les interesaría como complemento de lo que se otorga en cada sesión y para compartir información con familiares y vecinos, en caso de que estos no pudieran ir al servicio.

En la figura 15 puede observarse que poco más de la mitad de cada uno de los grupos, es decir, el 54% del grupo que asistió continuamente y el 56% del grupo que abandonó el programa, opina que al acudir por primera vez al servicio esperaban orientación y evaluación acerca del desarrollo a partir del cual pudieran brindarles sugerencias para que ellos fueran capaces de colaborar en el desarrollo de su hijo. Respuesta seguida fue la de esperar un mejor desarrollo de su hijo a partir de las valoraciones y las recomendaciones que se le otorgan, obteniendo que el 24% del grupo que asistió continuamente, es decir 12 participantes y el 30% del grupo que abandonó, es decir 15 participantes, proporcionaron esta respuesta. Por otra parte, el 6% del grupo que asistió continuamente y el 10% del grupo que abandonó el programa, respondió que asistieron por primera vez esperando que se les proporcionaran ejercicios para realizar en casa; sin embargo, el 16% del primer grupo y el 4% del segundo grupo, respondieron que no esperaban nada del servicio.



Figura 15 - Respuestas de ambos grupos a la pregunta ¿Qué esperaba del servicio cuando acudió por primera vez?

La última pregunta del cuestionario fue si recomendarían el servicio y por qué. Como se observa en la figura 16, cabe destacar que todo el grupo que continuó en el servicio, opina que sí lo recomendaría y de hecho muchos entrevistados comentaron que ya lo han recomendado sobre todo a familiares y a sus amigos. Sin embargo, en el grupo que abandonó el programa sólo una persona afirmó que no lo recomendaría, señalando que le hacía falta capacitación al personal y no confiaba en la información que le pudieran proporcionar. No obstante las otras 49 personas de este grupo opinan que sí lo recomendarían y que ya lo han hecho, igualmente con amigos y familiares.

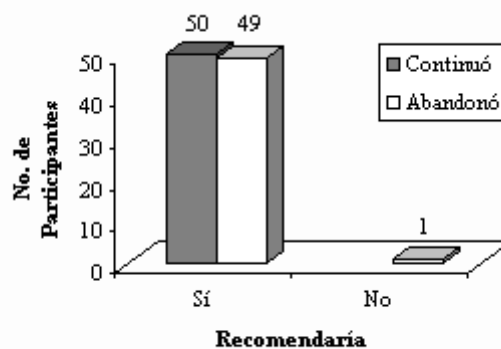


Figura 16 - Respuestas de ambos grupos a la pregunta ¿Recomendaría amigos y a familiares acudir al servicio?

En cuanto a las razones por las que sí recomendarían el servicio, como se muestra en la figura 17, las respuestas están divididas en tres: el 36% del grupo que asistió continuamente y el 40% del grupo que abandonó el programa, responden que recomendarían el servicio por que favorece el desarrollo del pequeño. En segunda instancia se obtuvo que el 32% del primer grupo y 34% del segundo grupo, recomendaría el servicio por el buen trato y servicio que se les ha brindado. Por último, los participantes señalaron que lo recomendarían por la inexperiencia y la

desinformación que tienen los padres sobre el desarrollo del niño, resultando que el 32% de los participantes del grupo que permaneció continuamente en el servicio y el 24% de los participantes del grupo que abandonó el programa, tuvo estas respuestas.

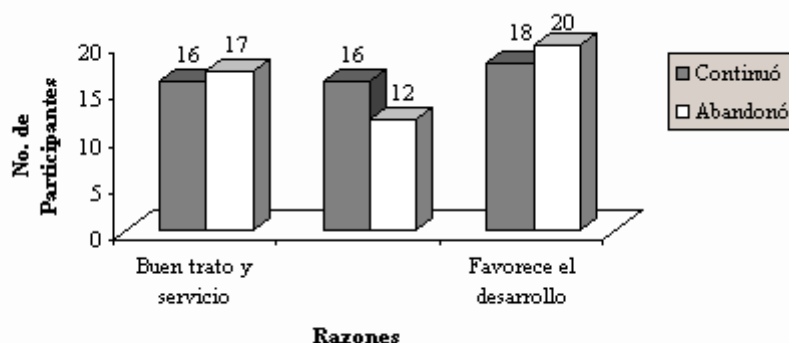


Figura 17 - Razones de ambos grupos por las que sí recomendarían el servicio

Discusión

De acuerdo con la descripción de los resultados no se observan diferencias importantes en las respuestas en general de ambos grupos, los datos son similares. Tampoco se observan diferencias en lo que respecta a las características de la población, ya que ni la edad de ingreso, el sexo, el tipo de familia, los años de estudio de los padres, ni la situación civil, resultaron factores importantes para que los grupos continuaran en el programa o lo abandonaran. Por lo que se puede afirmar que son factores ajenos a la calidad del programa lo que motiva a los padres y familiares a continuarlo o no. Esto nos lleva a suponer la elaboración de un cuestionario más extenso y completo en otra investigación, que abarque otros rubros relacionados con la familia (tiempo, trabajo, distancia, redes de apoyo) que permitan identificar más concretamente estos factores.

A lo largo de este trabajo se ha pretendido mostrar cómo una estimulación adecuada y la participación de los padres influyen de manera positiva en el desarrollo de los niños. Dada esta importancia, es necesario hacer énfasis en la evaluación del desarrollo infantil a partir de la cual se puede detectar y prevenir tempranamente cualquier alteración que se presente en el pequeño. También, no se debe olvidar el hecho de que los niños viven en un contexto, el de la familia, la comunidad y la cultura. Para lograr satisfacer eficazmente sus necesidades, éstas deberán ser abordadas siempre dentro de ese entorno. Ayudando a la familia y a la comunidad, se ayuda a los niños (Evans, 2000).

Este medio ambiente natural se ha de tener muy en cuenta a la hora de planificar programas, y a los niños se les ha de considerar enmarcados en ese contexto familiar. Si se considera que el mejor cuidado para los niños es el que se ofrece en la familia, también debemos tener en cuenta que ésta necesita recursos. Los programas deberán apoyar a los padres en la tarea de "ser padres". Es necesaria una mayor promoción de estos programas y por tanto una mayor participación de los padres en ellos. Ya que, a pesar de tener un gran número de participantes en estos programas en el mundo, no siempre llegan a todas las personas que lo necesitan, hablando de niños con alto riesgo socio-cultural y ambiental. Sin embargo, la estimulación temprana incluyendo un ambiente adecuado, siempre se hace necesaria para lograr el mejor desarrollo del niño.

Según Silva (2001), existen características y habilidades que padres y madres requieren desarrollar para influenciar positivamente en la calidad del desarrollo de sus hijos pequeños:

- Buena salud mental que permita establecer un vínculo sano con el niño.
- Alegría, capacidad de sonreír, mostrar afecto y calidez.
- Observación, atención y capacidad reflexiva para actuar de acuerdo con las circunstancias, necesidades y requerimientos.
- Iniciativa.
- Capacidad de brindar cuidados pertinentes y oportunos: lo que el niño realmente requiere y a tiempo.
- Conocimientos, no amplios, pero suficientes, sobre lo que favorece el buen desarrollo de un niño.
- Creatividad para afrontar las situaciones inesperadas propias de todo curso de desarrollo humano.

Los padres son las personas más importantes para los niños pequeños. Son aquellas personas que ofrecen al niño la oportunidad de desarrollarse con soporte y garantía de incondicionalidad. Padres e hijos se necesitan mutuamente de igual forma. Los niños necesitan de sus padres para sobrevivir e instalarse con seguridad en la vida; y los padres necesitan de sus hijos para seguir evolucionando como seres humanos. El impacto que tiene el desarrollo de la buena interrelación entre padres e hijos es enorme. Como señala Evans (1999, citado en Silva 2001): "De la calidad con la que los padres cumplan su función, dependerá no sólo el desarrollo de sus propios hijos, sino también el de la comunidad, como un todo. De esta forma, el mundo está compuesto por adultos y niños, por aquellos que se responsabilizan de introducir a la siguiente generación y por aquellos que deben ser cuidados; esa generación en crecimiento". (PAGINA)

La participación de los padres en los programas de desarrollo infantil, tiene efectos positivos tanto en la relación padre-hijo, como en el óptimo crecimiento y formación del pequeño. Silva (2001), muestra los resultados de la evaluación de diversos programas en el mundo, donde mejora la condición escolar del pequeño, la integración de los padres en la educación de sus hijos, mayor vínculo familiar, mejor desarrollo psicomotor e intelectual de los pequeños.

Aunado a la mayor participación de los padres, se requiere también que la calidad del programa en general sea conveniente para obtener mejores resultados. Evans (2000) denomina un programa de calidad como aquél que se adecua a la fase de desarrollo en que se encuentra el niño y que atiende sus necesidades, al mismo tiempo que respeta las diferencias individuales. La calidad se ve influenciada por la motivación y formación del personal del programa, el apoyo y servicios de los que disponen, el entorno físico, los materiales y el plan de estudios. Los programas de baja calidad son ineficaces, malgastan los recursos y privan a los niños de posibles beneficios.

Sin lugar a duda la investigación científica establece la importancia que tiene el fomentar un desarrollo sano durante los primeros años y, que los programas que otorgan una atención integrada durante el desarrollo del primer período, ofrecen

una extraordinaria oportunidad para poder evitar o moderar posibles problemas de desarrollo posteriores, forjando beneficios duraderos para el individuo y la sociedad.

Referencias

- Eming, M. (2001, octubre) *Desarrollo del niño en la primera infancia: una inversión en el futuro*. (En red). Disponible en: <http://www.worldbank.org/children/nino/invfut>
- Evans, E. (1987) *Educación Infantil Temprana: tendencias actuales*. México: Trillas.
- Grenier, M. (2001, julio) La estimulación temprana: un reto del siglo XXI. *Centro de Referencia latinoamericana para la educación escolar*. (En red). Disponible en: <http://www.oei.org/celep>.
- Martinez, E. (2001, julio) *La estimulación temprana: enfoques, problemáticas y proyecciones*. Centro de referencia latinoamericana para la educación preescolar. (En red). Disponible en: <http://www.intergaleno.com/prevención/p-estimulación-temprana-precocidad.htm>
- Montenegro, A. (1978) Consideraciones generales sobre estimulación temprana. En: Bralic, S., Haussler, I., Lira, L., Montenegro, H. y Rodríguez, S. *Estimulación Temprana: Importancia del ambiente para el desarrollo del niño*. Chile: UNICEF.
- Ochoa, L. (2001, julio) *¿Qué son los programas de estimulación temprana? Mi pediatra* (En red). <http://www.mipediatra.com.mx/infantil/estimula.htm>
- Ortiz, L. (2000, noviembre) Educación inicial: a la búsqueda del tesoro escondido. ¿Cómo reenfocar la misión de la educación infantil hacia la emergencia y el florecimiento del inmenso potencial humano? *Revista Iberoamericana de Educación*. (En red). Disponible en: <http://www.campus-oie.org/revista/rie22f.htm>
- Reyes, R (1997) *Una alternativa dentro de la estimulación temprana: programa para padres*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
- Silva, G. (2001) *La participación de padres y madres en programas de desarrollo infantil temprano*. (En red). Disponible en: <http://www.bernardvanleer.org>
- UNICEF (2001, julio) *Estado Mundial de la Infancia 2001*. (En red) Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc01/1-4.htm>
- Vidal, M. (1997) *Modelo Psicológico en Atención primaria: Protocolos de Valoración e Intervención en niños de 0 a 2 años*. (En red). Disponible en: http://www.se-neonatal.es/se-neonatal/Tesis/Tesis_vi.htm

EDUCACIÓN TEMPRANA DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Lic. Irma Rosa Alvarado Guerrero

Dra. Erzsebet Marosi Holczberger

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Introducción

El niño de riesgo se define como el que tiene alta probabilidad de manifestar deficiencias físicas, motoras, sensoriales o intelectuales. El niño prematuro (menor de 37 semanas de edad gestacional) es el prototipo de este grupo. Representa un problema de salud pública, ya que provoca la mitad de las muertes neonatales; ocupa un tercio de las salas de cuidados intensivos y el 30% de esta población presenta parálisis cerebral, alteraciones intelectuales y conductuales (Fernández-Carrocerá, y Cols 1994).

En la actualidad la tecnología médica moderna ha mejorado las oportunidades de sobrevivencia de los prematuros más pequeños, dando como resultado el surgimiento de nuevas patologías, como la hemorragia o infarto en la región periventricular que puede dar como consecuencia hidrocefalia o diplejía espástica (Fernández-Carrocerá y Peñuela-Oliya, 1999). Al parecer, la atención en el hospital se dirige especialmente al apoyo y manejo de los órganos vitales, a las necesidades inmediatas tal como el funcionamiento del pulmón, el crecimiento del cerebro y el aumento de peso. Sin embargo, en México encontramos pocos trabajos sistemáticos encaminados al interés en el desarrollo del niño, a su progreso intelectual y a la incorporación de los padres en su educación, por lo que se sugiere que el enfoque actual debería de cambiar hacia la atención del desarrollo como una forma de aproximación humana y de sentido común para cubrir las necesidades del bebé prematuro y su familia (García-Sánchez, 2002).

Por esta razón el objetivo del presente trabajo es presentar una serie de recomendaciones de educación temprana del neonato prematuro en el hogar, a fin de favorecer la relación padres-hijo y potenciar el desarrollo psicológico.

Características del neonato prematuro

El prematuro al nacer tiene un desarrollo orgánico incompleto, es más frágil que el niño a término en muchos aspectos (Nicola y Cols, 1995). Tiene mayores dificultades para adaptarse a la nueva vida; puede tener problemas de circulación, de control de temperatura, de respiración o de alimentación (Calera, 1984). Sufren de más enfermedades durante los primeros años y meses de vida tales como problemas neuromusculares, epilepsias, neumonías, infecciones, retinopatía, enfermedades cardíacas, enterocolitis necrosante y anemia. Como consecuencia de todo esto, el internamiento recurrente al hospital (Hack y Cols, 1983). Todos estos padecimientos ocasionan que el prematuro no aumente de peso y talla y algunos bebés nunca alcanzan las medidas normales (Craig, 1988).

Además el neonato prematuro es poco atractivo para sus padres por su bajo peso, la desproporción del tamaño de la cabeza y el tronco, la textura rugosa de su piel reseca y la fragilidad que refleja su imagen corporal. Su tono muscular por lo general es bajo y presenta cambios de color marcados al desvestirlo y manipularlo. La inmadurez neurológica se manifiesta por periodos breves de alerta, en los cuales, su respuesta a los estímulos es pobre y en otras ocasiones es exagerada, provocándole sobresaltos y cambios en la frecuencia respiratoria. En las primeras

semanas de vida presenta temblores o sacudidas frecuentes en manos, pies y barbilla, el llanto es más molesto que el del bebé a término pero menos frecuente y sostenido. La alimentación se dificulta, ya sea por los breves periodos de alerta, la tendencia a fatigarse rápidamente o por la débil succión y por sus periodos poco sostenidos (Olvera y Givaudan, 1988).

Goodman (2002) señala que los riesgos posteriores de la prematurez son variados y en diversas áreas. Por ejemplo, puede presentar parálisis cerebral, problemas conductuales, problemas de control, problemas académicos, de aprendizaje, psiquiátricos, desorden de atención de percepción visual o auditiva. Cuando la prematurez es extrema, es decir, de 23-24 semanas de edad gestacional, el riesgo de problemas posteriores es del 50%. Por lo tanto, se puede afirmar que la morbilidad neurológica a corto plazo (2 años) es elevada y prevalece la enfermedad motriz de origen cerebral. Esto significa que el prematuro puede sufrir una patología neurológica específica que explica la incidencia elevada de secuelas neuromotrices. La leucomalacia periventricular es casi exclusiva de los recién nacidos de edades menores de 33 semanas de gestación, cuyas lesiones dañan más o menos severamente al sistema motor superior manifestándose en diversos grados de patologías del movimiento (Amiel-Tison, 2001).

La morbilidad neurológica a largo plazo (6 a 9 años) es muy alta. Las secuelas sutiles que a veces se manifiestan en fracasos escolares, son muy frecuentes en los prematuros. Las funciones cerebrales están en riesgo en los prematuros extremos, incluso en los que hayan escapado de la patología leucomalacia (Amiel-Tison, 2001).

Es cierto que la incidencia de presentar desventajas en el prematuro, es mayor que en el grupo de recién nacidos a término y es difícil predecir lo que va a ocurrir en la vida futura. Es un hecho que muchos prematuros se han desarrollado normalmente (Parmelee y Cols, 1983). Por lo que es importante tener presente que este grupo de bebés tiene la oportunidad de desarrollarse sin ningún problema.

Esta dificultad para la predicción de secuelas puede deberse a la carencia de investigación al respecto, y a los múltiples factores que intervienen y a la interacción entre ellos, siendo centrales los siguientes aspectos (Goodman, 2002):

- a. Edad gestacional. Mientras menor sea la edad, mayor riesgo de presentar alteraciones de crecimiento y desarrollo.
- b. Peso al nacimiento. Factor determinante en la viabilidad y complicaciones. A menor peso, mayores problemas.
- c. Condiciones prenatales. Que la madre fume cigarrillos o abuse de sustancias, enfermedades crónicas de la madre.
- d. Complicaciones perinatales. Poco oxígeno al nacer, hemorragia intraventricular, tipos de experiencias en la unidad de cuidados intensivos.
- f. Factores crónicos. Tipo de interacción madre- hijo, nutrición postnatal, hidrocefalia, ceguera, sordera.

La presencia de uno o la interacción de varios elementos, influirán en el crecimiento y desarrollo del prematuro y nos permitirá predecir tentativamente si ocurrirán

secuelas en la vida futura. Por lo tanto, es prioritario que los bebés participen en programas de seguimiento y control, al menos durante los 2 primeros años de vida, de tal forma que se vigile el crecimiento, la salud y el desarrollo y se incorporen los padres para que ellos conozcan mejor a sus hijos y también los vigilen y eduquen, tanto en el hospital como desde el momento que llegan al hogar.

Los padres del bebé prematuro

El nacimiento de un niño prematuro no es un acontecimiento alegre, constituye el principio de un largo camino lleno de incertidumbre (Pallás y Cols, 2000). Representa una situación de crisis aguda para los padres ya que se requieren de 9 meses para que la familia se prepare tanto física como psicológicamente para el nacimiento. Cuando este periodo se ve reducido, los padres están desprevenidos y se enfrentan a una situación que no esperaban (Sáenz- Rico, 2002). La madre experimenta dificultades para aceptar y adaptarse al bebé, y a veces se siente frustrada y fracasada porque de alguna forma vive una pérdida por no tener un bebé que cumple con las expectativas ni físicas ni biológicas (Olvera y Givaudan, 1988). Siente una baja autoestima porque piensa que es incapaz de tener un hijo normal y saludable (Brazelton y Lester, 1983). Por estas razones, se dificulta el proceso de fijación y configuración de la identidad materna, el cual lleva al establecimiento de la conducta de apego. Esta cadena se rompe con el nacimiento prematuro y se pone en marcha una espiral negativa de interacciones desfavorables de la madre con su hijo.

Los padres experimentan miedos y angustias, debido a que el prematuro es más vulnerable por la variedad de problemas que pueden estar relacionados con la prematuridad. Aunado a esto, si el niño presenta complicaciones médicas importantes, los padres tendrán que enfrentar la posibilidad de que su hijo no sobreviva, y si el bebé se recupera, ellos tendrán que adaptarse y tolerar la ansiedad generada por el conocimiento de las posibles secuelas neurológicas (Olvera y Givaudan, 1988).

Así pues el vínculo del niño con sus padres se bloquea en su inicio, ya que ellos deberán observar y captar a su recién nacido vivo y real y luego reconciliar la fantasía del niño que se imaginaron con el que en realidad se gestó. Este periodo de ajuste no es fácil; no obstante, tarde o temprano se va a resolver dependiendo de las características de la personalidad de los padres, de su relación de pareja, la situación en la que se dio el embarazo, de las redes de apoyo con las que cuentan y el apoyo profesional que reciban.

Programas de intervención

La literatura reporta estudios referentes a la intervención de neonatos prematuros los cuales pueden clasificarse en dos grandes grupos: a) dirigidos a la atención del prematuro en el hospital, ya sea en la unidad de cuidados intensivos o en cuneros, y b) dirigidos a los padres para ser aplicados en el hogar.

A. Programas de intervención en el hospital

En el primer grupo, se reportan estudios muy variados en donde el personal del hospital, en particular las enfermeras proporcionan estimulación táctil (Rose, y Cols., 1980). O se reduce al máximo la estimulación agresiva e inapropiada y se proporciona un programa de enriquecimiento sensorial multimodal (Leib, Benfield, Guidubaldi, 1980). En otras investigaciones se programa la estimulación táctil-kinestésica (Field y Cols, 1986).

Este tipo de estudios reportan resultados positivos en cuanto a la ganancia de peso, menor incidencia de apneas, maduración del ritmo cardíaco. Un mejor comportamiento neonatal en términos de los puntajes en las escalas del desarrollo, normalización del tono muscular y un temperamento más manejable (Reyes y Herrera, 1996).

La propuesta más reciente para la atención del prematuro en el hospital se denomina programa conductual y ambiental individualizado para el neonato prematuro y de bajo peso de Als y Cols. (1986, 1994), en donde se realiza un registro observacional exhaustivo del bebé con el fin de reconocer la individualidad de cada niño y aprender las señales de estrés o los signos de satisfacción. Se cree que el niño a pesar de su corta edad, tiene preferencias particulares y puede comunicar sus deseos y necesidades (Goodman, 2002). Esta aproximación consta de 3 aspectos, que son los objetivos principales para favorecer el desarrollo del recién nacido prematuro (Shapira, Parareda, Coria y Roy, 1994):

- 1). Dar oportunidad para su desarrollo normal, ayudándolo en su organización global.
- 2). Evaluar el desarrollo, a través de distintos instrumentos.
- 3). Orientación a los padres.

Se pretende reducir al máximo la estimulación inapropiada (no contingente, no recíproca y dolorosa) de la sala o de la unidad de cuidados intensivos. Interviene el equipo de salud y los padres, quienes deberán incluirse activamente en la atención de su hijo. El equipo médico deberá permitir a los padres estar en contacto con el bebé aún en la unidad de cuidados intensivos y les enseñarán a respetar el reposo, la oscuridad, proximidad y liberación del dolor (García-Sánchez, 2002). Todo esto con el propósito de favorecer la autorregulación del comportamiento del prematuro, no solo en el presente, sino también en el futuro, con la intención de que los efectos benéficos persistan toda la vida. Por lo tanto, el adulto deberá estar alerta para descubrir las sugerencias y responder a la comunicación apropiadamente. Deberá aprender a identificar signos de estrés tales como bostezos, hipo, regurgitaciones, cambio de color (palidez, cutis marmóreo, cianosis), cambios en la frecuencia cardíaca, respiratoria o la saturación de oxígeno. Las señales de satisfacción deben buscarse en el mantenimiento de la estabilidad de las funciones vitales, la duración del estado de vigilia, tranquilidad, relajación, armonía en la actividad motriz espontánea, la expresión facial de placer (Amiel-Tison, 2001).

Se promueve la lactancia materna y se intenta disminuir el impacto ambiental de manera que se mantenga al niño en un ambiente lo mas parecido posible al entorno uterino, tratando de disminuir la agresividad de los cuidados intensivos. Esto implica tres elementos principales: agrupar manipulaciones, el cuidado de la postura y la disminución del ruido y la luz (Pallás, de la Cruz y Medina. 2001).

Los investigadores que han aplicado estas acciones han demostrado que se favorece el desarrollo psíquico y se obtienen mayores puntajes en el cociente de desarrollo, a diferencia de niños que reciben cuidados tradicionales. Además, la disminución de agresiones ambientales facilita la estabilización del niño clínicamente grave y disminuye las complicaciones.

- b) Programas de atención en el hogar

La atención a la familia de un niño prematuro es un capítulo esencial en el tratamiento del neonato. Sin embargo, pocos aspectos de la medicina neonatal son tan importantes y a menudo ignorados (García-Sánchez, 2002).

Una vez que se da de alta al prematuro, egresa del hospital y llega al domicilio, lo que puede considerarse un segundo nacimiento (Salas, 2002). Los padres por lo general están preocupados sobre sus capacidades de manejar la situación y actúan de manera sobreprotectora y muy ansiosa, porque perciben a su hijo tan indefenso como en los primeros momentos. A veces están obsesionados en los avances del bebé, que lo bombardean de estímulos y ejercicios que hacen que se bloquee o sea infeliz, y en otros casos los padres no estimulan al prematuro y le dan un trato negligente (Salas, 2002).

Es muy recomendable que exista continuidad en la atención proporcionada en el hospital y el manejo del bebé en el hogar, por lo que Parmelle y Cols (1983) sugieren que el personal de salud continúe con el contacto con los padres por medio de llamadas telefónicas, visitas al hogar y citas en la clínica a través de un programa de seguimiento.

El entrenamiento a los padres debe darles elementos para favorecer la interacción madre- hijo, principalmente alentando a la madre a ver a su bebé de manera positiva, a mirarse fijamente, a favorecer un sentimiento de comodidad y a vocalizar cara a cara. Los padres aprenderán a interpretar las señales del prematuro y desarrollarán habilidades de interacción. Deberán estar atentos a los signos de satisfacción, en donde podrán continuar la interacción, pero a la primera señal de estrés, es preciso interrumpir la actividad, por ser inapropiada, excesiva o demasiado prolongada y darle tiempo necesario al bebé para recuperarse. Afinando las percepciones, la madre o el cuidador aprenderán a responder a las demandas del niño sin sobrepasar sus posibilidades, a la larga el bebé comprenderá que tiene la posibilidad de diálogo (Amiel-Tison, 2001).

El objetivo central es involucrar a los padres, sensibilizarlos y hacerlos responsivos a sus hijos, incrementar la motivación y habilidad para proporcionar oportunidades y experiencias más allá de la duración del programa, produciendo resultados a largo plazo.

Lo ideal es que los padres y su bebé asistan a un programa de seguimiento en donde los profesionales de la salud atiendan las necesidades psicológicas y emocionales del núcleo familiar, especialmente a la madre, de tal forma que se facilite lo más temprano posible la relación madre-hijo. Además se deberá realizar una evaluación del desarrollo del niño a fin de hacer un plan individualizado de educación temprana aplicado en el hogar, con la intención de prevenir trastornos en el desarrollo o detectarlos y atenderlos oportunamente.

A continuación se mencionan algunas actividades básicas de educación temprana que pueden realizar los padres desde el primer día que el recién nacido prematuro llega a casa.

Consideraciones generales

- No se preocupe por lo pequeño y frágil que su bebé parezca. Es necesario que Ud. desarrolle una sensación de confianza y seguridad en sí misma. Su bebé se sentirá más relajado y seguro si Ud. lo trata con confianza.

- Salvo las recomendaciones específicas de su pediatra, trate a su bebé lo más normal y relajadamente posible, no exagere los cuidados ni lo aisle del resto de la

familia. Esté atento a los mensajes de comodidad e incomodidad que su hijo haga. Obsérvelo e interprete sus necesidades.

- Cuando haga ejercicios o juegue con su bebé, esté siempre dispuesto y atento, disfrútelo. Observe si su hijo da muestras de agitación o parece cansado, le da hipo o su piel se ve amoratada. Suspenda la actividad, probablemente su bebé estará sobrestimulado. Puede darle un masaje rítmico y se relajará. A medida que crezca y madure será capaz de enfrentarse a mayor actividad.

- Es muy importante vigilar la postura del bebé. Es recomendable usar un cojín en forma de media luna y colocarlo de lado, boca arriba y boca a bajo. Esto ayudará al bebé a desarrollar un tono muscular más maduro y mayor estabilidad. También favorecerá el desarrollo de una simetría y reducirá el reflejo de sobresalto.

- Observe a su bebé y cualquier duda sobre su salud y desarrollo consúltela con el especialista.

Área socio- emocional

- Cargue a su hijo con confianza.

- Acarícielo suavemente con las yemas de los dedos, observando sus respuestas.

- Abrácelo, arrúllelo y sonríale.

- Entréguele mucho cariño.

- Llévelo a lugares iluminados.

- Aliméntelo con tiempo y tranquilidad, siempre en los brazos aunque tome biberón.

- No lo deje solo por mucho tiempo.

- Siempre vigile su sueño y temperatura.

Área Motriz

- Cuando esté despierto, destápelo y permita que se estire y se mueva libremente.

- Póngale ropa cómoda, ligera y térmica para que el bebé se mueva con libertad.

- Extienda y flexione las piernas al mismo tiempo, haciendo ligera presión en el abdomen. Extienda y flexione los brazos, como si se abrazara el mismo, haciendo ligera presión al centro sobre el pecho.

- Sujete al bebé de las rodillas y de las manos, como en cuclillas y gírelo hacia ambos lados, lentamente.

- Cuando esté despierto, colóquelo boca abajo sobre un cojín o sobre cualquier superficie, para que levante la cabeza.

- Mézalo en una sabanita o cobija ligera, de manera suave. En sentido vertical, horizontal y en círculo. Siempre observe la respuesta del bebé, en caso de incomodidad o estrés, suspenda inmediatamente la actividad.

- Para levantar y cargar al bebé, estando acostado júntele las manos y gírelo hasta que esté hacia abajo y acérquelo hacia Ud. manteniéndolo acunado y semisentado apoyado sobre su pecho.

- Procure no enrollarlo excesivamente con las cobijas.

Lenguaje

- Llámelo por su nombre.

- Mientras lo baña, alimente o cambie de pañal, explíquelo lo que están haciendo.

- El llanto es la principal forma de comunicación, no se angustie si el bebé llora, obsérvelo e interprete lo que necesita.

- Hágale gestos con la boca, ojos, para que él aprenda.

- Respóndale con palabras y sonrisas ante cualquier manifestación de comunicación.

Tacto

- Báñelo con confianza, utilice diferentes texturas para limpiarlo.

- Con un cepillo o brocha muy suave, peine todo el cuerpo del bebé.

- Póngase calcetines limpios en las manos y acaricie suavemente a su hijo.

- Estando el bebé acostado o sobre su regazo, déle masaje boca arriba, con las yemas de los dedos, con movimientos circulares, inicie por los pies, avanzando hacia las piernas, abdomen, pecho, brazos, manos. Después póngalo boca abajo y siga el mismo procedimiento. Observe la respuesta del bebé, si se incomoda o le da hipo, suspenda la actividad. Invente Ud. sus formas propias de dar masaje a su bebé.

Visión

- Observe la manera en que su bebé responde a los estímulos visuales.

- Muéstrelle objetos muy coloridos a una distancia de 20 cms.

- Preséntele un objeto brillante y muévalo lentamente de lado a lado, después en círculos.

- Acerque su cara al bebé, sonríale y muévala lentamente de un lado a otro para que él la siga con la mirada.

Audición

- Háblele constantemente.

- Preséntele juguetes que producen sonido, cerca de cada oreja.
- No disminuyan los ruidos de la casa, a menos que sean excesivos.
- Acérquele cajas musicales y el radio, especialmente con música clásica.

Olfato

- Pase por debajo de la nariz una esponja o algodón impregnado de diferentes aromas (loción, canela, vainilla), muévelo de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo.
- Lleve al bebé a pasear por toda la casa, muéstrelle el olor de diferentes objetos; una manzana, un frasco de mermelada.

Conclusiones

La atención del prematuro es una tarea muy compleja en donde interviene un equipo profesional, incluyendo a los padres como elemento primordial en la educación temprana.

La efectividad de los programas de atención depende de muchos factores; los avances en el campo de la neonatología, las circunstancias de vida de la familia (características de la pareja, situación económica, número de hijos), las características individuales del prematuro y los apoyos que estos niños y sus familias reciben del entorno social inmediato (familiares y amigos) y de las instituciones de salud.

Afortunadamente, en años recientes ha ido cambiando el enfoque de los programas de intervención de la población infantil en riesgo de daño neurológico, y cada vez se dirige la mirada a edades más tempranas con una aproximación humana y de sentido común para cubrir las necesidades del niño y su familia.

Referencias

Als, H., Lawhon, G., Brown, E., Cibes, R., Duffy, F., McAnulty, G., Blickman, J. (1986). Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: neonatal intensive care unit and developmental outcome. *Pediatrics*, 78, 6, pp 1123-1132.

Als, H., Lawhon, G. Duffy, F., McAnulthy, G., Gibes-Grossman, G. (1994). Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for broncopulmonary dysplasia: neonatal intensive care unit and development outcome. *Pediatrics*, Vol, 78, No 6, pp1123-1132.

Amiel-Tison, C. (2001). *Neurología perinatal*. España: Masson.

Brazelton, T.B., & Lester, B.M. (1983). *New approaches to developmental screening of infants*. New York: Elsevier Science Publishing Co.

Calera, A.M. (1984). *Atlas de puericultura*. Barcelona: Ed. Jover

Craig, G. (1988) *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.

Fernández-Carrocer, L.A., Dardón-Besthoff, P-E. , Barrera-Reyes, R., Martínez-Cruz C. & Ibarra-Reyes, M.P. (1994). Comparación del neurodesarrollo en neonatos de 27 a 34 semanas de edad gestacional nacidos en 2 periodos en una institución de tercer nivel de atención. *Bol. Med Hosp. Inf Mex.* 56, 11,p.p.

Fernández- Carrocer, L.A., & Peñuela-Olaya, M.A. (1999). *Crecimiento y alteraciones del neurodesarrollo en el recién nacido de alto riesgo*. Libro 1 México; Intersistemas.

Field, T.M. , Schanberg, S.M., Scafidi, F., Bayer, Ch., Vega-Lahr, N., García, R., Nystrom, J., & Kuhn, C.M. (1986) Tactile/kinesthetic stimulation effects on preterm neonatos. *Pediatrics*, 77, 5, pp 654.658.

García-Sanchez, P. (2002). Cuidado neonatal con atención al desarrollo. *Rev Esp Pediatr.* 58, 1,pp 28-36.

Goodman, R. (2002) *Premature Infants: A later look. Prevention and intervention in the neonatal intensive care unit and beyond*. www.2.medsch.wisc.edu/childrenshosp/parents_of_preemies.

Hack, M., Weissman, B., Breslaw, N. Klein, N. Borawski-Clark, E. & Fanarof, A. (1983) Health of very low birth weight children during their first eight years. *The Journal of Pediatrics*.122, 6, pp 887-891.

Leib, S.A., Benfield, G. & Guidubaldi, J. (1980). Effects of early intervention and stimulation on the preterm infant. *Pediatrics*, 66, 1, pp 83-90.

Nicola, P., Freri, L., & Feruti, F., (1995). *El niño en los primeros 3 años de vida*. México; Diana.

Olvera, M.C. & Givaudan, M.E. (1988). Nacimiento pretermino: aspectos psicosociales.en L. Atkin, M. Arcelus, A. Fernández MacGregor, & K. Tolbert. *La psicología en el ámbito perinatal*. México: INPER.

Pallás-Alonso, C.R., de la Cruz Bertolo- J., & Medina-Lopez, M.C. (2000). *Boletín del Real patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Apoyo al desarrollo de los niños recién nacidos demasiado pequeños demasiado pronto.

Pallás-Alonso, C. de la Cruz- Bertolo, J., & Medina-Lopez, M.C. (2001) *Diez años de observación e investigación clínica en el contexto de un programa de seguimiento*. Madrid: Artqgraf.

Parmelle, A.H.JR, Beckwith, L., Cohen, S.E. & Signam, M. (1983). Early intervention. Experience with preterm infants. En B. Brazelton & B. Lester (EDS). *New approaches to developmental screening of infants*.New York: Elsevier Science Publishing Co

Reyes-Benítez, N. & Herrera-Mena, A. (1996). *El niño prematuro. Propuesta de un programa de estimulación temprana*. Tesis de licenciatura. México:FES Iztacala UNAM.

Rose, A., Schmidy, K. Ries, L., & Bridger, H.(1980). Effects of prematurity and early intervention on responsivity to tactual stimuli: a comparison of preterm and full-term infants. *Development*, 51, pp. 416-425.

Saenz- Rico de Santiago (2002). La familia en el marco hospitalario: neonatología centrada en la familia. *Rev Esp Pediatr*, 58, 1,pp 137-143.

Salas-Hernández, S. (2002). Seguimiento de niños de alto riesgo biológico. *Rev Esp Pediatr*, 58, 1, 44-52.

Shapira, I. Parareda, V. Coria, M. & Roy, E. (1994). Propuesta de intervención ambiental y en el desarrollo de recién nacidos de alto riesgo. *Rev Hosp. MatInf Ramón Sardá XIII*, 3, pp 101-109

UN ESTUDIO EXPLORATORIO DE LAS VARIABLES DE RIESGO ASOCIADAS AL USO DEL CONDÓN EN UNA MUESTRA DE VARONES UNIVERSITARIOS

*Diana Moreno Rodríguez
Susana Robles Montijo
Beatriz Frías Arroyo
Martha Rodríguez Cervantes*

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

La conducta sexual es una de las principales actividades humanas, es la conducta por medio de la cual las especies se reproducen, es la conducta central alrededor de la cual las familias son formadas, así como el componente clave en la vida emocional de los individuos. Es también el centro de problemas médicos, dificultades maritales, divorcios, crímenes, incestos, esterilidad, abortos, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, entre otras (Smith, 1989). En la actualidad, es la principal vía de contagio del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), virus que produce el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

Según la Organización Mundial de la Salud, en la época de los 80's la edad promedio de los infectados con el VIH era de 30 años. Para 2002 los datos epidemiológicos revelaron un alza en las tasas de prevalencia del VIH entre los jóvenes, por ejemplo, cerca de la mitad de las nuevas infecciones se presentaron en jóvenes entre los 15 y 25 años. Asimismo, para ese año cada minuto cinco jóvenes se infectaban de SIDA en el mundo, lo que supondría 7000 jóvenes infectados por el VIH cada día, o 2.6 millones de infectados en el año (ONUSIDA, 2002).

En México, hasta diciembre de 2002, los datos epidemiológicos mostraban que de los 54.449 casos acumulados, el 90% se había contagiado por vía sexual, de estos el 31.5% eran homosexuales, el 22.3% bisexuales y el 36.6% heterosexuales. El 84% de los casos acumulados corresponden a hombres y el 13.5% a mujeres, estableciéndose una relación hombre-mujer de 6 a 1, la cual se incrementa a 9 a 1, cuando se analizan únicamente los casos por transmisión sexual (hombres 90.5% y mujeres 9,5%). El SIDA afecta mayoritariamente a la población en edad productiva en ambos sexos (15-44 años), repercutiendo en el bienestar de miles de familias. En cuanto a los grupos de edad, los datos revelan que el 48.9% de los sujetos diagnosticados con SIDA tenían entre 15 y 34 años, siendo el rango de edad con mayor porcentaje aquel comprendido entre los 25 y 34 años con un 34.3%. Asimismo, uno de cada tres nuevos individuos infectados tenía menos de 29 años (CONASIDA, diciembre, 2002).

Estos datos indican que el SIDA es una enfermedad que afecta a jóvenes y que la principal vía de contagio es la sexual, también sugieren que los afectados por el SIDA contrajeron el virus en su adolescencia, edad en la que normalmente inician sus relaciones sexuales. Asimismo, dado que el periodo de incubación del VIH (periodo para que se manifieste el SIDA) es de 10 a 12 años, existen evidencias suficientes para suponer que los jóvenes entre los 25 y 34 años probablemente se infectaron en plena adolescencia. Sin embargo, en la actualidad los estudiosos en el campo consideran un error identificar a los adolescentes como un grupo de riesgo,

ya que afirman que cualquier persona sexualmente activa, sin importar su raza, clase social, género o preferencia sexual, se encuentra en riesgo, y sugieren los conceptos de conductas de riesgo relacionadas al VIH/SIDA, en lugar de grupos de riesgo. Este cambio de términos se propone para evitar falsas creencias y por consiguiente una falsa seguridad, ya que al señalar a un grupo como vulnerable o en riesgo, la población podría no sentirse identificada con dicho grupo y de esta manera comportarse de manera riesgosa (Gasel, 1990).

Hablar de conductas de riesgo en lugar de grupos de riesgo implica considerar al comportamiento como la dimensión esencial en dicho problema de salud, en donde lo importante se centra en un sujeto actuando sexualmente. En el caso del SIDA, hablar de conductas de riesgo significa que las personas llevan a cabo ciertos comportamientos que morfológicamente hablando, los hacen diferentes unos de otros (sexo anal, oral, vaginal), mismos que conllevan en cierta medida algún peligro; por ejemplo, el sexo anal insertivo es más riesgoso que el coito vaginal y éste, a su vez, más riesgoso que el sexo oral o la masturbación mutua (Cohen y Millar, 1998). Sin embargo, de acuerdo con lo que plantea Ribes (1990) en su modelo psicológico de la salud, identificar las prácticas sexuales que ocurren en un individuo es una condición necesaria mas no suficiente, para establecer comportamientos preventivos, se requiere, además, investigar las circunstancias bajo las cuales éstas ocurren. Por ejemplo, si se desea lograr que una persona que tiene relaciones sexuales anales se comporte preventivamente, se necesita saber, no sólo si usa protección, también son importantes aspectos relativos a la historia de su pareja sexual (alguien conocido, pareja estable, conocimiento sobre su comportamiento sexual previo, si se ha realizado la prueba del VIH, etc.), con qué pareja sí usa protección, con cuál no lo hace, saber cuáles son las razones por las que usa o no usa protección, quién decide usar protección, etc.

Todas estas formas de conducirse sexualmente nos ponen en riesgo, de ahí la importancia de realizar investigación psicológica que vaya más allá de la mera enumeración de los comportamientos sexuales más comunes en una población. El conducir investigación para conocer las formas concretas de comportarse sexualmente, así como la identificación de las variables facilitadoras o inhibidoras de dichos comportamientos, es una de las metas fundamentales de la prevención en el campo de la salud. Sin embargo, en la investigación psicológica, además de la determinación de estas variables, la meta debe estar dirigida a descubrir la naturaleza funcional del comportamiento riesgoso, es decir, el encontrar los procesos psicológicos que subyacen a los comportamientos de riesgo o prevención (Piña, Duarte y Guzmán, 1992).

La literatura sobre el tema se ha orientado a identificar las variables que están asociadas al riesgo de adquirir el VIH/SIDA. La edad de inicio y el número de parejas sexuales son un ejemplo de ello. Villagrán, Cubas, Díaz y Camacho (1990) encontraron que cerca del 50% de los estudiantes investigados reportaron haber tenido relaciones sexuales, de estos el 75% inició su actividad sexual entre los 10 y 19 años, siendo los hombres los que se iniciaron a edades más tempranas. Con relación al número de parejas sexuales en toda la vida, el 31% respondió haber tenido solo una, el 39% de 2 a 4 parejas y el 30% cinco parejas o más. Durbin, DiClemente, Siegel, Krasnovsky, Lazarus y Camacho (1993) demostraron una clara relación entre estas dos variables, al encontrar que aquellos adolescentes que reportaron haberse iniciado sexualmente antes de los trece años también reportaron haber tenido tres o más compañeros sexuales, que aquellos que se habían iniciado entre los 15 o 16 años o a edades más tardías.

El número de parejas sexuales y su relación con el género y grado escolar de los estudiantes, son otras de las variables estudiadas que están asociadas al riesgo. En

1996 Barone, Ickovics, Ayers, Katz, Voyce y Weissberg, investigaron estos aspectos con jóvenes de preparatoria de sexto, octavo y décimo grado, los datos indicaron que el 45% de los sujetos entrevistados reportaron ser sexualmente activos, proporción que se vio incrementada a medida que aumentaba el grado escolar, asimismo 25% de los hombres sexualmente activos reportó haber tenido seis o más parejas sexuales a diferencia de las mujeres en donde solo un 3.6% cayó en esta categoría. Este análisis indicó que la mayoría de los jóvenes sexualmente activos habían tenido múltiples compañeros sexuales, lo que los colocaba en una situación riesgosa.

En otro estudio realizado con estudiantes de preparatoria sexualmente activos y en el que además del número de compañeros sexuales, se evaluaron la frecuencia de las relaciones sexuales, uso de condón y la frecuencia de uso (Alfaro y Diaz, 1994), se encontró que los hombres, a diferencia de las mujeres, tienen un mayor número de parejas sexuales y son más frecuentes sus relaciones sexuales, asimismo se observó una relación positiva entre la frecuencia de las relaciones sexuales y el uso de condón.

Otros estudios han explorado la competencia para usar el condón, siendo la variable del género el parámetro de comparación. Dicho estudio fue realizado por Murphy, Rotheram-Borus y Reid (1998) quienes trabajaron con una muestra de 132 adolescentes sexualmente activos, encontrando que las mujeres, a diferencia de los hombres, mostraron más autoeficacia para tomar la decisión de usar el condón, planear dicha decisión y evitar situaciones de riesgo; sin embargo, los hombres fueron más hábiles que las mujeres para usarlo, cuando se les pidió que lo demostraran.

Estos estudios demuestran la diversidad de variables relacionadas con el comportamiento sexual riesgoso, empleando en su mayoría muestras de ambos sexos. Actualmente en México se ha observado un incremento en el número de mujeres con SIDA, así como un incremento en los casos de personas heterosexuales. Esto podría indicar que las mujeres fueron infectadas por su pareja masculina y heterosexual, situación que nos pone en alerta y sugiere la necesidad de identificar las circunstancias o las condiciones bajo las cuales ocurre el comportamiento sexual riesgoso de los hombres. Esto último se explora en el presente estudio con varones universitarios, considerando un análisis funcional de las variables relativas al uso u no uso del condón: frecuencia del uso del condón, pareja con la que se usa o no se usa el condón, razones para usar o no usar el condón y quién toma la iniciativa para usarlo, además de la frecuencia de las relaciones sexuales y el tipo de pareja con la que las llevan a cabo.

Método

Sujetos: Participaron 524 hombres universitarios sexualmente activos de la Universidad Nacional Autónoma de México, elegidos de una muestra de 1117 estudiantes (hombres y mujeres) sexualmente activos con los que se trabajó en un estudio previo (Robles, 1999). La edad promedio de la muestra fue de 21 años, con un rango de 18 a 33 años.

Escenario: El cuestionario se aplicó dentro del salón de clases al cual acudían normalmente los estudiantes.

VARIABLES EVALUADAS: 1) Frecuencia de las relaciones sexuales, 2) Tipo de pareja con la que se tiene relaciones sexuales, 3) Uso o no de protección, 4) Frecuencia de

uso de protección, 5) Tipo de pareja con la que se usa protección, 6) Razones por las que se usa protección, 7) Quién decide usar protección 8) Tipo de pareja con la que no se usa protección y 9) Razones por las que no se usa protección.

Tipo de estudio: El presente constituye un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

Instrumento: Se utilizó un instrumento desarrollado por Robles y Moreno (2002) que evalúa comportamiento sexual. De dicho instrumento se analizaron únicamente los reactivos que tienen que ver con las variables arriba señaladas.

Procedimiento: La participación de los estudiantes fue voluntaria. Se les entregó un cuestionario en donde se especificaban de manera clara y precisa las instrucciones para su llenado y su correspondiente hoja de respuestas. Asimismo se les indicó que la información que ellos proporcionarían sería totalmente confidencial y permitiría contribuir con el desarrollo de una investigación orientada hacia el diseño de un programa de prevención del SIDA. No existió tiempo límite para contestar el cuestionario. Es importante señalar que todas las preguntas relativas a su comportamiento sexual hicieron referencia a lo que ellos comúnmente hacían, y no a lo que ellos creían que estaría bien o no hacer. Los investigadores permanecieron presentes para responder a cualquier duda.

Resultados y Discusión

Boles y Elifson (1994) tomaron como criterio de riesgo de las relaciones sexuales su frecuencia, de esta manera identificaron como un nivel de bajo riesgo tener relaciones sexuales de 1 a 5 veces por mes, y un nivel alto de 6 a 10 veces por mes. De acuerdo con este criterio, los resultados del presente estudio mostraron que únicamente el 25% de los universitarios se encontraban en un nivel alto de riesgo al reportar tener relaciones sexuales más de 6 veces por mes, mientras que el 75% señalaron llevarlas a cabo esporádicamente (42.1%) o de 1 a 5 veces por mes (32.9%) (Ver Figura 1a). El análisis estadístico mostró diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales entre los jóvenes evaluados $\chi^2(4, .000, p < .05)$; sin embargo, no se observaron diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales entre los jóvenes que si usan o no protección. En relación con el tipo de pareja, se observó que el 77% tenían relaciones sexuales con su pareja estable y sólo el 23% con parejas que podrían considerarse como riesgosas, como desconocidos o sexoservidoras (Ver Figura 1b); estos datos son reforzados al encontrar diferencias significativas entre los sujetos $\chi^2(5, .000, p < .05)$.

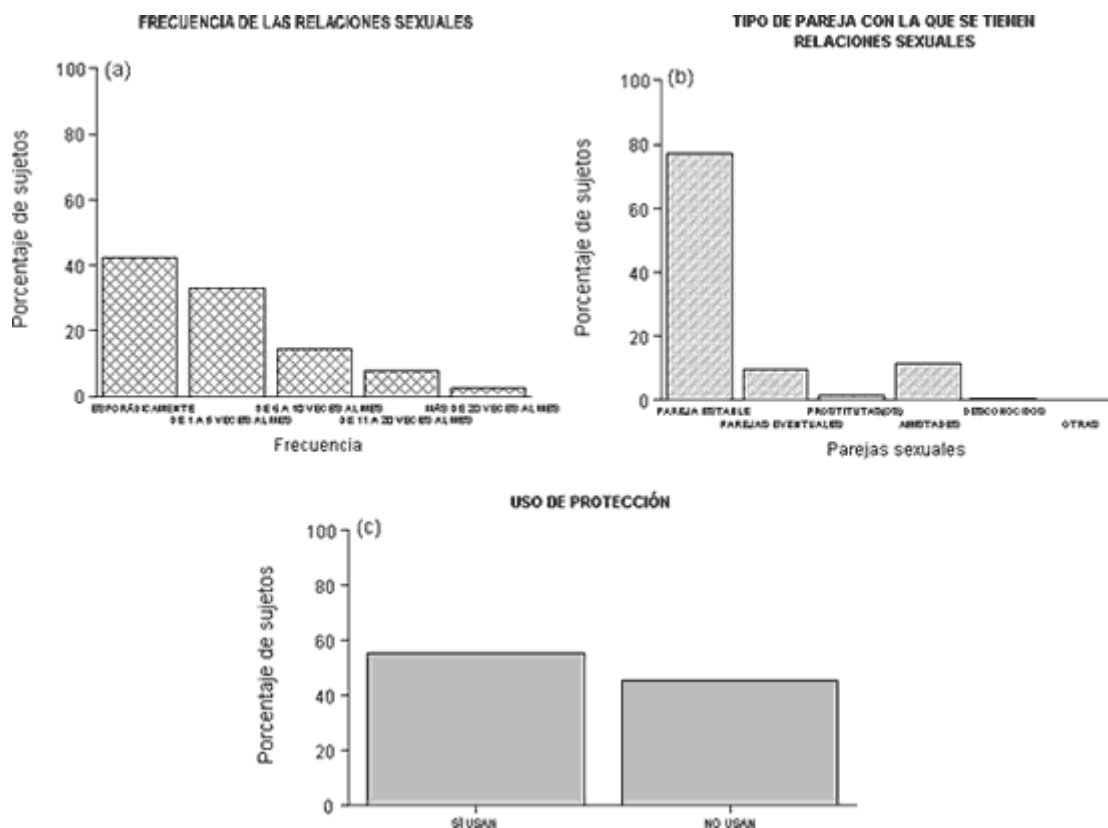


Figura 1 - Porcentaje de estudiantes que respondieron a la frecuencia de las relaciones sexuales (a), tipo de pareja con la que se tienen relaciones sexuales (b) y uso o no de protección (c).

Estos resultados muestran que es bajo el porcentaje de estudiantes que se encuentran en riesgo por la frecuencia de las relaciones sexuales y el tipo de pareja con la que se tienen relaciones sexuales. Sin embargo, al considerar las variables relativas al uso del condón la situación cambia.

De los 524 varones sexualmente activos que participaron en este estudio, el 55% reportaron usar el condón en sus relaciones sexuales (Ver Figura 1c); de éstos, el 52% lo hicieron inconsistentemente, es decir, no lo utilizaron en todas y cada una de sus relaciones sexuales (Ver Figura 2a). Si únicamente se considerara como criterio de riesgo el uso del condón, se podría señalar que más de la mitad de la muestra estudiada no está en riesgo de adquirir el VIH/SIDA porque usa el condón; sin embargo, al saber que el condón debe usarse correcta y consistentemente para poder prevenir esta enfermedad, este dato resulta insuficiente.

Algunos estudios de laboratorio muestran que los condones de látex son altamente efectivos en la prevención de la transmisión del VIH y enfermedades de transmisión sexual. En tres estudios llevados a cabo por De Vicenzi, Saracco y Deschamps (1994) se realizó un seguimiento a 245, 305 y 177 parejas discordantes, respectivamente. Entre aquellas que no usaron condón en cada relación (usuarios inconsistentes), hubo 4.8, 7.7 y 6.8 seroconversiones por año, en contraste, entre aquellas parejas que usaron el condón consistentemente, hubo 0, 1.1, 1.0 seroconversiones. Estos estudios demuestran que los condones son altamente protectores y que su uso consistente y correcto debe ser promovido.

En el presente estudio, un análisis detallado sobre la frecuencia del uso del condón mostró que dentro de los sujetos que tienen relaciones sexuales esporádicamente, sólo el 47% reportó usar protección siempre, el 32% la mayoría de las veces, el 15% la mitad de las veces y el 6% casi nunca, si agrupamos estas tres últimas categorías tenemos que el 53% de los estudiantes varones utilizan protección de manera inconsistente (Ver Figura 2a). Datos semejantes fueron encontrados por Miret, Rodes, Valverde, Geli y Casabona (1997), quienes observaron en una muestra de estudiantes que solo 51% usaba protección de manera consistente, es decir, siempre. Al considerar la frecuencia de las relaciones sexuales con la frecuencia del uso del condón, se encontró que a menor frecuencia de las relaciones sexuales, mayor frecuencia del uso del condón. De los estudiantes que reportaron tener relaciones más frecuentes o con frecuencias riesgosas, el 41% reportó usar protección la mayoría de las veces, el 47% la mitad de las veces y el 11% casi nunca, el análisis estadístico mostró diferencias significativas entre los individuos respecto a la frecuencia del uso de protección $\chi^2(3, .000, p < .05)$. Estos datos coinciden con DiClemente, Lodico, Grinstead, Harper, Rickman, Evans y Coates (1996), quienes encontraron que la frecuencia de las relaciones sexuales estaba inversamente relacionada al uso del condón, ya que los adolescentes con un alto número de episodios sexuales reportaron el uso inconsistente del condón.

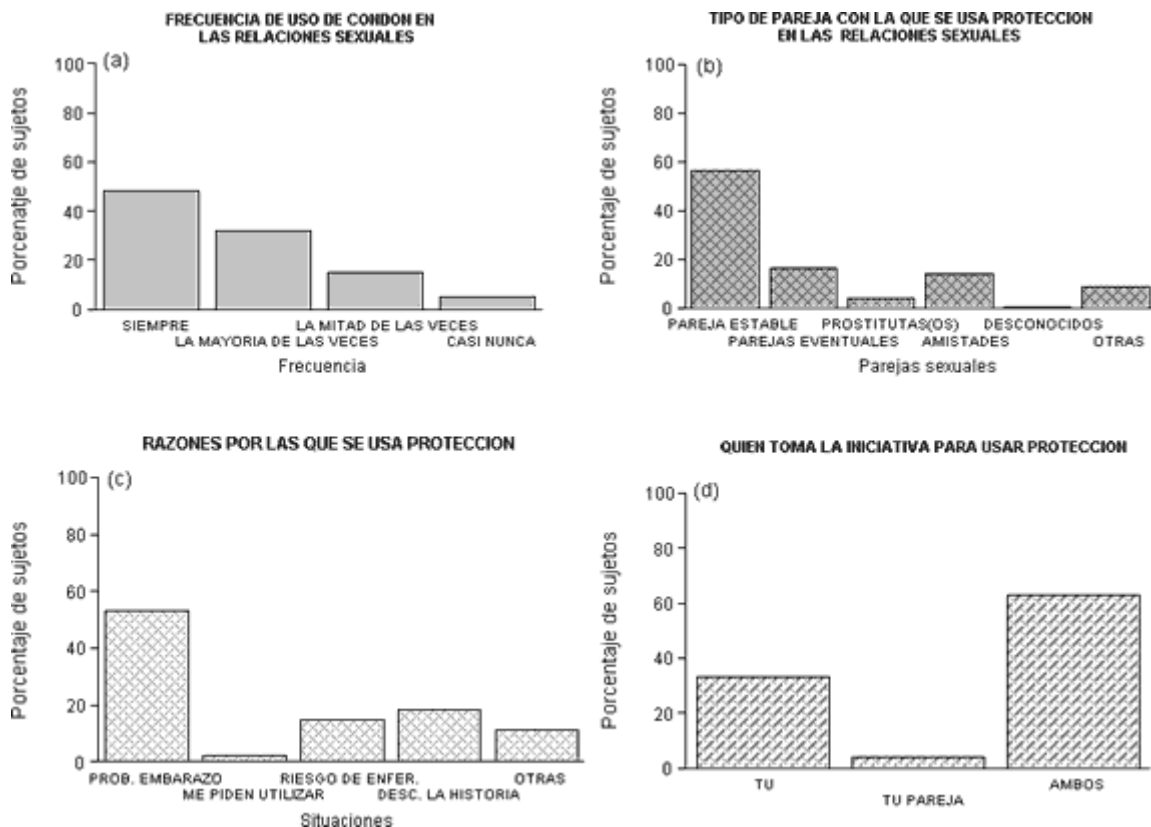


Figura 2 - Porcentaje de estudiantes que respondieron a la frecuencia del uso de protección (a), tipo de pareja con la que se usa protección (b), razones por las que se usa protección (c) y quién toma la iniciativa para usar protección (d).

Otra variable que resultó igualmente reveladora fue lo relativo al tipo de pareja con la que se usa protección, los datos mostraron que el 57% de los estudiantes utilizan protección con su pareja estable, el 16% con parejas eventuales, un 14% con amistades y el 9% con otro tipo de parejas; únicamente el 4% reportó usar el condón con sexoservidores y un .7% con desconocidos. Estos datos indican que el 43% de los encuestados está en riesgo, y que aún cuando usen protección, existe la posibilidad de que un gran porcentaje de estos lo use de manera inconsistente. La Ji Cuadrada mostró diferencias significativas con respecto al tipo de pareja con la que se usa protección $\chi^2(5, .000, p < .05)$, (Ver Figura 2b). Este hallazgo es consistente con el reportado por Gilmore, Morrison, Lowery y Baker (1994), quienes al evaluar a una muestra de adolescentes sexualmente activos, encontraron que era menos probable que usaran protección con su pareja estable, que con parejas eventuales, y demostraron que al usarlo con parejas eventuales o riesgosas, estos lo hacían de manera inconsistente.

Las razones por las cuales una persona usa el condón puede ser otro criterio de riesgo. Es diferente querer usar el condón para prevenir un embarazo que usarlo para prevenir el contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual. Aunque ambos comportamientos son preventivos, es necesario saber, en el campo de la prevención del VIH/SIDA, si la persona lo usa para evitar contagiarse de esta enfermedad. Asimismo, si se usa el condón porque la pareja sexual pide usarlo, también sería una situación de riesgo, en la medida en que la persona estaría dependiendo de que se lo pidieran para usarlo. Tomando en consideración estos aspectos como criterios de riesgo, en este estudio se encontró que más de la mitad de los estudiantes está en riesgo (Ver Figura 2c). El 53% de los estudiantes lo utilizan para evitar el embarazo, mientras que el 19% por desconocer la historia sexual de su pareja, el 15% por el riesgo al contagio de alguna enfermedad, el 11% por alguna otra razón y el 3% porque les piden que lo utilicen. En suma, estos datos indican que cerca de la mitad de los hombres evaluados está en riesgo por las razones que dan para usar protección, el análisis estadístico sugirió diferencias significativas $\chi^2(4, .000, p < .05)$ entre los grupos de respuestas. Este hallazgo también es consistente con otros estudios. Gilmore *et al.* (1994) encontraron resultados semejantes, al observar que los jóvenes de su estudio reportan el uso del condón básicamente como un método anticonceptivo. En otros estudios como el de Sharma, Dave Sharma y Chauhan (2001), los hombres señalaron principalmente razones relacionadas con la sensibilidad, miedo a dejarlo dentro de la mujer, pero también la poca confianza en la efectividad para evitar el embarazo.

Otro factor de riesgo relacionado con el uso del condón que se evaluó en este estudio fue quién toma la iniciativa para usarlo. Se considera un comportamiento preventivo cuando la iniciativa la toma el propio estudiante o ambos miembros de la pareja, pero si la iniciativa la toma su pareja sexual entonces estaría en una condición de riesgo, dado que el uso del condón dependería de que la pareja lo propusiera. De acuerdo con este criterio, en este estudio se encontró que solamente el 4% de los varones estaría en riesgo (Ver Figura 2d), el 33% reportó que son ellos mismos los que toman la decisión y un 63% ambos. La Ji Cuadrada mostró nuevamente diferencias significativas $\chi^2(2, .000, p < .05)$.

Hasta este momento se han mostrado los datos relativos a los varones que sí usan protección. Ahora se presentan los datos de quienes reportaron no usar el condón. Aun cuando el hecho de no usar el condón es en sí mismo un comportamiento de riesgo, es posible que en algunas situaciones no lo sea. Por ejemplo, no usar el condón con la pareja estable porque se conoce su historia sexual podría ser de menor riesgo que no usarlo con alguien desconocido. Asimismo, no usar el condón porque se tiene la seguridad de que la pareja no tiene VIH/SIDA o alguna otra enfermedad de transmisión sexual, es menos riesgoso que no usarlo porque no hay probabilidad de embarazo. De acuerdo con esto, en la Figura 3 se muestran las

respuestas relativas a las razones para no usar protección y el tipo de pareja con la que no usan el condón aquellos jóvenes que reportaron no usar protección. Del 45% de los jóvenes que reportaron no usar protección, el 44% lo atribuyó a la poca probabilidad de embarazo, un 29% por conocer la historia sexual de su pareja, un 14% porque no había riesgo de alguna enfermedad, el 8% por otras razones y un 6% porque le pidieron utilizarlo (Figura 3b). Se observaron diferencias significativas entre las opciones de respuesta $\chi^2(4, .000, p < .05)$. Estos datos sugieren que tanto el uso como el no uso de protección, está relacionado principalmente con la probabilidad de embarazo, cuando también debería ser prioritario una razón relacionada con el contagio de una enfermedad sexual.

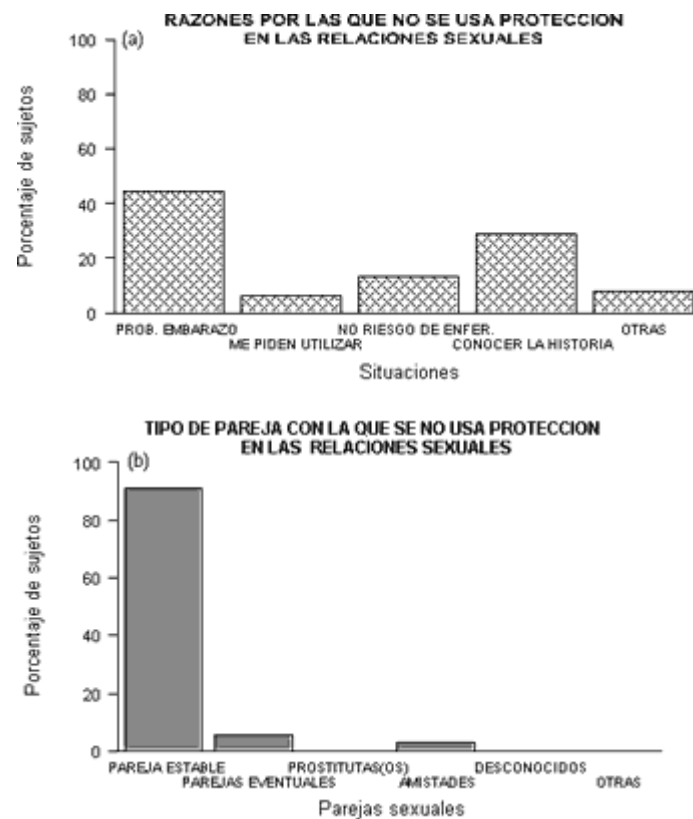


Figura 3 - Porcentaje de estudiantes que respondieron no usar el condón por distintas razones(a) y con diferentes tipos de pareja (b).

Con relación al tipo de pareja con la que no se usa protección se observó que el 91% no usa el condón con su pareja estable, el 5.6% con una pareja eventual y el 2.8% con amistades (Figura 3a). Se encontraron diferencias significativas en cuanto al tipo de pareja con la que se tienen relaciones sexuales sin protección $\chi^2(2, .000, p < .05)$. Esto supondría que la mayoría está fuera de riesgo, dado que podemos pensar que son fieles y que esta última situación podría ser un indicador de monogamia, pero entre los adolescentes esta monogamia es serial, ya que, efectivamente, solo tienen relaciones sexuales con su pareja estable pero durante un tiempo corto, transcurrido éste, se tendrá una nueva pareja y se repetirá un sinnúmero de ocasiones, condición que los pone nuevamente en riesgo.

Los datos de este estudio muestran de manera clara y precisa la necesidad de evaluar aquellas variables de las cuales el comportamiento es función e ir más allá de la enumeración de los comportamientos más frecuentes de un grupo de individuos. En el caso particular de este estudio la muestra estuvo constituida por 524 hombres universitarios, los cuales en su mayoría se encuentran en riesgo por las diferentes variables de las que su comportamiento es función (tipo de pareja, frecuencia de las relaciones sexuales, frecuencia de uso de protección, tipo de pareja con la que se tienen relaciones, frecuencia de uso de protección etc.).

Un análisis en este sentido tiene implicaciones importantes para el diseño de programas y campañas preventivas. Este estudio demuestra que no es suficiente que las personas, y particularmente los jóvenes, conozcan y sepan que es necesario que usen protección en sus relaciones sexuales, es necesario además que conozcan que deben usarlo de manera consistente, es decir, en todas y cada una de sus relaciones sexuales, y que no importa si las tienen con su pareja estable o una persona con la que mantienen relaciones de amistad además de la sexual. Este estudio demostró que no es suficiente el conocer si los jóvenes usan o no protección, ya que una respuesta afirmativa puede obscurecer otras variables que asociadas potencian un riesgo, como lo pueden ser la frecuencia del uso del condón, las parejas con las que se usa y las razones para usarlo. Esto nos exige y nos obliga a los profesionales de la salud a dirigir nuestros esfuerzos hacia el análisis funcional de las habilidades encaminadas a garantizar comportamientos preventivos.

Referencias

- Alfaro, M. L. y Díaz, L. R. (1994). Factores psicosociales y conductas sociales que predicen el uso del condón en estudiantes sexualmente activos. *La Psicología Social en México*, 5, 636-641.
- Barone, Ch., Ickovics, J. R., Ayers, T. S., Katz, S. M., Voyce, Ch. K., & Weissberg, R. P. (1996). High risk sexual behavior among urban students. *Family Planning Perspectives*, 8(2), 69-74.
- Boles J. & Elifson, K. (1994). The social organization prostitution and AIDS. *Social Science and Medicine*, 39(1), 85-93.
- Cohen, M.S. & Miller, W.C. (1998). Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus infection: cause, effect, or both? *International Journal of Infectious Diseases*, 3(1), 1-4.
- CONASIDA (2002). *Dirección General de Epidemiología. Registro Nacional de Casos*. Disponible en <http://www.ssa.gob.mx/conasida>.
- De Vicenzi, I., Saracco, D., & Deschamps, R. (1994). A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *The England Journal of Medicine*, 331(6), 341-346.
- Diclemente, R., Lodico, M., Grinstead, O., Harper, G., Rickman, R., Evans, P. & Coates, T. (1996). African American adolescents residing in high risk urban environments do use condoms: correlates and predictors of condom use among adolescent in Public Housing Development. *Pediatrics*, 98(2), 269-278.

Durbin, M., DiClemente, R. J., Siegel, D., Krasnovsky, F., Lazarus, N. & Camacho, T. (1993). Factors associated with multiple sex partners among junior high school students. *Journal of Adolescent Health*, 14(3), 202-207.

Gasel, M. (1990). Hábitos sexuales con alto riesgo para la transmisión del SIDA. En: V. DeVita., S. Hellman y S. Rosenberg. *SIDA: Etiología, Diagnóstico, Tratamiento y Prevención*. Barcelona: Salvat, 359-371.

Gilmore, M. R., Morrison, D. M., Jowery, C. & Baker, S. A. (1994). Beliefs about condoms and their association with to use condom youth in detention. *Journal of Adolescent Health*, 15(3), 228-237.

Miret, M., Rodes, A., Valverde, G., Geli, M. & Casabona, J. (1997). Risk behaviors related with infection by human immunodeficiency virus among adolescent students in Catalonia. *Gaceta Sanitaria*, 11(2), 66-67.

Murphy, D. A., Rotheram-Borus, M. J. & Reid, A. M. (1998). Adolescent gender differences in HIV related sexual risk acts social-cognitive factors and behavior skills. *Journal Adolescent*, 21(2), 197-208.

ONUSIDA (2002). *Los jóvenes bajo la amenaza del SIDA*. Barcelona. Informe publicado por CONASIDA. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/conasida>.

Piña, J., Duarte, L. y Guzmán, A. (1992). El comportamiento como categoría psicológica frente al SIDA. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7(2), 91-99.

Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

Robles, S. (1999). *Evaluación de conocimientos y prácticas sexuales relacionados con el VIH/SIDA en estudiantes universitarios*. Tesis de Maestría no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

Robles, S. y Moreno, D. (2002). Evaluación psicológica en la prevención del VIH/SIDA. En: L.E. Aragón y A. Silva (compiladores) *Evaluación psicológica en el área clínica*. México: Editorial PAX, 103-147.

Sharma, V., Dave, A., Sharma, P. & Chauhan, P. (2001). Condoms: mis-use=non-use. The condom equation in Guarat, India. *AIDS Care*, 9(8), 707-714.

Smith, T. W. (1989, febrero). *Adult sexual behavior in 1989: number of partners, frequency and risk*. Documento presentado en la reunión de la American Association for the Advancement of Science, New Orleans.

Villagrán, V. G., Cubas, C. E., Díaz, L. R. y Camacho, V. M. (1990). Prácticas sexuales, conductas preventivas y percepción de riesgo de contraer el SIDA en estudiantes. *La Psicología Social en México*, 3, 305-309.

SALUD, DISCAPACIDAD Y PTERNIDAD EN MÉXICO

Patricia Ortega Silva
Adriana Garrido Garduño
Alejandra Salguero Velásquez

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

Uno de los principales cuestionamientos para quienes trabajan con grupos familiares donde hay niños o niñas con discapacidad, se deriva de la confusión del criterio de salud y enfermedad. Por lo general, cuando surge una crisis en el funcionamiento intelectual de una persona, su grupo familiar se define como "sanos", opuestos al integrante definido como "enfermo". El criterio de salud y enfermedad está superpuesto al de normalidad y anormalidad y también al de adaptación y desadaptación. Con frecuencia, el grupo familiar no percibe el código de valores desde el cual se da el significado a una conducta como sana/enferma y lo opuesto salud/enfermedad, no cuestiona el código de valores y lo considera como absoluto, válido y natural. En cuanto a la definición de normas en México, relacionadas con el funcionamiento de la salud psicológica o el estatus social de sus miembros, es importante señalar que éstas son con frecuencia delimitadas por especialistas que definen un código ético y al mismo tiempo, retoman lo que la sociedad instituye como derechos legales y judiciales.

El modelo médico empleado para atribuir condiciones de salud-enfermedad al comportamiento, vía la acción de procesos mentales y trastornos neurológicos causales, interpreta una patología como una condición intrínseca a la conducta por su supuesta relación directa y lineal con procesos mentales y neurológicos. Sin embargo, este modelo es criticado desde enfoques sociales, en el sentido de que no se puede hablar de enfermedad mental como una patología intrínseca de la conducta, sino como una patología o anormalidad en la conducta de naturaleza extrínseca, impuesta por las contingencias y circunstancias del ambiente, incluso cuando podían identificarse disfunciones orgánicas asociadas. Esto implica que las conductas anormales se pueden identificar por su forma (criterios puramente morfológicos), en la medida en que se ajustan a dicha forma, su funcionalidad –o patología- es universal para todos los individuos y, por consiguiente, hay una búsqueda de técnicas específicas para su eliminación como modalidad dominante de intervención terapéutica.

Al respecto, es necesario mencionar ciertos argumentos que subyacen algunos criterios de valoración sobre el comportamiento "anormal". La salud ocupa un lugar de extraordinaria importancia en nuestra vida personal y social, la cual requiere ser definida desde diferentes puntos de vista: antropológico, sociológico, médico, histórico y filosófico.

Al respecto, Sánchez, (2000) señala que la palabra salud puede ser usada en contextos muy diferentes que condicionan su significado, esto se debe a que el contexto frecuentemente aporta los presupuestos conceptuales del significado, selecciona sus componentes posibles y delimita la extensión de su aplicación.

En el contexto médico-asistencial predominan los objetivos curativos y pragmáticos, donde el concepto primario es de enfermedad objetiva diagnosticable por sus signos anatómicos, físicos o químicos. Y la salud tiende a ser concebida negativamente, como mera ausencia de enfermedad (ausencia de lesiones anatómicas, de perturbaciones en funciones vitales, ausencia de síntomas, etc.)

El contexto cultural de los pacientes se refiere a que cada cultura delimita o construye un conjunto peculiar de enfermedades, que son las que otorgan la condición de enfermo e incorpora además en las personas interpretaciones y actitudes que inducen a vivir la enfermedad de una determinada manera. El concepto es el de *dolencia* (interpretado según los estereotipos culturales). Estar sano es "ser visto como estando sano" y ser capaz de ajustarse a las formas de vida culturalmente aceptadas. Aquí los objetivos son la recuperación de la normalidad y de la adaptación que hace posible la vida en una comunidad.

El contexto sociológico está configurado por el estudio de la sociedad como un todo integrado. Sus objetivos son la comprensión y la actuación sobre el cuerpo en lo social. En este contexto se entiende la salud de los individuos como un estado de funcionalidad eficiente dentro de un rol social, y la salud será un estado, una condición necesaria para el cumplimiento de las expectativas sociales. Esto se puede confirmar con la definición que da Parsons (1881) de salud "es el estado de capacidad óptimo de un individuo para la realización efectiva de los roles y las tareas para los que ha sido socializado" (pp.57).

El contexto filosófico y antropológico está configurado por una concepción global del ser humano, en donde se define la salud como el estado más propio y específicamente humano, de acuerdo con la idea antropológica que se tenga; por ejemplo, puede entenderse la salud como un estilo de vida autónomo y responsable o como una capacidad de realización de los valores más específicamente humanos. En este contexto, autores como Entralgo y Gracia (1997, citados en Sánchez, 2000) definen la salud como: "Hábito psico-orgánico al servicio de la vida y de la libertad de la persona; y consiste tanto en la posesión de esa normalidad como en la capacidad física para realizar los proyectos vitales de la persona en cuestión" (pp.5). Y en la misma línea, Gracia propone una nueva definición: "Salud es capacidad de posesión y apropiación del cuerpo, que es lo contrario de esclavitud y servicio. Sano no está quien mayor bienestar siente, sino quien más plenamente es capaz de apropiarse y cultivar su propio cuerpo" (pp. 5). Por último, el contexto ideal y utópico es aquel que está influido por las ideas existentes acerca de la felicidad plena y la calidad integral de vida. Se puede llegar a reconocer todo tipo de deseos y aspiraciones humanas, incluyendo las potencialidades superiores y las realizaciones llamadas espirituales.

Ahora bien, el hablar de diferentes contextos nos muestra que no existe una definición de la salud que sea absolutamente mejor que las otras, aunque sí se puede decir que ciertas definiciones son más propias de determinados contextos y que se adaptan mejor a unos propósitos que a otros.

Sánchez (2000) enmarca dos tipos de definiciones sobre el concepto de salud: 1) definiciones normativistas y 2) definiciones neutralistas. Las definiciones neutralistas intentan proporcionar descripciones y criterios de salud objetivos. Estas definiciones marcan que no hay necesidad de recurrir a los juicios de valor porque la definición de la salud y la enfermedad es una cuestión científica empírica. Esto representa el punto de vista biomédico que retoma ciertos datos anatómicos, fisiológicos o bioquímicos identificables como patológicos, independientemente del contexto socio-cultural. Se rechaza la idea de que la salud es una construcción social, y propone criterios objetivos que permitan definir el estado de salud. El más

usado de estos criterios es el de "normalidad estadística", el cual implica que la enfermedad es una desviación excesiva de la media, tanto por exceso como por efecto. Las definiciones de este tipo toman en cuenta que los organismos biológicos son el resultado de una larga evolución biológica bajo circunstancias ambientales muy variadas, y cuyo objetivo es la supervivencia y la reproducción, así la salud consistiría en "el funcionamiento del organismo según el proyecto establecido por la selección natural y la enfermedad sería cada vez que hubiese un impedimento en las funciones típicas de una particular especie".

Las definiciones normativistas señalan que la salud y la enfermedad son conceptos que están supeditados a cuestiones de valoración sobre lo deseable, lo útil o lo bueno; de modo que si no se hace referencia a esos valores, es imposible decidir si un estado es de salud o de enfermedad. La salud y la enfermedad sólo podrían ser definidas en el marco de una cultura particular, es decir, habrá estados que serán calificados como enfermedades porque en la cultura correspondiente son vistos como malos o indeseables.

Autores como Margolis, (1976); Culvert y Gert, (1982) y Engelhardt, (1984) que manejan definiciones "normativistas", manifiestan el punto de vista cultural según el cual los criterios que permiten reconocer y definir un estado como patológico son valorativos y dependen de las normas socioculturales establecidas. Las concepciones de salud son dependientes de normas y juicios de valor, así como de la forma en que se entienda el funcionalismo de los seres humanos. En toda cultura existen ciertos valores que no podrán dejar de estar presentes en la definición de los problemas clínicos. Específicamente, Culvert y Gert (1982) señalan que lo importante dentro de una definición de la enfermedad no es la alteración objetiva, sino la percepción cultural de que esta alteración es un mal.

Habría que señalar que existen definiciones de salud más inclusivas o más restrictivas, es decir, desde aquellas que sólo contemplan estados físicos (que se restringen a lo estrictamente corporal) hasta las que incluyen estados psíquicos, sociales (que incluyen la capacidad para llevar una vida socialmente productiva, o al menos poder desarrollar un rol social) e incluso espirituales. Los conceptos vigentes sobre la salud y la enfermedad son importantes porque configuran la manera de pensar y de actuar en diversos campos: desde cuestiones muy íntimas hasta los programas políticos, económicos y sociales. Y por lo tanto, es difícil encontrar una definición única y universal del término "salud", lo cual se debe a que: 1) es una palabra que se usa en contextos múltiples y distintos, 2) se apoya en diferentes presupuestos básicos y 3) resume muchas aspiraciones ideales sobre el estado de vida deseable que las personas desean alcanzar.

En un contexto como el nuestro, en el que la salud es tan importante, los conceptos que se tengan acerca de ella, pueden tener repercusiones en diferentes ámbitos, que van desde cuestiones políticas e institucionales hasta aspectos vinculados con estilos de crianza reflejados en el ejercicio de la paternidad, y específicamente en familias donde se identifican niños o niñas con características físicas, emocionales y sociales "diferentes". En este sentido, el objetivo de este trabajo se relaciona con la identificación de algunas características del ejercicio de la paternidad y la relación que tienen con conceptos de salud/enfermedad, normalidad/anormalidad, en el área de la salud.

El grupo de varones seleccionados para este estudio no pretendió ser representativo en términos estadísticos, y por tanto no se ofrece información generalizable más allá de similitudes con personas de grupos sociales que compartan las características que a continuación se mencionan: 1) hombres que vivan con sus hijos y con su pareja; 2) varones cuyo rango de edad sea de 25 a 55

años, 3) con una escolaridad de secundaria, bachillerato, carrera técnica y/o licenciatura, 4) con un nivel socioeconómico: alto (4 a 6 s.m. o más de 6 s.m.) y bajo (1 a 4 s.m.), 5) que hayan o no tenido hijos o hijas después del niño o niña con discapacidad. También es importante señalar que los varones de este estudio son padres que habían solicitado un servicio de Educación Especial, es decir, actualmente llevan a sus hijos a la Clínica Universitaria de la Salud Integral (FES Iztacala, UNAM).

Se utilizó una metodología cualitativa que retoma la perspectiva relacional de los procesos, para comprenderlos como parte de procesos históricos, culturales y sociales que se pueden ubicar en contextos específicos. Lo cual implica recuperar, para su análisis, la visión que los propios hombres tienen de sí como padres de niños(as) con discapacidad y la aceptación o no de un niño(a) con características diferentes y la participación de ellos en el proceso de crianza.

La herramienta que se utilizó para la recolección de los datos fue una entrevista semiestructurada de tipo cualitativo. Esto permitió acceder al punto de vista de los varones, sus percepciones, valoraciones y prácticas, profundizando en algunos de los significados en el ámbito de su experiencia personal, para obtener una comprensión más próxima sobre los estereotipos de masculinidad y paternidad, desde su propio punto de vista. Los resultados de las entrevistas se analizaron con base en el eje "El ser padre de un hijo(a) con discapacidad".

La paternidad en un grupo de varones

Los padres de niños con discapacidad son un grupo de varones que requieren ser estudiados porque algunas veces se identifican como un círculo diferente a aquellos padres de niños "normales", en el ejercicio de su paternidad. No son diferentes de los otros padres, pero responden a sus hijos o hijas de manera distinta, e incluso llegan a distinguir su enfoque parental del de su esposa. Difieren de las madres en que tienden a estar más preocupados por las implicaciones a largo plazo que pueden surgir a partir de las características particulares de sus hijos o hijas. En consecuencia, tienden a responder al nacimiento más críticamente que las madres. Éstas, entre tanto, sienten más tristeza y culpa, como si el defecto biológico del niño fluyera más directamente de su cuerpo al del niño o niña (Pruett, 2001). Un estudio reportado por este mismo autor, señala que el padre de un niño o niña discapacitado(a) pasa más tiempo en casa con su hijo(a) que los padres de niños sin discapacidad. Tienen más inclinación a alzar y comprometerse de manera no verbal con el niño y miran mucha televisión, siguen su propia agenda, tanto como la prescrita, para la rehabilitación de su hijo, en parte por sus propias competencias para resolver problemas y en parte a causa de un profundo resentimiento ante la exclusión que experimentan de parte de las instituciones y encargados de la atención infantil. Muchos padres se sienten enojados por estas experiencias de exclusión, y prefieren retraerse del contexto social en el que se desenvuelven, aunque el retirarse es especialmente destructivo para los hombres, sus hijos y su matrimonio. Todo esto indica que las intervenciones psicológicas, educativas y sociales tienen que apuntar sobre todo a la situación familiar y principalmente a lo que consideran los varones como el ejercicio de su paternidad.

Cuando se espera la llegada de un hijo, los nuevos padres empiezan a formar un mundo imaginario donde se formulan infinidad de preguntas referentes a lo que esperan de ese hijo o hija, será una persona que cumpla sus deseos, sus expectativas y que llegue a ser lo que ellos no fueron o a tener lo que ellos no

tuvieron; el hombre espera un hijo o hija "normal", la imagen que la pareja se forma es siempre ideal, un niño sin "defectos", "normal" y sano.

"...pues que sea un niño normal, que lo vea yo correr al lado mío, que nos pongamos a platicar, que me diga quiero esto papá, vamos acá papá, pero que sea un niño normal..." (V3, 39 años, preparatoria, n.s.e. bajo, hijo de 6 años de edad)

Tales expectativas se modifican cuando el nuevo miembro de la familia llega y se hace evidente que sus características físicas, sociales y conductuales son "diferentes", y a partir de esto surgen cuestionamientos sociales (etiquetas, barreras, discriminaciones, entre otras) con respecto al desarrollo del niño, lo cual lo hace más vulnerable que cualquier otra persona.

En algunos padres, se da un proceso que podría llamarse "miedo a lo desconocido", el cual generalmente influye en cómo se ejerce la paternidad.

"...mi único temor fue cuando a mi hijo le estaban dando convulsiones, y pensé eso va ser toda la vida, es que más que nada, he visto varios ataques epilépticos de personas mayores, y este, ese era mi temor, por qué ahora que vemos a mi hijo de aquí en adelante, vamos a tener ese tipo de problemas, pero nunca dude en quererle ayudar, tratar de que siga delante de su problema, para mi eso es importante. Ahora lo he estado llevando a doctores y doctores, la prueba es que ya no le dan convulsiones, ya va para tres años, pero mi temor era ese, que reaccionara y ayudarle en lo que se pudiera, y un error que siento que sí fue grande, haberlo mimado tanto, por la cuestión de su enfermedad..." (V7, 32 años, secundaria, n.s.e. bajo, hijo de 8 años de edad)

"...pues con respecto a Alan, nada más el que hable, nada más, el que no pueda hablar en lo futuro, no, de ahí en fuera no..." (V3, 39 años, preparatoria, n.s.e. bajo, hijo de 6 años de edad).

Habría que señalar que el ejercicio de la paternidad con niños o niñas con discapacidad está estrechamente vinculado con supuestos acerca de la salud, esto implica juzgar al individuo como sano (normal) o enfermo (anormal). Entonces la normalidad se define como la ausencia de problemas biológicos y la anormalidad surge ante la presencia de alguna alteración en el organismo, causada por algún problema morfológico o funcional y se asocia con la enfermedad.

"...nosotros lo hemos visto como parte de una familia normal, como si fuera una familia normal. Sin embargo, el requiere de mayor atención" (V9, 49 años, licenciatura, n.s.e. alto, hijo de 8 años de edad).

"...pues si cambia la forma de vivir porque no es lo mismo que convivas con un niño normal a que vivas con un niño con un problema, el niño con un problema necesita ciertas atenciones no puede estar con mucha gente por la estimulación, entonces hay ciertos cambios..." (V9, 49 años, licenciatura, n.s.e. alto, hijo de 8 años de edad).

Considero que los discursos de estos padres muestran claramente cómo los conceptos de "normalidad" y "anormalidad", están sumamente arraigados a las expectativas sociales que se tienen acerca de las personas que muestran características diferentes a las de los demás. Y esto hace que surjan ciertas presiones sociales, obstáculos educativos, cambios familiares, entre otros, que de alguna manera influyan en el desarrollo general de estos individuos, e incluso se conviertan en personas mucho más vulnerables.

El problema del aislamiento y rechazo social se agudiza inevitablemente por una experiencia que caracteriza a las personas con discapacidad, es el hecho de llevar una categoría social de discapacitado. Nuestra cultura hace mucho hincapié en ser normal, y cualquier cosa que indique que la persona es diferente, interferirá con la aceptación social de esa persona. Este signo de desviación se llama estigma, el cual implica que cualquier impedimento o deformidad física y/o social tiende a quitarle valor a la persona y la hace aparecer menos digna que las demás personas (Goffman, 1995).

A partir de esto hay una tendencia a desarrollar ciertas respuestas estereotipadas (rechazo, discriminación, aislamiento, agresión física y verbal, entre otras) que nos llevan a formular prejuicios (prejuicio proviene de dos palabras latinas, prae-antes- y iudicium-un juicio-; implica un juicio expresado antes de conocer todos los hechos.)¹. Los prejuicios pueden distorsionar nuestro juicio e impedirnos llegar a decisiones no apropiadas con respecto al funcionamiento de los niños o niñas con características "diferentes". Como ya se mencionó, a partir de estos juicios se dan varias acciones sociales (rechazo, indiferencia, maltrato, entre otras) que frecuentemente se ven reflejadas en los ambientes familiares y en específico, en el papel que puedan jugar los varones al ejercer su paternidad.

"...la gente empieza a molestar y eso ocasiona problemas, en la convivencia con el niño (a) o niña o con tu familia. Yo no tenía problemas con el niño, sino con ella, porque es feo que te digan, que tu niño es un loco, un tonto, varias veces la hicieron llorar, pero eso ya lo supero ella, y lo supo asimilar y hasta la fecha ya no nos molestan..." (V2, 38 años, carrera técnica, n.s.e. alto, hijo de 1 año 6 meses de edad)

Al respecto, considero que esta respuesta puede justificarse porque generalmente las personas se sienten incómodas en presencia de una persona cuyas características son diferentes (ciega, con parálisis cerebral, sorda, etc.), no saben si es mejor ignorar el caso o si deben comportarse de manera distinta. En consecuencia, cuando están enfrente de una persona estigmatizada, tienden a comportarse con mayor formalidad y su conversación con ellos es corta y escueta (estas reacciones son todavía más crudas por parte de los niños, los cuales tienden a burlarse de cualquier niño que sea diferente) y esto hace que el intercambio social sea difícil.

Cuando una persona estigmatizada tiene un estilo de vida que sale de los esquemas conocidos en la actualidad, corre el riesgo de ser rechazada, descalificada o bien como señala Figueroa y Fuentes (2001), es percibido como una muestra de "decadencia moral", en la medida en que no responde a los valores tradicionales aceptados. Esto implica que ciertos valores y normas sociales están presentes en la construcción social de la realidad en la que se encuentran involucrados todos los seres humanos.

De ahí que diversas concepciones sobre lo "normal" y la "anormalidad" tienen mucho que ver con las actitudes de los grupos sociales a personas que no cumplen normas previamente estipuladas; tal sería el caso de familias que tienen miembros con alguna discapacidad, se les restringe su participación en ciertos círculos sociales.

"...no ha habido presión de la sociedad, ha habido presión de ciertos clubes, que nos hemos tenido que alejar. A Maricarmen sí le ha pesado porque dice oye...pero en el Montañés y otro club y lo tenemos que aceptar porque tienen sus políticas y no se pueden hacer responsables de alguien que no es "normal" y pues me tuve que retirar, y no me interesa porque soy muy amigüero, mucho muy amigüero, me

reúno con mis compañeros de la secundaria o de la primaria de la universidad ya no porque unos se fueron a medicina otros a Odontología y ya no..."(V9, 49 años, licenciatura, n.s. e. alto, hijo de 18 años de edad).

Los varones de este estudio reportan que la actitud que la gente tiene hacia estos niños o niñas a veces parece ser de sorpresa, admiración, compasión y, en el mejor de los casos, parece ser de apoyo y aceptación.

"...se me quedan viendo, comentarios fuertes no me han echo, yo paso normal, la calle es libre, salvo una persona hizo un comentario fuerte: que sería de la niña, cuando fuera una señorita, y le dije pues ella va a caminar y correr como todos. A mí no me dicen directamente, porque saben que si se meten conmigo, pues yo voy a reaccionar como todos, me están provocando. Solo he escuchado, échele ganas y siga adelante. No me siento culpable, me siento tranquilo..." (V4, 25 años, secundaria, n.s. e. bajo, hija de 2 años de edad).

"...a veces se guardan los comentarios, a veces no, me preguntan que tiene la niña, y yo les digo que paso, hay momentos que me dicen , pues mira échale ganas, lo que tienes que hacer pues hazlo, hay gente que si en parte me brinda su apoyo, y otros se compadecen y les digo saben que, esto no esta mal, porque lo mando Dios y tenemos que enfrentarlo, yo creo que hay que salir adelante, y esa gente piensa muy negativamente, y yo les digo que están mal y no les hago caso..." (V4, 25 años, secundaria, n.s.e. bajo, hija de 2 años de edad)

El retomar una explicación sociológica para estos reportes nos lleva a plantear que generalmente la salud de los individuos se vincula a un estado de funcionalidad eficiente dentro de un rol social, y si hay salud o el niño o niña es normal, es probable que se cumplan las expectativas sociales.

"...cuando lo conocieron en mi casa, decían que bonito niño, pero veían que siempre, por lo regular cuando lo presumíamos, siempre andaba así... y así andaba... y decían tu hijo esta malito, tu hijo y yo les digo, no esta malito porque no tiene ningún padecimiento, o sea si es diferente a otros niños, en el aspecto de que no puede correr, no puede caminar, no puede hablar, en este momento empieza a balbucear. En la calle todo mundo lo voltea a ver, porque si lo veían raro, a ver ese niño porque viene todo colgado. Yo nunca lo escondí, pero no me gusta que lllore..." (V10, 22 años, pasante de licenciatura, n.s.e. bajo, hijo de 3 años de edad).

Esta actitud hacia los niños o niñas discapacitados los hace personas más vulnerables² ante situaciones de comunidad, educativas, sociales e incluso familiares. Sin embargo, los reportes de estos varones, muestran no tomar en cuenta el "que dirán" para el trato de sus hijos o hijas.

"...no, como que esas cosas no me interesan (importan). Hay comentarios que a veces nos hacen con respecto a la niña, y me molestan, yo no me atrevería a decir comentarios porque a mí no me gustaría que a mi niña, se los hicieran, que pasara la gente y dijeran, a mí no me gustaría..." (V11, 41 años, primaria, n.s.e. bajo, hija de 5 años de edad)

"...yo me siento normal, normal, yo lo saco, y yo no soy de las personas que esconda a mi hijo, y si lo he visto en otras familia que los esconden, lo cual no es correcto. No claro que no, porque hay gente que en momento dado me admira, hay mira el no lo esconde, no, como otros, eso me motiva mucho para seguir adelante. No me interesan sus opiniones, simplemente debo de tratar de sacar a mi hijo, porque si nos ponemos a ver lo que dicen los demás, en lugar de estar ayudando a

nuestros hijos así, los estamos perjudicando.." (V5, 34 años, licenciatura, n.s.e. alto, hijo de 14 años de edad)

"...no, nunca. Hubo un tiempo al principio que dejamos de salir, por miedo a que se enfermara, porque es delicada de su corazón, pero estábamos afectando a los otros niños. Por lo tanto un día me decidí y empezamos a pasear, que los demás vean y conozcan a mi hija como es. Todos la aceptan muy bien (los familiares de mi esposa), sobre todo las niñas, la traen para allá y para acá. Tanto de la familia de mi esposa como la mía, no hay ningún rechazo, amigos cercanos y del trabajo conocen mi situación y no hemos tenido ningún tipo de rechazo..." (V6, 42 años, licenciatura. n.s.e. alto, hija de 4 años de edad).

Desde mi perspectiva, creo que los discursos de estos varones llevan implícitos ciertas cuestiones de valoración sobre lo deseable, lo útil o lo bueno; de tal forma que si no se hace referencia a esos valores, es imposible decidir si un estado es de normalidad (salud) o de anormalidad (enfermedad), es decir, habrá situaciones que serán calificadas como anormales porque en la cultura correspondiente son vistos como personas con discapacidad.

El reporte de uno de los padres muestra que generalmente la actitud que se tiene para estas personas tiene que ver con normas y juicios de valor establecidos por el círculo social en el que se desenvuelven.

"...como usted lo sabe bien, muy. Apenas esta comenzando la cultura en México, se asombran, si uno va a un restaurante, se le quedan mirando. Al principio como le digo nosotros lo sentíamos, se retrae uno o algo, y uno no sabe que hacer, pero ahora ya no. Pues ni modo es un niño que le puede suceder a cualquiera, a nosotros mismos nos puede suceder..." (V9, 49 años, licenciatura, n.s.e. alto, hijo de 18 años).

1. Los prejuicios tiene su origen en varios aspectos: 1) nuestro etnocentrismo, que nos inclina a pensar bien de aquellos que pertenecen a nuestro grupo y mal de los otros, 2) todos los días hacemos juicios acerca de personas a las que conocemos poco; y retomamos los estereotipos aunque nunca son completamente exactos pero sí son guías fáciles, 3) generalizamos a partir de nuestra experiencia con individuos de otros grupos, 4) tendemos a escoger estereotipos que apoyan nuestras creencias acerca de cuáles deben ser las relaciones y privilegios de los diferentes grupos y 5) tendemos a desarrollar prejuicios contra las personas que compiten con nosotros (Horton y Hunt, 1988).

2. Este término implica una condición de ser indefenso en la que se puede encontrar una persona, un grupo o una comunidad, es decir, puede ser cuestionada, atacada, dañada, insultada y no necesariamente porque sea incapaz de cuidarse ella misma o buscar su propio bienestar, sino porque esta persona ha sido convertida en "vulnerable" por la sociedad.

Conclusiones y Discusión

En este sentido, se vislumbra que las respuestas de los varones estaban relacionadas con aquellos conceptos vigentes sobre la salud y la enfermedad (normal³ y anormalidad⁴), los cuales configuran la manera de pensar y de actuar en diversos campos: desde lo más íntimo hasta los programas políticos, económicos y sociales. Sin embargo, resulta difícil encontrar una definición única y universal del término "salud", porque esta palabra se usa en: 1) contextos múltiples y distintos,

2) se retoma en diferentes presupuestos básicos y 3) representa situaciones ideales sobre el estado de la vida deseable.

Esto coincide con los planteamientos de Berenstein (1991) en el sentido de que existe una confusión del criterio de salud y enfermedad (son términos que no utilizan los varones en sus descripciones, pero que están presentes en la forma de ver la realidad). Por lo general, cuando surge un problema en el funcionamiento intelectual de una persona, su grupo familiar se define como "sano" opuesto al integrante como "enfermo". El criterio de salud y enfermedad está superpuesto al de normalidad y anormalidad y algunas veces al de adaptación y desadaptación. Salud y enfermedad, normalidad y anormalidad, adaptación y desadaptación, son términos que constituyen series de relaciones donde los criterios de normalidad y enfermedad forman parte de categorías absolutas y naturales. Esto modifica al grupo familiar, es decir, no percibe el código de valores desde el cual se da el significado a una conducta como sana/enferma y lo opuesto salud/enfermedad, no cuestiona el código de valores y lo considera como absoluto, válido y natural.

El rechazo y la intolerancia hacia lo que "rompe los modelos" en los que se sustentan las relaciones sociales, origina un miedo o falta de costumbre para abordar dichos procesos y por consiguiente lleva a actitudes y/o reacciones donde el respeto hacia ellos o ellas no está contemplado. Generalmente, cuando una persona posee un estigma las personas que lo rodean tienden a alejarse de él o ella, sin tomar en cuenta sus atributos y se establece una diferencia, dando el nombre de "normales" a todos aquellos que no se apartan de las expectativas particulares de un grupo. Por otra parte, algunos autores como Margolis, (1976); Culvert y Gert, (1982); Engelhardt, (1984) retoman algunos elementos para dar explicación a situaciones consideradas como "anormales"; ellos manejan definiciones "normativistas" donde los criterios que permiten reconocer y definir un estado como patológico, son valorativos y dependen de las normas socioculturales establecidas, así las concepciones de salud son dependientes de normas y juicios de valor, así como de la forma en que se entienda el funcionalismo de los seres humanos.

Referencias

- Berenstein, I (1991). *Familia y Enfermedad mental* Buenos Aires: Paidós.
- Culvert, C. And Gert, B. (1982). *Philosophy in Medicine*. New York, Oxford University Press.
- Engelhardt, H.T. (1984). *Cinical problems and the concep of disease, en health, disease and causal explanations in Medicine*. Ed L. Nordenfelt and B. Lindahl, Dordrecht, Reidel (pp.27-42). USA: Pu. Co.
- Figueroa, P. J. y Fuentes, Z. C. (2001). Una reflexión ética sobre los derechos humanos: el contexto de la reproducción de las mujeres jóvenes. En J. G. Figueroa. *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México: PUEG
- Goffman, E. (1995). *Estigma. La identidad deteriorada*. Argentina: Amorrortu
- Horton, B. P y Hunt, L. Ch. (1988). *Sociología*. México: McGraw-Hill/Interamericana de México.
- Margolis, J. (1976). The concept of Disease. *Journal Medical Philosophy*, 1, 238-255.

Parsons, T. (1881). Definitions of Health and Illness in the light of American Values and Social Structure (1958). En *Concepts of Health and Disease*. (57-81) Massachusetts: Ed. By: Caplan, A. Addison-Wesley Pu.Co.

Pruett, K. D. (2001). *El rol del padre. La función irremplazable*. Argentina: Vergara

Sánchez, G .M. (2000). El Concepto de Salud: Análisis de sus contextos, sus presupuestos y sus ideales. [En red] Disponible en:
www.paho.org/english/hdp/prb/gon.htm

3 . "Normal" significa ajustado a la norma, y de ahí que surjan los criterios estadísticos de normalidad (Berenstein, 1991).

4. "Anormalidad" se refiere a una desviación de normas establecidas por una sociedad (Berenstein, 1991).

5. Cuando la persona está presente ante nosotros puede demostrar un atributo que lo vuelve diferente a los demás y lo convierte en alguien aceptado dentro de un grupo de personas. Esta situación implica un estigma, porque él produce en los demás un descrédito que también puede identificarse como un defecto, una falla o desventaja (Goffman, 1995).

LA VIVENCIA DE SER PADRE DE UN NIÑO O NIÑA CON DISCAPACIDAD

Patricia Ortega Silva

Adriana Garrido Garduño

y

Alejandra Salguero Velásquez

Facultad de Estudios Superiores. Carrera de Psicología. Campus de Iztacala

Universidad Nacional Autónoma de México

Todos nosotros, individualmente y como integrantes de nuestra familia y de otros sistemas, desarrollamos un sistema de creencias que determinan las pautas de comportamiento en relación con los desafíos comunes de la vida. Nuestras creencias le dan coherencia a la vida familiar, porque facilitan la continuidad entre el pasado, el presente y el futuro y nos dan opción a elegir la forma de abordar las situaciones nuevas y ambiguas, como por ejemplo, la presencia de un niño o niña con alguna discapacidad. Las creencias (personales, familiares y culturales) sirven como un mapa cognoscitivo que orienta las decisiones y la acción en nuestra vida diaria.

Algunos autores constructivistas (Anderson y Goolishian, 1988; Berger y Luckman, 1966; entre otros) señalan que el poder de los sistemas de creencias está vinculado con el significado de los fenómenos sociales que se dan como procesos constantes por medio de las interacciones y la comunicación de las personas. Los significados y las creencias son representados y continuamente creados en las narrativas e historias que se construyen para darle sentido al mundo y al lugar que ocupamos dentro de él.

Partiendo desde este de punto de vista, se puede incluir como primer aspecto la evaluación de las creencias familiares para poder identificar qué supuestos vigentes están detrás de los miembros de la familia en la vida cotidiana a medida que van topándose con los desafíos normativos. Estas son la base sobre la cual las creencias acerca de la salud entran en juego y principalmente en situaciones que hacen evidente la presentación de un miembro de la familia con alguna discapacidad.

Cuando los padres esperan un hijo, se crean expectativas acerca de él y juegan a adivinar su sexo, imaginando a quién se parecerá, lo que harán con él y la profesión que tendrá. Es posible que sus fantasías y temores con respecto a su salud y la posibilidad de algún padecimiento, malformación o característica atípica cruce en algún momento por su mente, pero debido al temor y ansiedad que ello genera, tiendan a desecharlas casi automáticamente y a darle menos importancia; pocas veces son capaces de admitirlas ante otras personas. La mayoría de las veces no se platica qué se podría hacer si el niño naciera con alguna discapacidad y/o un problema en su desarrollo y esperan que todas las ilusiones se hagan realidad con el nacimiento, y de pronto si el recién nacido no satisface tales expectativas puede ser motivo de decepción y de frustración. Dicha reacción es hasta cierto grado natural, pero va desapareciendo rápidamente a raíz del contacto con el niño. Sin embargo, hay niños que nacen con características diferentes que

rompen drásticamente con toda expectativa que los padres pudieron formarse con respecto a su hijo y cuya realidad no están preparados para manejar, enfrentándose a ciertas cuestiones emocionales y psicológicas severas, por lo tanto, la manera en que el individuo supere esta crisis depende de los recursos internos y externos (nivel de ingresos, apoyo psicológico por parte de las instituciones que atienden a estos niños, derecho a recibir la educación, cambios en cuanto al discurso vigente sobre el papel del padre dentro de la familia, cuestionamientos sobre la compatibilidad de la masculinidad y la paternidad -ya que parece ser que a una determinada manera de vivir la masculinidad corresponde una cierta forma de ser padre-, valores sobre la relación con los demás a nivel de calidad e intensidad, lectura de las implicaciones sociales al hecho de vivir una situación "diferente" con los hijos o hijas) con que cuente para resolverla.

En un estudio (Farber, 1960 citado en Rolland, 2000) se señala que la familia experimenta lo que denomina una crisis "trágica" emocionalmente, ésta es traumática y la familia la considera como una desgracia. Después suele surgir un estado persistente al que da el nombre de crisis en la "organización de los papeles". En tal estado, la familia no puede adoptar estrategias apropiadas para enfrentar el problema de un modo realista y tampoco puede asignar papeles apropiados a sus diversos miembros. Según este estudio, la reacción de crisis trágica es más típica en familias de alto nivel social y económico debido probablemente a que las personas en estas circunstancias contemplan con mayor frecuencia "el que dirán", las reacciones de sus familiares y amistades sobre el hecho de tener una hija o hijo con características diferentes y el cuestionamiento que le harán al padre al respecto de su masculinidad, considerando que hay algo "diferente" en el aspecto biológico. La crisis de los papeles es más típica de familias de posición económica y social baja. Estas familias que experimentan crisis de organización de los papeles probablemente enviarán al niño(a) a instituciones, y más aún si hay problemas conyugales, hacinamiento en la familia, desintegración de ella y carencia de apoyo profesional, que aquellas familias donde no se presentan tales situaciones.

Desde un punto de vista psicológico (Lambert, 1982; Gante, 1989; Cunningham, 1992; entre otros) se dice que la llegada de un niño o niña a la familia es un acontecimiento la mayoría de las veces inolvidable; sin embargo, el significado del nacimiento de un hijo (a) varía notablemente de un matrimonio a otro, ya que cada familia tiene su propia historia, un sistema de valores personales, modos de relación únicos que van a depender de sus ideas religiosas y tradiciones, que hacen que esta familia se convierta en una microsociedad original. Cuando se espera la llegada de un hijo, los futuros padres, durante el tiempo que dura la gestación, empiezan a formar un mundo imaginario donde se formulan infinitas preguntas referentes a lo que esperan de ese hijo, un hijo que deberá cumplir sus deseos, unas expectativas, que llegará a ser lo que ellos no fueron o satisfacer unos deseos que en ellos no se cumplieron (Gante, 1989).

Dicho autor señala tres aspectos que intentan resumir la idea de la llegada de un nuevo miembro a la familia: 1) Los padres esperan un hijo "normal", la imagen que la pareja se forma es siempre ideal, un niño sin defectos, normal y sano; basan sus planes en dicho ideal, tales expectativas se modifican cuando la imagen mental se transforma en realidad; 2) Los padres quieren realizarse creativamente, el nacimiento de un niño no solo es la creación de un nuevo ser, sino que puede decirse en un sentido muy real que los padres se "reproducen" a sí mismos cuando traen un hijo al mundo. El tener un hijo sano inspira un sentimiento de virilidad en el hombre; el varón piensa en él como un ser en el pudiera reflejarse, pero a la vez dotado de lo que él tiene conciencia de que carece. En la mujer significa un sentido de plenitud experimentando toda una variedad de sentimientos y motivaciones, con ideas de tenerlo por el niño mismo o si resulta de la necesidad de utilizarlo como un medio de mantener la unión de la familia y su estatus "de madre de familia", tan

gratificado por la sociedad y 3) Los padres esperan descendencia; el sentimiento de continuidad personal y orgullo que éste produce, contribuyen a configurar el significado del nacimiento que esperan.

A partir de lo anterior surge una pregunta ¿Qué ocurre cuando este mundo imaginario de los padres no se lleva a cabo, es decir, cuando el hijo o la hija que esperan presenta alguna discapacidad o un problema en su desarrollo? En este sentido, el tema central del trabajo es caracterizar el ejercicio de la paternidad a través de los discursos dados por un grupo de varones.

El grupo de varones seleccionados para este estudio no pretendió ser representativo en términos estadísticos, y por tanto no se ofrece información generalizable más allá de similitudes con personas de grupos sociales que compartan las características que a continuación se mencionan: 1) hombres que vivan con sus hijos y con su pareja; 2) varones cuyo rango de edad sea de 25 a 55 años, 3) con una escolaridad de secundaria, bachillerato, carrera técnica y/o licenciatura, 4) con un nivel socioeconómico: alto (4 a 6 s.m. o más de 6 s.m.) y bajo (1 a 4 s.m.), 5) que hayan o no tenido hijos o hijas después del niño o niña con discapacidad. También es importante señalar que los varones de este estudio son padres que habían solicitado un servicio de Educación Especial, es decir, actualmente llevan a sus hijos a la Clínica Universitaria de la Salud Integral (FES Iztacala, UNAM).

Se utilizó una metodología cualitativa que retoma la perspectiva relacional de los procesos, para comprenderlos como parte de procesos históricos, culturales y sociales que se pueden ubicar en contextos específicos. Lo cual implica recuperar, para su análisis, la visión que los propios hombres tienen de sí como padres de niños(as) con discapacidad y la aceptación o no de un niño(a) con características diferentes y la participación de ellos en el proceso de crianza.

La herramienta que se utilizó para la recolección de los datos fue una entrevista semiestructurada de tipo cualitativo. Esto permitió acceder al punto de vista de los varones, sus percepciones, valoraciones y prácticas, profundizando en algunos de los significados en el ámbito de su experiencia personal, para obtener una comprensión más próxima sobre los estereotipos de masculinidad y paternidad desde su propio punto de vista. Los resultados de las entrevistas se analizaron con base en el eje "El ser padre de un hijo(a) con discapacidad".

La paternidad en un grupo de varones

A partir de la información proporcionada por los entrevistados, se pretendió hacer un ejercicio de síntesis sobre la caracterización de la relación que se da entre el varón y el hijo o hija con discapacidad, con lo cual se pudo evidenciar algunas situaciones conflictivas, de estrés, placenteras, de convivencia, de temor, impotencia, incertidumbre y cuestionamientos hacia el varón como padre.

En los resultados sobre la relación que se da entre los varones de este estudio y sus hijos o hijas con discapacidad, se utilizaron criterios para dividir a los grupos. Por un lado, aquella circunstancia en donde los varones lo describen como una situación problemática, una situación crítica, fuera de lo normal, fuera de lo esperado y evidencian diferentes momentos como formas de explicación. Surgen los cuestionamientos del ¿por qué a mí me paso esto?, ¿qué hice para que mi hijo naciera así?, yo no esperaba un niño con esas características:

"...nunca espere tener un hijo así..." (V3, 39 años, preparatoria, n.s.e. bajo, hijo de 6 años de edad)

"...la ilusión era con este niño, a lo mejor ya con este es más que suficiente..." (V2, 38 años, carrera técnica, n.s.e. alto, hijo de 1 año 6 meses de edad)

1. Canguilhem (1971) marca dos conceptos: 1) lo normal fisiológico, que se relaciona con el equilibrio de las funciones integradas de manera que permitan al individuo tener un margen de seguridad y una capacidad de fuerza en una situación crítica y 2) lo normal estadísticamente, que se refiere a que una función específica no interfiera con otras.

Esto da pie a pensar que probablemente la pareja ya no se quiere arriesgar a tener otro niño, por la posibilidad de que nuevamente se presente otra situación similar. Y si la pareja tenía la idea de tener varios hijos, esto puede resultar frustrante para ambos, e incluso puede darse el caso donde el padre se sienta afectado directamente en su masculinidad y en el trato con los demás hijos.

"... no me siento autorrealizado, siento que me falta algo..." (V3, 39 años, preparatoria, n.s.e. bajo, hijo de 6 años de edad)

El estar en circunstancias donde las expectativas que tienen sobre su hijo o hija, no se cumplen, frecuentemente lleva a estados de tristeza, desesperación, impotencia, dolor:

"...pensé, que vamos a hacer, llegue a tu pobre casa y me puse a llorar. Ella también se puso muy triste..., el bebé es lo más grande para mí..." (V2, 38 años, carrera técnica, n.s.e. alto, hijo de 1 año y 6 meses de edad)

"...fue algo horrible para mí, después de verlo..." (V3, 39 años, preparatoria, n.s.e. bajo, hijo de 6 años de edad)

"...fue un poco triste, sentí un nudo en la garganta, ahora sí que no podía llorar..." (V4, 25 años, secundaria, n.s.e. bajo, hija de 2 años de edad)

Los varones refieren que a veces la impotencia, es algo que no les permite, por un tiempo, analizar claramente este momento de su vida, y se van por el camino donde todo lo relacionado con el hijo o hija se ve con una perspectiva sumamente negativa.

Aunado a esta situación, el dolor es grande, y supuestamente la mujer es la más indicada para soportar ciertas circunstancias a las cuales el varón no se enfrenta normalmente y a veces le cuesta trabajo hacerlo evidente.

"... ella aguantaba, es más dura..." (V1, 54 años, primaria, n.s.e. alto, hijo de 5 años de edad)

También se dan cambios dentro de la familia, puede haber un distanciamiento en la pareja, o un mayor acercamiento entre ellos y su pareja, y obviamente esto repercute fuera de la familia, es decir, si en casa el niño o niña es discriminado o tratado de manera diferente de los demás miembros de la familia, qué se puede esperar en el contexto donde se desenvuelve, y más aún en el círculo social en el que está inmerso.

"...pues sí cambia la forma de vivir, no es lo mismo que convivas con un niño normal que con un niño con problemas..." (V9, 49 años, licenciatura, n.s.e. alto, hijo de 18 años de edad).

El segundo criterio se refiere a cuestiones religiosas, que van a ser el eje para describir la relación y experiencias que tienen ellos con sus hijos o hijas al momento de ejercer la paternidad. En este sentido, se ubican a aquellos que hacen referencia a una situación religiosa, que implica que es algo que Dios les manda y lo tienen que enfrentar. Dios es el único que me lo puede quitar, y/o ayudar a resolver una situación como esta. También puede ser porque Dios me dio mucho y ahora me pone en una situación como ésta para probar si puedo salir adelante.

"...esto no está mal, porque lo manda Dios y tenemos que enfrentarlo y hay que salir adelante..." (V4, 25 años, secundaria, n.s.e. bajo, hija de dos años de edad).

"...por algo dijo Dios, tienes mucho ahora, te voy a dar, haber si puedes..." (V1, 54 años, primaria, n.s.e. alto, hijo de cinco años de edad)

"...hay que esperar a lo que Dios diga.. " (V4, 25 años, secundaria, n.s.e. bajo, hija de dos años de edad).

"...los otros son hijos prestados, esta sí es mía, esta nadie me la va a quitar más que Dios, es mi adoración es una dicha tenerla porque es muy cariñosa..." (V6, 42 años, licenciatura, n.s.e. alto, hija de 4 años de edad)

"...gracias a Dios que estamos rodeados de gente que nos ha aceptado..." (V6, 42 años, licenciatura, n.s.e. alto, hija de 4 años de edad).

El tercer criterio implicó aquella situación en la que los discursos y prácticas (experiencias) de los varones, no se refieren a situaciones anormales, es decir, esa "diferencia" en sus hijos no es tan significativa para el ejercicio de la paternidad, ni contemplan ciertas limitaciones sociales como factores que influyen en su rol como padres.

Suele suceder que a medida que pasa el tiempo, la relación con el hijo o hija discapacitado puede tomar otro matiz, al inicio se cuestiona la posibilidad de un desarrollo adecuado que permita cumplir con ciertas normas dentro de una sociedad, posteriormente esta idea puede ir cambiando, porque el niño o niña va adquiriendo habilidades que le permiten integrarse a la sociedad en todos sus ámbitos, incluyendo el educativo y familiar. Incluso desde un punto de vista político, es posible ver una mayor gama de posibilidades en cuanto a servicios, prestaciones, instituciones educativas, apoyo psicológico, entre otras². Esto de alguna manera disminuye las presiones sociales hacia estas personas, aceptándolos tal y como son: niños o niñas diferentes.

"... ese mismo día, yo no la aceptaba, traté de darle ánimos a mi esposa...con el tiempo la fui aceptando, y ya quería que me la entregaran..." (V6, 42 años, licenciatura, n.s.e. alto, hija de 4 años de edad)

Surgen sentimientos de afecto, que no solamente se relacionen con el hijo o hija propios, sino también con aquellos que están en situaciones similares.

"...estos niños me dan ternura, al igual que cualquier niño discapacitado..." (V6, 42 años, licenciatura, n.s.e. alto, hija de 4 años de edad).

Otros hombres la consideran una situación "normal" y por lo tanto no se cuestionan el ejercicio de su paternidad, ni hacen referencia a lo que ésta implica, desde un punto de vista social no consideran cuestiones de "anormalidad".

"...no me daría pena hablar de mi hijo y de sus características particulares, porque es un niño normal..." (V2, 38 años, carrera técnica, n.s.e. alto, hijo de 1 año 6 meses de edad)

Argumentan que es un ser humano como cualquiera de nosotros, y que por lo tanto, hay que respetarlo como tal, no se trata de esconder al niño, ni de aislarlo de situaciones que le permitan entrar en contacto con adultos y niños de su edad.

"...me siento normal, normal, yo saco a mi hijo, yo no soy de las personas que lo esconde..." (V5, 34 años, licenciatura, n.s.e. alto, hijo de 14 años de edad)

Por último, es importante señalar que con estas posturas no se intenta victimizar, ni ponderar la situación de los padres de niños o niñas con discapacidad, sino únicamente mencionar aquellos aspectos que resaltan en los discursos y prácticas que tienen los varones de este estudio, para dar explicación a la forma en que ejercen y viven su paternidad. En algunos discursos es evidente que ciertas variables (nivel de escolaridad, nivel de estudios, edad de los padres, sexo del niño o niña, lugar que ocupa el hijo(a) con discapacidad) pueden influir, en términos de diferencias y similitudes, en la descripción que hacen los varones con respecto a la relación que establecen con sus hijos y a la lectura que dan ellos sobre una realidad mucho más concreta. Esto no implica que frecuentemente se encuentren diferencias en los discursos de los varones, ni tampoco similitudes, sino simplemente diversas formas de explicación de un proceso como éste.

2. Con la convicción de que una discapacidad no es un obstáculo sino un trampolín creativo para abrir puertas y encontrar caminos en la búsqueda de opciones reales, promotores culturales, asociaciones civiles y personas con aptitudes artísticas unen fuerzas para llevar a cabo la primera Jornada Artística y Cultural de las Personas con Discapacidad. Naciones Unidas decretó el 3 de diciembre como el Día Internacional de las Personas con Discapacidad (Jornada Artística para discapacitados. El Universal, 29 de noviembre de 2001).

Conclusiones

Varios autores (Ingalls, 1987; Hutt y Gwyn, 1994; Di Gesu, Leunda, Portugheis y Sosa, 1998; Fernández y Muñoz, 1999; entre otros) señalan que los padres se estremecen ante la presencia inesperada de un niño "diferente" ³ y dan muestra de lo que Menolascino (1977, citado en Hutt y Gwyn, 1994) llama "la sacudida de lo nuevo". Es decir, las familias pueden sentir la decepción consiguiente por un tiempo, si bien muchos padres pueden reaccionar, madura y constructivamente si se les da tiempo, y sobre todo si se les da información, guía y respaldo apropiados en el manejo del problema. Sin embargo, con frecuencia los padres se valen de la negación como defensa contra su angustia cuando se topan con el hecho de tener un niño discapacitado, esta negación sólo puede operar durante un cierto tiempo, hasta que los padres aprenden a adaptarse a la situación.

Otro autor (Moos, 1989) matiza algunas de las actitudes y/o experiencias que manifiestan estos padres: a) la respuesta inicial de la mayoría de los padres es de "shock" y "cuestionamiento", ¿cómo pudo pasarnos esto?; y de negación, en la que generalmente el varón niega que su hijo presenta características especiales y no

admite la severidad del problema. Muy a menudo estas respuestas surgen al mismo tiempo y esto repercute en la relación del niño o niña con el padre; se da un distanciamiento entre ambos; b) surge un grupo de emociones que incluyen la tristeza, pena, enojo y ansiedad dado que los padres se enfrentan a la realidad. Para el varón esta fase significa el reconocimiento de que con este bebé, todas sus expectativas estarán limitadas a las capacidades específicas del niño o de la niña; c) hay ocasiones en que los padres reanudan su relación con su hijo aunque la forma de compartir ciertas experiencias se altere y d) ésta implica la reorganización en la dinámica familiar que requiere de una aceptación positiva del niño, su incorporación en la familia y el apoyo mutuo de los padres. Los padres se dan cuenta de las necesidades especiales de su hijo o hija y actúan dentro de una realidad establecida. Estas experiencias no tienen una duración establecida ya que la reacción de los padres puede variar e incluso presentarse de manera solapada con otro tipo de conductas o comportamientos. Todas las características y experiencias pasadas de los padres influyen en el logro de ciertas tareas que le permiten involucrarse en la crianza de sus hijos o hijas.

Ahora bien, *suen*a interesante considerar y estudiar, por una lado, a aquellos padres que no obstante la existencia de estas normas sociales, han experimentado una nueva forma de relacionarse con sus hijos y con sus hijas, en donde han asumido la responsabilidad, no sólo económica, sino de afecto que representa el tener un hijo y/o una hija ("normal" o "diferente"), en donde se ocupan de su formación, integración y adaptación a una sociedad como la nuestra. Padres que han ampliado y desarrollado su ser hombre, sin competir con la esposa y con la madre, sin debilitar su ser hombre, teniendo un espectro más amplio de lo que es ser hombre. Por otro lado, los hombres que aún no han reconstruido su vivencia como persona y como padre, que se sienten limitados para replantearla, que reproducen una enseñanza sexista en la crianza de sus hijos e hijas y que prefieren hacerse a un lado, cuando dentro de su familia existen niños o niñas con discapacidad (síndrome down, parálisis cerebral, problemas de lenguaje, problemas sensoriales, problemas de aprendizaje, entre otros).

Referencias

Anderson, D. (1997). Men, Reproduction and fatherhood. Policy & Research papers. IUSSP. *International union for the scientific study of Population*. Liege, Belgique

Berger, P y Luckmann, T. (1996). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Cunningham, C. (1992). *El Síndrome de Down*. Una introducción para padres. México: Paidós.

DiGesú, M., Leunda, S., Portugheis, C. y Sosa, P. (1998). *La estructura familiar en familias con un hijo discapacitado*. [Red Informática] Disponible en: <http://www.psinet.com.ar/rif6/408.htm>

Fernández, G. S y Muñoz, C. J. M. (1997). Las familias en el proceso de rehabilitación de las personas con daño cerebral sobrevenido. *Revista Electrónica de Psicología*. 1, 1, Julio.

Gante, R.F. (1989). Estudio comparativo de la relación de pareja y actitud hacia la condición incapacitante de hijos físicamente incapacitados y padres de niños no incapacitados. Tesis de licenciatura UNAM CAMPUS IZTACALA.

Gante, R.F. (1989). Estudio comparativo de la relación de pareja y actitud hacia la condición incapacitante de hijos físicamente incapacitados y padres de niños no incapacitados. Tesis de licenciatura UNAM CAMPUS IZTACALA.

Guajardo, E. (1998). *Reorientación de la Educación Especial*. Memorias del primer Congreso del Reto de la Atención a la Diversidad. SEP, Instituto Estatal de Capacitación del Magisterio. Saltillo, Coah., del 28 al 30 de Abril.

Hutt, L. M. y Gwyn, G. R. (1994). *Los niños con retrasos mentales*. México: Fondo de Cultura.

Ingalls, R. P. (1987). *Retraso Mental. La nueva perspectiva*. México: Manual Moderno.

Lambert, J. (1982). *El mongolismo*. Barcelona: Herder,

Moos, H. R. (1989). *Coping with Psysical Illness, 2*. New York: New Perspective Plenum Medical Book Company.

Rolland, J. S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Una propuesta desde la Terapia Sistémica. España: Gedisa.

3. La utilización de un "nuevo" concepto para referirse a los discapacitados conlleva como consecuencia para gobiernos, empresas, escuelas y familias, dado que se está asumiendo la necesidad de integrar a los "diferentes". Integrar se relaciona con legislar a nivel nacional, estatal y municipal para crear las condiciones que permitan la incorporación de los individuos discapacitados a todos los espacios de la vida social; no sólo radica en rehabilitar físicamente a las personas, pues "la integración no tiene un origen biológico, tiene una consecuencia social" (Guajardo, 1998).

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA REDUCIR INDICADORES DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES MEXICANOS

Ma. Refugio Ríos Saldaña

México. D.F. - México

Zilda A.P. Del Prette

Universidade Federal De São Carlos (UFSCar)
Sao Pablo - Brasil

Almir Del Prette
Araceli Alvarez Gasca
Laura Ruth Lozano Treviño

Facultad de Estudios Profesionales Iztacala (FESI)
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

México

Introducción

La depresión en adolescentes ha recibido considerable atención en la literatura clínica de la última década, aunque la investigación empírica ha sido escasa. La frecuencia de este trastorno ha aumentado paulatinamente hasta constituirse en un problema de salud pública (Mendoza e Soto, 1990) y se reporta una elevada tasa de depresión en este grupo etario (Grigoroui-Serbanescuy, Cristodorescu, 1991; Ayerst, 1999). Muchos estudios han sido realizados con muestras clínicas y se dispone de pocos datos sobre la prevalencia de ese trastorno en la población no clínica de adolescentes. Los estudios realizados en muestras no clínicas (Albert y Beck, 1975) mostraron que 33% de la población escolar experimenta estados depresivos de gravedad moderada a severa, y 35% de ellos presentaban ideas suicidas. En estos resultados, el tamaño reducido de la muestra (63 alumnos en total) impide su generalización hacia la población en general, además de que los datos corresponden a muestras de Estados Unidos, aunado a los cambios en la conceptualización de la depresión en adolescentes (Achenbach, y Edelbroock, 1991; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley y Andrews, 1993) derivados de enfoques diversos. A partir de los años 70, se dió la aceptación casi unánime de la noción de un síndrome depresivo específico de la adolescencia. Sin embargo, el interés se centró en la obtención de criterios diagnósticos clínicos y psicológicos y, más tarde, también biológicos, para llegar a un consenso en su definición (Keller y Lavouri, 1991). En este trabajo se considera que la depresión en la adolescencia es una entidad que debe ser considerada como específica de esta etapa, con base en dos factores: a) la edad, como variable moduladora del modo en que se presenta la depresión en los jóvenes, y b) la vulnerabilidad de los adolescentes, considerados

como población de "alto riesgo", con características de factores intrínsecos, que pueden tener función inductora de la depresión sobre la conducta, favoreciendo la emergencia de pensamientos, sentimientos y conductas típicamente depresivas.

De este modo, recuperando la definición de Beck (1983) y Kovacs (1977), la depresión se entiende como: aquellos indicadores que vinculan aspectos emocionales (pérdida de la alegría, períodos de llanto), cognitivos (baja autoestima, indecisión, exceso de autocrítica), motivacionales (deseos de fuga de la realidad, ideas suicidas), neurovegetativos (pérdida de apetito, insomnio), y conductuales (menor participación en tareas que antes eran realizadas). Aunque el concepto de la depresión en la adolescencia es un término derivado de una configuración que no puede explicarse sin apelar a un marco cultural determinado (Calderón, 1990), consecuencia de una descripción, interpretación y explicación permeables a la acción de determinados factores socioculturales y empleo de criterios propios de cada investigador para definirlo, según el enfoque que éste considere. De cualquier modo, se debe considerar que en el origen de la depresión se encuentra una multiplicidad de causas con el predominio de unas sobre otras; no obstante, todos los factores se encuentran mutuamente interrelacionados.

Los modelos cognitivos atribuyen la depresión a un déficit en los procesos cognitivos, mediante los cuales la persona distorsiona la información generada de sus experiencias, alterando negativamente la imagen propia y la de su mundo circundante. Estos modelos parten de las siguientes premisas: 1) el organismo humano responde a las representaciones cognitivas del ambiente y no al ambiente *per se*; 2) estas representaciones se aprenden de las conductas observables; 3) la mayor parte del aprendizaje humano es cognitivamente mediado; 4) los pensamientos, emociones y conductas están interrelacionados causalmente. Tales premisas tienen como base el modelo de Aprendizaje Social de Bandura (1977, 1986) que enfatiza la modificación de los procesos cognitivos considerados como mediadores de la conducta externa y generadores consecuentes de estados emocionales como la depresión.

Dentro de los factores que tienden a precipitar la depresión en la adolescencia, se encuentran: los problemas familiares, los escolares, y los sociales en general (Bakwin y Morriz, 1989; Calderón, 1990; Sea, 1987; Thorpe y Olson, 1990); además de eso, otros investigadores (Brage, Elek, Campbell-Grossman, 2000) sugieren que los factores precipitantes pueden clasificarse en tres grupos: 1) el tipo de situación más común es el que deteriora la auto estima de una persona (por ejemplo, no ser aprobado en un examen, o abandono de la persona amada, la pérdida de empleo); 2) aquellos que interfieren con planes importantes y 3) la enfermedad física, que puede hacer que una persona piense en el deterioro físico o en la muerte. Otro ámbito que influye poderosamente sobre el comportamiento del adolescente, es el escolar, porque es el lugar en donde se desenvuelve gran parte de la vida social del joven. Las presiones de sus compañeros, el rendimiento escolar, la hostilidad, la rabia y el rechazo de cualquier forma de autoridad, son otros problemas que pueden conducir a la depresión. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades no transmisibles como las depresiones y las del corazón, están substituyendo rápidamente a los padecimientos tradicionales (enfermedades infecciosas, desnutrición) como causa de muerte prematura (Murray, 1992). Estas estimaciones justifican la realización de investigaciones sobre estrategias de intervención preventivas de estados depresivos a más largo plazo, especialmente en aquella población de riesgo, como los adolescentes.

Diversas investigaciones han documentado que los adolescentes con nivel alto de ansiedad social presentan: a) deterioro en el aspecto académico debido a la escasa

participación en los salones de clase, resistencia a presentaciones en público y la tendencia a evitar las preguntas del profesor, impidiendo el esclarecimiento de dudas (Deude, 1991; Francis y Radka, 1995), b) fracaso en los encuentros heterosexuales (La Greca y López, 1998; Méndez, Inglés e Hidalgo, 2002), c) evitación de la relación con sus compañeros, aspecto que genera aislamiento y sentimientos de soledad (Inderbitzen, Clark y Solano, 1992; Inderbitzen, Walters y Bukowski, 1997), d) depresión causada por tasas bajas de refuerzo social (Francis y Radka, 1995); y e) déficit de habilidades sociales alternativas, que generan una pobre relación con los padres, al hacer más difícil la comunicación, la negociación, y la solución de problemas (Openshaw, Mills, Adams y Durso, 1992). Como problemas asociados a la depresión, se ha encontrado a la ansiedad (Bardone, Moffitt, Caspi, Dickson, Stanton, y Silva, 1998), memoria (Caballero y Bermudez, 1991), malestar depresivo causado por estresores cotidianos del ambiente (González-Forteza y Andrade, 1993) y la ansiedad social y habilidades sociales (Walters, Inderbitzen, 1998).

Con frecuencia los educadores, psicólogos y médicos observan (ya sea directamente o por la información del joven o de sus padres) la dificultad que presentan muchos adolescentes para manejar las relaciones interpersonales. En este sentido, para ellos es claro que gran número de estos adolescentes carecen de las habilidades sociales necesarias para relacionarse adecuadamente con los demás en las interacciones cotidianas, especialmente porque en esta etapa del desarrollo, el individuo se enfrenta con situaciones nuevas que requieren el manejo de habilidades sociales más complejas de aquellas que requerían cuando eran niños, incluyendo el inicio de la conducta heterosexual, las habilidades de conversación y para hacer amigos (Del Prette & Del Prette, 1999). La presencia en el adolescente de cierto tipo de habilidad individual y social, asociada a episodios depresivos y problemas interpersonales, puede ser característica definitoria de trastornos emocionales y de conducta. Los jóvenes con antecedentes de trastornos emocionales exhiben diversos déficits de habilidades sociales que interfieren con la capacidad para establecer relaciones interpersonales saludables. Aún no son claras si estas deficiencias sociales son siempre consecuencia del trastorno o si es posible que contribuyan para identificar a la depresión (Bellack y Hersen, 1993). A pesar de que no existe consenso unificado sobre una definición de habilidades sociales, Caballo (1991) ha propuesto una que puede ser considerada aceptable por el momento, éstas son entendidas como: ".ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos a la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas" (p. 407).

Frente a estas consideraciones, este trabajo tiene como objetivo analizar la relación entre indicadores de habilidades sociales y los de depresión en una muestra de estudiantes de nivel medio básico y, describir las condiciones y los resultados de un programa de entrenamiento en habilidades sociales en grupo, como estrategia para disminuir los valores de depresión encontrados en la submuestra con valores más elevados.

Método

Sujetos

El estudio fue realizado en un diseño de dos grupos de comparación: Experimental y Control (GE y GC) con 16 sujetos de ambos sexos en cada uno de los grupos (8 hombres y 8 mujeres en cada grupo) y edad promedio de 12 años y 3 meses, con

desviación estándar de 1,66. Fueron tomadas medidas antes y después del entrenamiento, y de seguimiento tres meses después de la intervención. Para obtener la muestra se utilizó un criterio de selección en las siguientes etapas:

Etapa 1. Trámites administrativos con los directivos de la institución, para solicitar la autorización para aplicar una batería de pruebas psicológicas como parte de las actividades desarrolladas en la línea de investigación denominada "Interacciones Sociales y Salud en la adolescencia" del Proyecto de Investigación de Interacciones Sociales Salud y Educación (PIISSE) adscrito a la Unidad Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud y la Educación (UIICSE) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Etapa 2. De los grupos de primer grado del turno matutino de la escuela, se eligió de manera aleatoria simple, un grupo, y se realizó un registro de los alumnos con base en la lista oficial de dicha escuela, cuyo total fue de 50 alumnos (27 mujeres y 23 hombres). Se aplicó una batería de pruebas para evaluar diversos problemas de conducta (depresión, auto concepto, hábitos de estudio y conductas antisociales y delictivas); después de analizados los resultados, se eligieron aquellos datos cuyos puntajes estuvieron más altos en los distintos problemas evaluados.

Etapa 3. De la batería aplicada, se eligió a la depresión por ser el problema más frecuente en los alumnos, enseguida se analizó la relación entre ésta y los puntajes obtenidos de las habilidades sociales a través del programa de cómputo SPSS para Windows, con el cual se aplicó el estadístico r de Pearson. De los 50 estudiantes evaluados se escogieron 32 (aquellos cuyos puntajes mostraron un déficit en el manejo de las habilidades sociales, asociados a los puntajes de los niveles moderado y severo de la depresión). Para formar los grupos de tratamiento y control, los jóvenes fueron asignados aleatoriamente a cada uno de los dos grupos (16 en el grupo experimental y 16 para el grupo control).

Etapa 4. Se aplicó el entrenamiento de habilidades sociales con el Programa de Aprendizaje Estructurado (AE) con los 16 alumnos que participaron en el GE. Ninguno de los integrantes había sido entrenado anteriormente en habilidades sociales. Todos participaron voluntariamente, con previa explicación de los propósitos del estudio y la autorización y firma del consentimiento informado de los padres. La preevaluación fue desarrollada cuando los alumnos cursaban el primer grado de educación media básica (secundaria), y el Entrenamiento de habilidades sociales fue realizado durante el tiempo en que los alumnos cursaban el segundo grado, y en tercer grado se aplicó la evaluación de seguimiento tres meses después.

Instrumentos de evaluación

Las habilidades sociales fueron evaluadas mediante la Escala de Evaluación de Habilidades Sociales para Adolescentes (EEHSA, Ríos, 2002), con 50 preguntas que evalúan seis categorías de habilidades sociales : I. Habilidades de Inicio con ocho reactivos (escuchar, iniciar una conversación, mantener una conversación, preguntar, agradecer, presentarse, presentar a otros y hacer cumplidos); II. Habilidades avanzadas con seis reactivos (pedir ayuda, trabajar en grupo, dar instrucciones, seguir instrucciones, disculparse, convencer a otros); III. Habilidades para manejar los sentimientos, con seis reactivos (identificar los sentimientos propios, permitir que otros conozcan los propios sentimientos, entender los sentimientos de otros, expresar afecto, autorreforzarse, enfrentar el miedo); IV. Habilidades alternativas a la agresión, con diez reactivos (pedir permiso, lograr un permiso, ofrecer ayuda, negociar, autocontrolarse, defender los derechos propios, afrontar la burla, evitar problemas, evitar, evitar peleas, reclamar); V. Habilidades

para enfrentar el estrés, con doce reactivos: (dar una queja, enfrentar una queja, dar un cumplido honesto, enfrentar la vergüenza, enfrentar la frustración, defender a un amigo, resistir la presión individual o de grupo, enfrentar el fracaso, aclarar un mensaje confuso, enfrentar una acusación, dar opiniones, resistir a la presión de grupo) y VI. Habilidades de Planeación, con ocho reactivos (Automatizarse, identificar problemas, reconocer límites personales, autoreconocer las capacidades propias, buscar información, resolver tareas por orden de importancia y planear antes de actuar. La escala EEHSA se compone de dos partes: la primera contiene las instrucciones de llenado y la lista de reactivos, cada uno de ellos presenta una afirmación o pregunta sobre habilidades sociales. Los sujetos colocan sus respuestas marcando con una X la frecuencia con que ellos creen que actúan de la manera en que se indica en cada habilidad, según una escala tipo Likert, (1. Nunca lo hacen, 2 raras veces lo hacen, 3 algunas veces lo hacen, 4 frecuentemente lo hacen y 5 siempre lo hacen) con cinco puntos que varían de *nunca* (20% de las veces) a *siempre* (100% de las veces). La Segunda parte de la EEHSA, contiene un encabezado para recabar la información sobre los respondientes y una lista de los números de las preguntas seguidas de las diferentes opciones de respuesta y dos incisos para la exploración de los componentes personal y contextual (Ante quién (A) -dimensión personal - y (B) Dónde -dimensión contextual -). Fué validada en una muestra de 2228 adolescentes mexicanos de ambos sexos (1111 varones y 1117 mujeres), de 12 a 18 años, de escuelas de enseñanza media básica y media superior del Distrito Federal y Área Metropolitana de México, cuya confiabilidad y validez de contenido mostró ser satisfactoria. Cada reactivo trata de explorar la frecuencia con la que el sujeto evaluado puede realizar la conducta indicada sin sentirse incómodo o ansioso.

Para medir los indicadores depresivos, se utilizó el Inventario de Depresión para Niños (IDN Kovacs, 1977), el cual está compuesto por 27 reactivos que evalúan: Alteración del humor, Capacidad edónica, Funciones vegetativas, Auto evaluación y conducta de interacción. Es aplicable a niños y jóvenes de 8 a 16 años. Contiene un intervalo de valoración que va de 0 a 54 puntos, con criterios de corte que van de 0 (cero) a 17 (normal); de 18 a 35 (severidad del síntoma no incapacitador) y de 46 a 54 (enfermedad clínicamente representativa o depresión severa).

Materiales

Fueron utilizadas 50 pruebas de habilidades sociales, 50 de depresión, hojas blancas, plumas, marcadores, rotafolios con la descripción de cada habilidad y los componentes verbales y no verbales y su definición, así como los porcentajes asignados a cada componente. También fueron utilizados otros formatos especialmente diseñados para el desarrollo del entrenamiento de las habilidades sociales (formato de registro de los participantes, para observadores, registro total, informe de las tareas para casa, registro de evaluación para instructores y de evaluación final del entrenamiento), se realizó en la sala de usos múltiples que tiene una capacidad para 50 alumnos aproximadamente, cuyo mobiliario estaba conformado por mesas amplias, sillas, pizarrón y borrador.

Las evaluaciones fueron realizadas dentro del propio salón de clases de los educandos. Un evaluador explicó los objetivos generales del estudio, solicitó por escrito el consentimiento informado, tanto de los padres como de los directivos y leyó en voz alta las instrucciones de cada una de las pruebas, mientras que los alumnos lo hacían en voz baja, se enfatizó la ausencia de respuestas correctas o incorrectas y garantizó el anonimato de los respondientes. El otro evaluador observaba el correcto y completo llenado de cada hoja de respuestas y vigiló que los alumnos no dejaran reactivos sin contestar. Los dos evaluadores permanecieron disponibles para atender cualquier duda y reiterar la pertinencia de responder a todos los reactivos de cada prueba. Todas las evaluaciones de habilidades sociales y

problemas conductuales, entre ellos la depresión, fueron realizadas de manera grupal por los dos aplicadores. Primeramente se evaluaron las habilidades sociales, la depresión y el auto concepto, y después los hábitos de estudio y las conductas antisociales y delictivas, se tuvo especial cuidado en que los educandos no tuvieran distractores (hambre, ruido, cansancio o visuales y auditivos). Todas las evaluaciones fueron realizadas por los mismos evaluadores.

Procedimiento de intervención

El entrenamiento de habilidades sociales fue realizado de acuerdo con el Modelo de Aprendizaje Estructurado (AE) (Goldstein, Sprafkin, Gershaw & Klein, 1980; e Goldstein, 1981). En términos generales, el entrenamiento incluyó una fase inicial de presentación de los participantes y el establecimiento de un clima de confianza entre ellos por medio de técnicas vivenciales. En cada sesión se siguió un esquema general de procedimiento que incluyó: a) modelamiento de la habilidad a ser entrenada; b) ensayo conductual; c) retroalimentación; d) entrenamiento para la generalización (tareas para casa). Las habilidades entrenadas (aquellas que fueron elegidas por el grupo o que tuvieran una relación más estrecha con los puntajes de la depresión) fueron divididas en componentes verbales y no verbales, además cada componente fue definido operacionalmente.

Habilidades entrenadas

Factor 1. Habilidades de inicio.- **Habilidad de escuchar:** componentes verbales (CV): retroalimentación (25%), resúmen o pregunta (25%), componentes no verbales (CNV): no interrumpir (16%), contacto visual (16%) y proximidad física (16%); **habilidad para iniciar y mantener una conversación:** CV: pregunta abierta (20%), Autorrevelación asertiva (20%), Feedback (10%), CNV: Contacto visual (20%), tono de voz (20%), proximidad física (10%). *Factor 3. Habilidades para manejar los sentimientos.* - **Auto evaluación:** CNV: Discriminación de la situación (33.3%), Evaluación de la situación (33.3%), auto reforzarse (33.3%); **entender los sentimientos de otros:** CV: Auto revelación asertiva (50%), CNV: escuchar sin interrumpir (12.5%), contacto visual (12.5.%), tono de voz (12.5%), proximidad física (12.5.%). *Factor 4. Habilidades alternativas a la agresión.* - **Negociar:** CV: Identificar el conflicto y expresarlo en voz audible (16.6%), planear la necesidad de un acuerdo (16.6%), establecer una propuesta y que la otra persona establezca la suya (16.6.%); CNV: contacto visual (25%), tono de voz (25%). *Factor 5. Habilidades para enfrentar el estrés.* - **Habilidad para hacer respetar los derechos propios:** CV: Argumentos mediante los cuales se pudieran violar los derechos propios(16.6%), rechazar la situación en voz audible de manera asertiva (16.6%), resistir a la persuasión (16.6%), CNV: tono de voz (25%), contacto visual(25%); Resistir a la presión individual o de grupo: CV: En el caso de que la persuasión sea muy fuerte, usar técnicas de contra control (25%); CNV: escuchar (16.6%:), tono de voz (16.6%), contacto visual (16.6%); **Enfrentar la burla:** CV: decidir si una burla es de mal gusto (20%), contestar a la burla asertivamente; CNV: contacto visual (25%), tono de voz (25%).

Definición de componentes: **Retroalimentación o Feed Back** (La persona presenta gestos aprobatorios o admirativos, expresiones guturales como "Ah", "Ajá", "Ho", sonrisa, completa frases inconclusas al interlocutor); **Resumen o pregunta** (La persona expresa brevemente las ideas expuestas por el interlocutor y/o hace preguntas; **No interrumpir** (La persona esperará a que la otra persona termine de hablar. No hablará hasta que el otro interlocutor termine su mensaje); **Pregunta abierta** (La persona usará interrogaciones que inicien con: Qué?, Cómo?, Dónde?, Cuándo? y Por qué?); **Autorrevelación asertiva** (Emisión verbal que expresa deseos, sentimientos y experiencias propias iniciadas con los pronombres, yo, me,

a mi); **Tono de voz** (Claramente audible a una distancia aproximada de dos metros); **Contacto visual**; (La persona establece contacto visual con el interlocutor al menos el 60% del tiempo que dura la interacción); **Proximidad física** (La proximidad física estará determinada por una distancia no mayor a un metro y medio); **Discriminación de la situación** (La persona identificará la situación o situaciones donde ella puede desempeñarse); **Evaluación de la situación** (La persona analizará y evaluará los aspectos de su ejecución); **Auto recompensarse** (La persona se autoadministra reforzamiento positivo relacionado con su ejecución); **Escuchar sin interrumpir** (Este componente necesita del manejo de pausas y silencios. Se define por la ausencia de toda forma de verbalizaciones durante el episodio interactivo en el cual el interlocutor hace uso de la palabra, para después mostrar solidaridad, empatía, tranquilidad, apoyo, según el caso); **Argumentos mediante los cuales se pudieran violar los derechos propios** (La persona enumerará cuáles son los elementos o intenciones mediante las cuales se pretende violar sus derechos); **Rechazar la situación en voz alta de manera asertiva** (La persona rechaza de manera asertiva y franca, directamente , sin prejuicios, hablando en primera persona); **Resistir a la persuasión** (La persona hará uso de las técnicas de contra control, banco de niebla, disco rallado, etc.); **En el caso de que la persuasión sea muy fuerte, hacer uso de técnicas de autocontrol** (La persona hará uso de disco rallado, banco de niebla, pregunta negativa y compromiso viable); **Decidir si la burla es de mal gusto** (La persona señalará en voz audible y firme que es objeto de una burla); **Contestar a la burla asertivamente** (La persona pondrá en práctica técnicas de contracontrol); **Identificar y expresar el conflicto en voz audible** (Aunque la naturaleza de este componente es esencialmente verbal, suele emitirse generalmente en formas encubiertas. La persona deberá definirlo como la verbalización expresa y resumida de las cuestiones en conflicto que justifican la negociación); **Planear y exponer la necesidad de un acuerdo** (Se define a través de la emisión verbal que resume los términos del compromiso negociado, mediante el objetivo o planeación de los derechos y obligaciones de ambas partes); **Hacer una propuesta y proponer que la otra persona establezca la suya** (Proposición verbal manifiesta en forma de un acuerdo en el que el comportamiento de uno de los negociantes concuerda condicionalmente al comportamiento del otro interlocutor).

Resultados

Tratamiento de los datos.- Inicialmente los datos fueron capturados en el programa SPSS, versión 10 para Windows, se analizaron con estadísticos descriptivos e inferenciales, efectuándose correlaciones entre los puntajes de habilidades sociales y depresión en la muestra total (N=50), y analizando la significación de las diferencias (a través del estadístico T de Student) de habilidades sociales y la depresión en los distintos momentos de la evaluación (preevaluación, postevaluación y seguimiento) entre GC e GE.

Pre entrenamiento.- Los resultados de la evaluación de la muestra de 50 alumnos (total del grupo) mostraron relaciones negativas significativas en las habilidades avanzadas ($r = -0,335$ $p < 0,017$), alternativas a la agresión ($r = -0,314$ $p < 0,026$) y para enfrentar el estrés ($r = -0,280$ $p < 0,049$) con el factor que evalúa las conductas de interacción del Inventario de Depresión para Niños (IDN); y una relación positiva, altamente significativa en las habilidades para manejar los propios sentimientos y el factor 4 de IDN ($r = 0,395$ $p < 0,001$), que evalúa conductas de autoevaluación, y significativa para las habilidades de planeación y el factor 1 de IDN ($r = 0,295$ $p < 0,01\%$), que evalúa indicadores de alteración del humor. La relación en las habilidades de inicio y el puntaje total de las habilidades sociales con respecto a IDN no fue significativa.

En la tabla 1, se presentan los puntajes totales, medias y desviación estándar de las habilidades sociales y depresión en la evaluación inicial de cada uno de los 16 estudiantes del GC y GE que participaron en la Segunda fase del estudio, considerándose cada uno de los factores de habilidades sociales.

Tabla 1 - Puntajes individuales de habilidades sociales y depresión en los participantes de los dos grupos (GE y GC) en la pre-evaluación

Nota. * Depresión moderada (18 a 35 puntos), **Depresión severa (36-54 puntos).

SS	DEPRESIÓN						HABILIDADES SOCIALES							
	Depresión		Inicio		Avanzadas		Manejar sentimientos		Alternativas a la agresión		Para afrontar el estrés		Planeación	
	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC	GE	GC
1	20*	19*	19	18	11	17	14	10	21	28	25	27	10	18
2	23*	21*	21	20	16	17	14	12	24	31	30	28	22	20
3	24*	22*	22	22	18	19	17	15	25	31	32	31	22	24
4	25*	23*	25	24	18	19	18	17	26	33	33	37	23	27
5	25*	23*	25	24	20	19	19	18	29	34	36	38	27	28
6	26*	25*	26	28	21	20	20	18	31	35	37	39	28	31
7	26*	27*	27	29	21	21	20	19	33	35	41	39	30	32
8	26*	29*	30	29	21	21	21	20	34	35	45	39	31	33
9	26*	29*	31	30	21	21	21	20	35	36	47	41	32	33
10	27*	29*	31	30	23	21	23	20	37	38	48	44	34	34
11	28*	29*	31	31	23	22	23	20	38	38	49	45	34	34
12	28*	31*	32	32	24	23	25	22	39	39	49	45	35	35
13	31*	32*	32	32	25	26	25	24	39	40	50	46	36	35
14	31*	32*	33	33	25	26	26	25	42	42	51	47	37	37
15	32*	33*	35	33	27	26	26	27	43	43	56	47	37	37
16	32*	33*	35	33	28	26	26	27	48	43	56	47	39	37
Média	26,6	26,6	28,4	27,7	21,3	21,2	21,3	19,1	34,0	35,9	42,8	39,5	29,8	30,4
Desvío padrão	3,2	3,2	4,9	2,9	4,3	2,9	4,0	4,6	7,6	4,2	9,5	6,6	7,6	5,8

Se puede observar en la tabla 1 que las diferencias entre los puntajes del GC y GE antes del entrenamiento son pequeñas, tanto en las habilidades sociales como en la depresión. Más aún, los puntajes de las primeras en los dos grupos están por abajo del nivel promedio en aproximadamente la mitad de los participantes de cada grupo, y por arriba del promedio, en el caso de las puntuaciones de la depresión, colocándolos en el nivel de la depresión moderada.

Pos entrenamiento. Los resultados obtenidos después del entrenamiento en habilidades sociales, se presentan en la figura 1, en la cual pueden apreciarse las diferencias favorables al GE después del entrenamiento, aumentando las habilidades sociales reportadas por los adolescentes.

HABILIDADES SOCIALES GRUPO EXPERIMENTAL

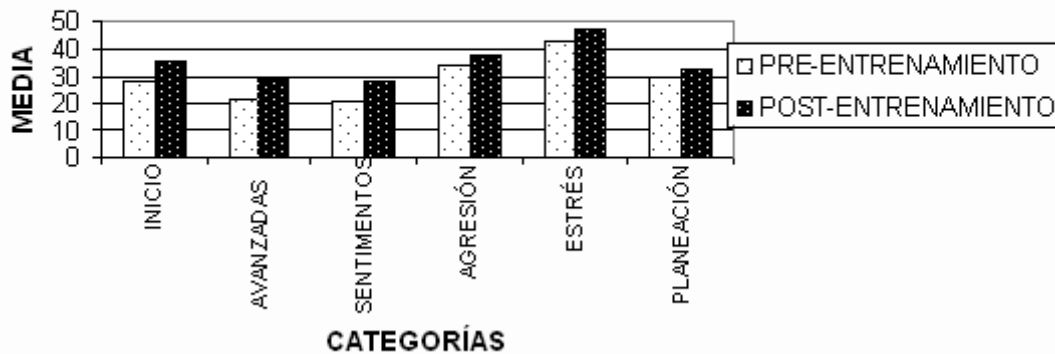


Figura 1 - Habilidades sociales grupo experimental.

Los indicadores particulares de la depresión, se aprecia que estos fueron menores en todos los valores medios, especialmente aquellos que evalúan las funciones vegetativas y de auto evaluación.

Los resultados de la significación de las diferencias pre y post entrenamiento de habilidades sociales en el GE se presentan en la tabla 2. Puede observarse que los puntajes medios de cada indicador de depresión son menores en la post evaluación. Dicha diferencia es altamente significativa en todos los indicadores y en el total ($p < 0,01$) y significativa en el indicador de conductas de interacción ($p < 0,05$).

Tabla 2 - Depresión comparación pre y post entrenamiento en GE

Nota. Valores significativos entre $P < 0.05^*$ Y $P < 0,01^{**}$

INDICADORES DE LA DEPRESIÓN	N	GRUPO	MEDIA	S	GL	T	PROBABILIDAD
ALTERACIÓN DEL HUMOR	32	PRE	3,44	0,81	330	18,64	0,000**
		POST	1,38	0,63			
CAPACIDAD EDÓNICA	32	PRE	2,69	0,73	30	8,510	0,000**
		POST	1,00	1,30			
FUNCIONES VEGETATIVAS	32	PRE	3,15	1,75	30	18,90	0,000**
		POST	6,56	1,36			
AUTOEVALUACIÓN	32	PRE	7,00	1,71	30	15,36	0,000**
		POST	11,63	1,36			
CONDUCTAS DE INTERACCIÓN	32	PRE	0,13	0,34	30	2,23	0,041*
		POST	0,88	1,69			
TOTAL	32	PRE	12,62	2,30	30	26,49	0,000**
		POST	25,18	1,86			

Los resultados en la comparación entre los datos pre y post intervención en la evaluación de las habilidades sociales GE, son presentados en la tabla 3. Puede observarse que las diferencias fueron altamente significativas en casi todas las categorías y en la puntuación total ($p < 0,01$), y significativas ($p < 0,05$) en la categoría de habilidades alternativas a la agresión. En las de planeación las diferencias no fueron significativas después del entrenamiento.

Tabla 3 - Habilidades sociales pre y post entrenamiento en el GE

Nota. Valores significativos $p < 0,05^*$ Y $p < 0,01^{**}$

CATEGORÍAS DE HABILIDADES SOCIALES	N	GRUPO	MEDIA	S	GL	T	PROBABILIDAD
INICIO	332	PRE	25,88	5,14	330	5,981	0,000**
		POST	35,56	3,45			
AVANZADAS	32	PRE	20,50	2,18	30	6,288	0,000**
		POST	28,88	4,53			
SENTIMIENTOS	32	PRE	18,25	4,39	30	6,968	0,000**
		POST	28,31	3,75			
AGRESIÓN	32	PRE	33,50	5,06	30	1,985	0,056
		POST	37,94	7,37			
ESTRÉS	32	PRE	38,13	6,69	30	3,461	0,002**
		POST	47,31	8,24			
PLANEACIÓN	32	PRE	30,19	5,48	30	0,946	0,352
		POST	32,38	7,46			
TOTAL	32	PRE	166,44	19,55	30	4,952	0,000**
		POST	210,38	29,62			

Resultados del seguimiento. Los resultados en el puntaje total, medias y desviaciones estándar pre, post y seguimiento se presentan en las tablas 4 y 5 respectivamente, tanto en los indicadores de la depresión como de habilidades sociales, donde pueden observarse las diferencias de cada etapa del estudio.

Tabla 4 - Puntajes totales de depresión en los dos grupos (GE e GC) antes y después del entrenamiento y en el seguimiento

Nota. De 0 a 17 puntos depresión normal, de 18 a 36 puntos severidad del síntoma no incapacitatorio (*) y de 37 a 54 puntos depresión severa (**).

SS	DEPRESIÓN					
	PRE ENTRENAMIENTO		POST ENTRENAMIENTO		SEGUIMIENTO	
	GC	GE	GC	GE	GC	GE
1	26*	26*	25*	15	26*	14
2	20*	26*	21*	14	21*	12
3	23*	26*	25*	15	27*	13
4	29*	26*	30*	15	-	16

5	25*	25*	28*	15	29*	13
6	30*	27*	32*	15	33*	15
7	30*	28*	29*	10	28*	11
8	28*	24*	30*	12	31*	10
9	26*	27*	28*	13	27*	12
10	26*	24*	28*	12	30*	13
11	31*	23*	30*	11	37**	10
12	25*	20*	25*	7	25*	5
13	25*	25*	26*	13	28*	12
14	26*	25*	26*	10	27*	11
15	23*	26*	27*	13	29*	12
16	29*	25*	28*	12	30*	10
Media del grupo	26,37*	25,18*	27,37	12,62	26,75	11,81
Desviación estándar	2,98	1,86	2,68	2,30	7,95	2,51

Tabla 5 - Puntajes totales de las habilidades sociales en los dos grupos (GE y GC) antes y después del entrenamiento y el seguimiento.

Nota. De 50 a 89 puntos nunca hábil 90 a 129 puntos raras veces hábil, de 130 a 169 puntos algunas veces hábil , de 170 a 209 puntos frecuentemente hábil y de 210 a 250 puntos siempre son hábiles socialmente.

SS	HABILIDADES SOCIALES					
	PRE ENTRENAMIENTO		POST ENTRENAMIENTO		SEGUIMIENTO	
	GC	GE	GC	GE	GC	GE
1	162	188	156	214	153	213
2	126	217	122	242	124	245
3	142	181	132	209	143	210
4	173	162	168	191	-	198
5	159	142	152	180	160	182
6	194	155	182	190	190	195
7	150	183	148	225	152	230
8	186	205	178	241	187	240
9	195	175	188	213	193	214
10	181	107	176	145	196	244
11	184	203	179	229	183	232
12	190	152	187	185	188	187
13	194	145	185	180	189	182
14	182	196	173	230	180	236
15	189	221	167	245	188	240
16	181	209	170	237	179	239
Media del grupo	174,25	177,56	166,44	209,75	157,31	217,94
Desviación estándar	20,66	31,66	19,55	28,71	50,14	23,19

Como puede observarse, se verificó que en el grupo experimental, hubo reducción significativa de los puntajes iniciales de la depresión en función del entrenamiento de habilidades sociales, lo que no ocurrió en el grupo control. En la evaluación del seguimiento, tres meses después del entrenamiento en habilidades sociales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental, tanto en las habilidades sociales como en los indicadores depresivos, sólo diferencias mínimas entre una evaluación y otra.

Análisis y Discusión

En términos generales, los resultados de este estudio apoyan la hipótesis de una relación entre habilidades sociales e indicadores depresivos, lo que es corroborado con los resultados de la intervención: la adquisición de habilidades sociales parece haber tenido un efecto favorable en la reducción de los indicadores depresivos. Los resultados permitieron también verificar que los déficits en los repertorios prosociales estaban asociados con indicadores específicos de la depresión: al conjunto de cogniciones negativas y la pasividad del comportamiento en términos de menor participación de los adolescentes en diversas actividades que antes acostumbraban hacer. Esta suposición está sustentada en el modelo cognitivo conductual de la depresión de Lewinshon (1975) y Beck (1967). De acuerdo con este enfoque, la inadecuación social predispone, mantiene o aumenta los niveles depresivos. En este sentido, los adolescentes pueden, de manera general, no emitir respuestas prosociales adecuadas a las categorías de habilidades sociales que se encontraron relacionadas con los indicadores depresivos en esta muestra de estudiantes, lo que podría indicar que esas habilidades (las de inicio, para manejar los sentimientos, alternativas a la agresión y para enfrentar el estrés) se inhiben con mayor frecuencia ante la presencia del trastorno depresivo, o no se han desarrollado como una forma alternativa a la depresión, en otras palabras, en lugar de deprimirse, poner en práctica todo el espectro de habilidades sociales necesarias para enfrentar la depresión. En ese caso, las habilidades para escuchar, iniciar y mantener conversaciones, autovalorarse, entender los sentimientos propios y los de los demás, negociar, enfrentar las burlas de los compañeros, defender sus derechos y resistir a la presión individual y de grupo, se encontraron disminuidas en estos jóvenes; razón por la cual se deprimen en lugar de ponerlas en práctica. De cualquier modo, el entrenamiento les fue de utilidad para enfrentar de forma social y personal más saludable, las demandas escolares y familiares. Sería conveniente realizar estudios preventivos de este y otros problemas de conducta en la población de adolescentes, y analizar de manera más puntual el efecto particular de las habilidades sociales en la depresión y el papel de otros factores vinculados con este trastorno.

Referencias

Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1991). Diagnóstico, taxonomía y evaluación. En: T. H. Ollendick, T. Y Hersen. *Manual de Psicopatología Infantil*. Barcelona: Martínez Roca.

Albert, N. & Beck, A.T. (1975). Incidence of depression in early adolescence, A preliminary study. *Journal of Youth and Adolescence*, 4, 301-307.

Ayerst, S.L., (1999). Depresión and Stress in street youth. *Adolescence*. 34(135). 567-574.

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martinez Roca (publicado en inglés, en 1986, por Prentice-Hall, Englewood Cliffs. Nueva Jersey).
- Bakwin, A., & Morris, R. (1989). *Desarrollo psicológico del niño normal y patológico*. México: Interamericana.
- Bardone, A.M., Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N., Stanton, W. R., & Silva, P. A. (1998). Adult Physical Health Outcomes of Adolescent Girls with Conduct Disorder, Depression, and Anxiety. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 594-601.
- Beck, A., Rush, J. Shaw, B., & Emery, C. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beode, D.C. (1991). Social Phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 30: 545-552.
- Bellack, A., & Hersen, M. (1993). *Manual práctico de evaluación conductual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the child*, 22: 162-186.
- Brage, H.D., Elek, MS. And Campbell-Grossman, Ch., (2000). Depression, Self-esteem, Loneliness, and Social Support among adolescent mothers participating in the new parents project. *Adolescence*. 15:139. 445-453.
- Caballo, V.E. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. En: Vicente E. Caballo (1991) *Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta*. Cap. 18. Madrid: Siglo XXI de España Editores. 403-443.
- Caballero, R.J.A. & Bermudez, J. M. (1991). Estado de ánimo depresivo y memoria: un análisis teórico y empírico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 3, 329-338.
- Calderón, G. (1990). *Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas.
- Francis, G. e Radka, D. F. (1995). Social anxiety in children and adolescents, Em: M.B. Stein (dir.), *Social Phobia: Clinical and research perspectives* (pp. 119-143). Nova York Guildford Press.
- Friedrich, W. N.m Reams, R., JH. (1982). Depression and Suicidal reaction in early adolescent. *J. Yut adolescence*. 11:406-407
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.J., & Klein, P., (1980). The adolescent: Social Skills training through structured learning: In G. Cartledge & J.F. Milburn (Eds.), *Teaching social skills to children: Innovative approaches*. New York: Pergamon Press.
- Goldstein, A.P., (1981). *Psychological Skills Training*. New York, Pergamon, Press.

González-Forteza, C. y Andrade, P. P. (1993). Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica Psicológica en América Latina*, 2, 156-163.

Grigoriou-Serbanescu, M., & Cristodorescu, D. (1991). Adolescent offspring of endogenous unipolar depressive parent and of normal parents. *Journal of Affect Disorders*, 1, 185-198.

Inderbitzen, H.M., Clark, M.L. e Solano, C.G.(1992). Correlates of loneliness in midadolescence. *Journal of outh & Adolescence*, 21: 151-167.

Inderbitzen, H.M., Walters, K.S. e Bukowski, A.L. (1997). The Role of social anxiety in adolescent peer relations. Differences among sociometric status groups and rejected subgroups. *Journal of Clinical Child Psychology*.26: 338-348.

Keller, M., Lavori, P.W. (1991). Depression in children and adolescents: New data on "undertreatment" and a literature review on the efficacy of available treatments. *Journal Affect Disorders*, 21, 163-171.

La Greca, A.M. e López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. *Journal of abnormal Child Psychology*. 26: 83-94.

Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E, Seeley, J.R. & Andrews, J.A. (1993). Adolescent Psychopathology: A Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of abnormal Psychology*, 101, 133-144.

Méndez, F.X., Inglés, C. J. e Hidalgo, M.D. (2002). Estrés en las relaciones interpersonales un estudio descriptivo en la adolescencia. *Ansiedad y estrés*, 8: 25-36.

Murray, C. & Lopez, A., (1996). The global burden of disease, A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard: University Press.

Mendoza, N.V.M. & Soto, M. I. (1990). La depresión: un problema de salud pública en México, *Tópicos de Investigación* 4, 16-21.

Shea, T. M. (1987). *Problemas de conducta en el niño y el adolescente*. México: Panamericana.

Walters, K. S. e Inderbitzen, H. M., (1998). Social anxiety and perr relations among adolescents: Testing a psychobiological model. *Journal of Anxiety Disorders*, 12: 183-198.

BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO EN EDUCACIÓN SUPERIOR: SU RELACIÓN CON AUTOESTIMA Y ALTERACIONES EN LA SALUD

Norma Yolanda Rodríguez Soriano

Leticia Sánchez Encalada

Laura Evelia Torres Velázquez

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

México

El bajo índice de eficiencia terminal en la educación superior en México es reflejo de una crisis que se inicia desde el nivel básico en el esquema educativo y está relacionado con diferentes factores. Podríamos mencionar desde políticas económicas hasta características personales, según el nivel de análisis que deseemos elegir para su explicación.

Es importante atender el bajo rendimiento académico con la elaboración, revisión y actualización de los planes y programas de estudio; selección y superación de la planta docente; actualización de la infraestructura educativa; programación de cursos de regularización y desarrollo de estrategias para la adquisición de conocimientos; pero no basta con eso.

Ser estudiante de licenciatura representa una situación de riesgo para la conservación de la salud, por el alto nivel de expectativas que se depositan en cada uno de los alumnos; es decir, los jóvenes son objeto de demandas que pueden estar rebasando sus competencias percibidas y por lo tanto ocasionando estrés; situación que sin elementos de afrontamiento, propicia algún tipo de inadaptación que se manifiesta en problemas familiares, baja autoestima, depresión, consumo de drogas, conducta socialmente desviada y alteraciones de la salud (Hurrelman, 1997).

Para Lazarus y Folkman (1986), la capacidad de generar estrategias eficaces de afrontamiento, depende de características tales como la autoestima o la autoeficacia, así como de la disponibilidad de modelos de éxito y apoyo social. Autoconcepto y autoestima se han considerado necesariamente unidos porque el primero se refiere a la opinión que cada quien elabora de sí mismo, mientras que la autoestima será la valoración que cada persona realiza de las diferentes representaciones que tiene de sí misma en cada una de las áreas en las que ha generado un autoconcepto. (Pope, *et al.*, 1996).

Según Bermúdez, el autoconcepto corresponde a la descripción mental que el sujeto hace de sí mismo en tres dimensiones: cognitiva, afectiva y comportamental, y en varias áreas: trabajo, escolar, familia, relaciones sociales,

aspecto físico y moral-ética. La autoestima sería la evaluación que la persona realiza de las diferentes representaciones que tiene de sí misma en cada una de estas áreas. (Bermúdez, 1997).

En opinión de Bandura (1986), la autoestima es un tipo de pensamiento autorreferente que tiene que ver con la evaluación de valía y dignidad personal, depende de cómo la cultura valora los atributos que uno posee y qué tan bien se ajusta la conducta individual a los estándares personales de dignidad y valía; habla también de la autoeficacia percibida, la cual tiene que ver con el juicio de las capacidades personales.

King, *et al.* (2002) y Lindley, *et al.* (2002), publicaron investigaciones que confirman la relación que existe entre una buena autoestima y rendimiento académico eficiente, además de la influencia que se observó en otro tipo de comportamiento. Para confirmar el efecto que puede tener el bajo desempeño escolar en un joven universitario, citemos una conclusión a la que llega Echebarría, (1997 p. 263). "... el sentirse responsable del efecto negativo de la conducta, efecto del que se autorresponsabiliza ha de amenazar su autoimagen...".

Por lo tanto, podemos concluir que en el caso de estudiantes con bajo rendimiento escolar, que desean satisfacer las expectativas propias y/o de otros con respecto al logro académico, existe un deterioro del autoconcepto y en consecuencia, de autoestima. Esta situación puede ocurrir independientemente de la presencia del repertorio académico, afectar la disposición para el estudio y preservar un estilo de vida estresante que llegará a afectar su salud. Tal como lo mencionan Becoña, *et al.* (2002), quienes apuntan que precisamente el estrés es el estado psicológico que más influye negativamente en nuestra salud, puesto que se ha observado en relación con enfermedades tales como cáncer, cardiaca coronaria y supresión del sistema autoinmune.

Con base en lo anterior, tal como lo señala Hall, *et al.* (2002), es necesario trabajar en la evaluación y promoción de autoestima de estudiantes con bajo rendimiento académico, para ofrecerles una alternativa de afrontamiento en situaciones estresantes, que disminuya el riesgo de enfermedad e incremente tanto el rendimiento académico como la eficiencia terminal durante su trayectoria como estudiantes de nivel superior.

En la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) de la UNAM, se ha desarrollado un proyecto de investigación que tiene varias líneas de acción, todas ellas dirigidas a la atención diferenciada de alumnos excepcionales. Una de esas líneas es la que tiene como objetivo investigar si existe relación entre rendimiento escolar de alumnos en educación superior y factores tales como depresión, autoestima, ansiedad y manejo de estrés, que tarde o temprano pueden repercutir en la salud de la población estudiantil Sánchez, *et al.* (2002). El fin último de esta línea de investigación es la planeación e implementación de programas de superación académica; es decir, atender un problema que tradicionalmente se ha abordado en el ámbito educativo y administrativo exclusivamente, pero ahora desde la perspectiva psicológica de promoción de la salud. El objetivo de este trabajo es evaluar la autoestima de alumnos con bajo rendimiento académico, para contar con información que nos diera la pauta en la definición de objetivos y planeación de iniciativas de investigación e intervención, orientadas a incrementar el rendimiento académico de los alumnos de la carrera de Psicología.

Método

Muestra: Se trabajó con 13 alumnos de la carrera de psicología de la FES Iztacala, 8 de sexo masculino (61.5%) y 5 de sexo femenino (38.4 %), 7 del turno matutino y 6 del turno vespertino, el rango de edad fue de 19 a 23 años, con una media de 21.3 años. (Tabla 1)

Tabla 1 - Características, porcentaje (%) y frecuencia (F) de la muestra evaluada.

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
19	0	0	1	7.7	1	7.7
20	2	15	1	7.7	3	23.1
21	2	15	1	7.7	3	23.1
22	1	7.6	2	15.3	3	23.1
23	3	23.0	0	0	3	23.1
TOTAL	8	61.5	5	38.4	13	100

Instrumentos: Se elaboró un cuestionario mediante el que se recabaron datos socioeconómicos para el expediente de cada participante. También se aplicó el Instrumento de Evaluación de la Autoestima en Adolescentes IEAA (Moyano, 2001).

El IEAA es una prueba de papel y lápiz, se compone de un cuadernillo con 75 preguntas que tienen cinco opciones de respuesta y una hoja de respuestas, las preguntas se agrupan en seis categorías de autoestima:

Imagen corporal: Se refiere al género de la persona, apariencia física y el agrado o desagrado que presenta hacia ello.

Evasión: Indica el alejamiento de la situación que no le agrada al individuo a través de conductas, ingestión o aspiración de sustancias.

Familia: Indica una relación de parentesco.

Amigos: Se refiere a la relación estrecha entre personas.

Compañeros o camaradas: Se refiere a una relación numerosa, externa y superficial entre personas que por lo general conviven.

Adolescente-Maestro: Indica la relación poco afectiva que depende la mayoría de las veces del aprovechamiento del alumno.

Adolescente-Escuela: Se refiere a las actividades y aptitudes que presenta el individuo durante su estancia en una institución educativa pública o privada.

Adolescente-Comportamiento: Se refiere a la actuación del individuo durante su estancia en la escuela y fuera de ella.

Escenario: Los instrumentos de evaluación se aplicaron en grupo, en un salón de la FESI, con la participación de un profesor y tres pasantes de la carrera.

Procedimiento: Se eligió trabajar con los alumnos de bajo rendimiento inscritos en segundo semestre de la carrera de Psicología, por haber estado ya un año en la institución y para realizar el seguimiento. La selección de la muestra obedeció a tres criterios: la generación, el número de materias reprobadas en el semestre

2000-2 y el promedio de calificaciones que los estudiantes tuvieran al concluir el mismo semestre. El contacto con los alumnos se dio en cuatro etapas:

1. De la población de 665 alumnos inscritos a segundo semestre, se identificó a los que habían ingresado a la licenciatura en el año anterior inmediato (regulares), que tuvieran más de dos materias reprobadas y un promedio de calificaciones menor de ocho.
2. El primer filtro arrojó un total de 178 estudiantes con quienes se estableció comunicación personal y se les invitó a una reunión informativa, en la que se describió el programa "Atención diferenciada y apoyo tutorial a estudiantes de educación superior".
3. A la reunión de información programada en horarios matutino y vespertino, acudieron un total de 86 alumnos. En esta ocasión, después de escuchar los objetivos del programa y la descripción de las etapas, los alumnos mostraron mucho interés por expresar su opinión a favor y en contra de estas iniciativas institucionales. En la misma cita se informó fecha y lugar para la aplicación de la batería de evaluación.
4. Se presentaron 17 alumnos a la reunión de evaluación, en la que se aplicó el cuestionario de datos socioeconómicos y el IEAA. Cuatro inventarios de autoestima se invalidaron porque las respuestas fueron incompletas. La muestra quedó conformada por 13 alumnos, de los que se presentan las características en la tabla 1.

Resultados

Después de aplicar y calificar los inventarios, se procedió a interpretar las puntuaciones de acuerdo con los cinco rangos de calificación (Tabla 2).

Tabla 2 - Rangos de interpretación de puntuaciones del Inventario de Evaluación de la Autoestima para Adolescentes. Moyano (2000).

INTERPRETACION	VALORES
Autoestima muy baja	0- 58.5
Autoestima baja	58.51-67.13
Autoestima normal	67.14-84.37
Autoestima alta	84.38-93
Autoestima muy alta	93.1-100

Las calificaciones de autoestima para los trece sujetos se presentan en la tabla 3, en la que se puede observar que dos de los sujetos (15.4%), obtuvieron la calificación de AUTOESTIMA MUY BAJA; uno (7.6%), AUTOESTIMA BAJA; la frecuencia más alta, con el porcentaje más elevado (46.2%), se observó en AUTOESTIMA NORMAL; cuatro sujetos (30.7%) obtuvieron la calificación de

AUTOESTIMA ALTA y por último, ningún sujeto logró el puntaje más elevado en los rangos de calificación que tiene el IEAA.

Tabla 3 - Distribución de frecuencias de acuerdo con la interpretación de puntuaciones para los trece alumnos evaluados.

INTERPRETACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Autoestima muy baja	2	15.4
Autoestima baja	1	7.6
Autoestima normal	6	46.2
Autoestima alta	4	30.7
Autoestima muy alta	0	0

Estos resultados iniciales se complementaron con algunos datos de los cuestionarios socioeconómicos. Se seleccionó promedio, número de materias reprobadas en el semestre inmediato anterior, edad y actividad laboral del alumno. La información se presenta en la tabla 4, de forma individual.

Tabla 4 - Datos socioeconómicos y de autoestima para los trece alumnos evaluados.

SUJETOS	EDAD	TRABAJA	PROMEDIO	MATERIAS REPROBADAS	CALIFICACIÓN AUTOESTIMA	
					PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
1	21	NO	6.37	4	64	BAJA
2	23	NO	6.16	5	56	MUY BAJA
3	21	NO	7.14	2	86	ALTA
4	22	SI	6.12	3	88	ALTA
5	23	NO	7.42	2	82	NORMAL
6	22	SI	7.37	2	76	NORMAL
7	20	SI	6.50	3	86	ALTA
8	22	NO	6.87	2	89	ALTA
9	21	NO	7.0	4	49	MUY BAJA
10	20	NO	7.28	3	68	NORMAL
11	19	NO	7.37	2	81	NORMAL

12	20	NO	6.87	2	81	NORMAL
13	23	SI	6.14	5	74	NORMAL

Observando horizontalmente la tabla, se nota que existe una cierta coincidencia en promedios y número de materias reprobadas, es decir, los puntajes más bajos en las primeras, coinciden con la mayor frecuencia de materias reprobadas, como es el caso del sujeto 2 y en relación inversa, es el caso del sujeto 11.

Cuando se incorpora la calificación de autoestima, los puntajes más bajos en ésta ya no corresponden con los puntajes más bajos en promedio (sujeto 9). Esto sugiere que aunque existe coincidencia, no es directa ni lineal.

Hay tres casos que son especialmente significativos en esta tabla: el sujeto 13, que a pesar de tener el número mayor de materias reprobadas (5 materias), califica con autoestima NORMAL. También los sujetos 7 y 4, que presentan una reprobación considerable (3 materias), pero en autoestima consiguieron una calificación ALTA. Es de relevancia mencionar que los tres coinciden en una característica, tienen una actividad laboral remunerada.

Por último, los sujetos 2 y 9 tienen cinco y cuatro materias reprobadas respectivamente y calificaron con una autoestima MUY BAJA. Es importante destacar que también coinciden en que ambos se dedican exclusivamente al estudio.

Discusión

En este trabajo se reportan los hallazgos obtenidos al evaluar autoestima en un grupo de estudiantes de licenciatura con bajo rendimiento académico. Como se describió en la sección de resultados, obtuvimos conocimiento de otro tipo de elementos no considerados, que pueden tener una enorme influencia en el rendimiento escolar. Estos resultados definieron pautas a seguir o evitar, cuando se desea implementar programas dirigidos a alumnos excepcionales, en este caso, de bajo rendimiento.

Como primera experiencia, es necesario referirnos a la población que rechazó participar, puesto que no se presentó a pesar de haber recibido invitación personal. En comparación con otro tipo de iniciativas, encontramos que la respuesta de los alumnos de bajo rendimiento académico fue diferente a la que hemos observado cuando se trabaja con alumnos de alto rendimiento o cuando se convoca al total de la matrícula. Entre las razones que mencionaron los alumnos que asistieron a la reunión informativa pero ya no se presentaron a la evaluación, identificamos las siguientes:

- a) Se sienten relegados porque su promedio les restringe frecuentemente para participar en programas.
- b) Piensan que su rendimiento como estudiantes es tan malo que ya no se puede hacer nada por ellos.
- c) Creen que recibir apoyo moral o psicológico es una tontería, una debilidad; suponen que ellos deben resolver su situación escolar por sí mismos o no valdrá la pena continuar.

d) Suponen que este tipo de programas son iniciativas temporales con fines políticos, a las que no están dispuestos a prestarse.

De la razones expuestas, aprendimos que el contacto con esta población debe ser diferente al que se utiliza de forma común en cualquier institución, porque se está invitando a aquellos a quienes constantemente se rechaza; también entendimos que puede ser muy valiosa la participación de los mismos alumnos como promotores, tutores y medio de contacto entre la institución y los alumnos con bajo rendimiento.

En relación con el resultado de la evaluación de autoestima, obtuvimos datos de un grupo muy pequeño, pero con características peculiares porque participaron voluntariamente en un programa diseñado para recibir apoyo de tipo institucional representado por autoridades del plantel y profesores adscritos a la carrera. Asimismo, a pesar de tener más de una materia reprobada y un promedio menor de siete, en general, obtuvieron una calificación de autoestima NORMAL, resultado que no esperábamos de acuerdo con la literatura revisada. La primera explicación al respecto surgió en términos de que los alumnos con autoestima baja o muy baja, están entre los que rehusaron participar, en las generaciones rezagadas o son los que ya desertaron. Este dato nos obliga a iniciar programas desde el nivel preventivo con las generaciones de nuevo ingreso, para detectar oportunamente a una población en riesgo.

La segunda explicación a esta situación surgió en términos de que la participación fue voluntaria y por ello asistieron los alumnos que si bien tienen bajo rendimiento, aún guardan expectativas de recuperación y están dispuestos a trabajar en el rescate de sus estudios. También recordemos que un criterio de selección fue pertenecer a la generación que en ese momento concluía segundo semestre, es decir, ninguno de los alumnos del grupo evaluado era un estudiante rezagado; por lo tanto, su actitud y disposición no se había enfrentado al fracaso reincidente. De aquí obtuvimos el criterio de que no se puede tratar por igual a todos los alumnos de bajo rendimiento académico, de acuerdo con variables restringidas tales como promedio o materias reprobadas. En la continuación de este proyecto, debemos considerar también criterios de tipo individual, como el tiempo que tienen de haber ingresado al nivel educativo, si han cursado la materia en cuestión y cuántas veces lo han hecho, si suspendieron o abandonaron los estudios por decisión propia o por cuestiones fuera de su control, etc.

Regresando con nuestro grupo evaluado, deseábamos tener más información que explicara el resultado encontrado y eso dio la pauta para averiguar más en relación con cada uno de los casos; para lo cual, consultamos los cuestionarios socioeconómicos. En ellos encontramos información que resultó interesante y complementó la interpretación de la evaluación.

Por un lado, están los *alumnos con autoestima alta y bajo rendimiento académico*, el dato común entre ellos es que trabajan. Esta circunstancia se explica a partir de la aseveración de Bermúdez (1997), quien menciona que la autoestima es una autoevaluación diferenciada que la persona realiza de acuerdo con sus áreas de interacción, por lo tanto, una misma persona puede tener diferentes representaciones de sí misma. En consecuencia, los alumnos con bajo rendimiento escolar que también trabajan, tienen dos áreas de desarrollo, lo que les permite mayor amplitud de experiencias y de relaciones. Por lo tanto, equilibra la opinión que tienen de ellos mismos. Quizá esa misma razón explica que los dos alumnos

con mayor número de materias reprobadas, no trabajan y calificaron con AUTOESTIMA MUY BAJA.

Otra argumentación al resultado de autoestima alta en alumnos con bajo rendimiento académico es la propuesta por Santín (2000), quien aduce que los jóvenes que se perciben altamente eficaces piensan que no necesitan invertir mucho esfuerzo preparatorio. Esto aclara el hecho de que estudiantes con alta autoestima tengan bajo rendimiento académico, pues se cree que minimizan la importancia de su formación profesional y se dedican a hacer el esfuerzo mínimo indispensable para acreditar, hasta que la situación se les sale de control y ponen en riesgo la conclusión de sus estudios.

Si esta situación se conjunta con una actividad extraescolar que compita con los estudios universitarios en fuentes de satisfacción y por lo tanto de autoestima, este tipo de alumnos son una población en riesgo de abandonar la carrera universitaria o de saltar de una carrera a otra sin concluir ninguna.

Tal parece que estamos sugiriendo que tener una autoestima alta es una situación de riesgo y por lo tanto un problema. No es así, tener una autoestima alta siempre será una fuente de afrontamiento efectivo en cualquier circunstancia de la vida, pero existe el riesgo de los jóvenes en quienes se fomenta irresponsablemente; ellos estarán fuera de la realidad, nos atreveríamos a decir que sobreestimados y eso sí sería un riesgo para su vida tanto estudiantil como adulta.

Las instituciones educativas deben fomentar actividades extracurriculares para prevenir el riesgo del deterioro en la autoestima de alumnos que limitan su interacción a la familia y a la escuela. Aquí cobra un significado especial la promoción de intereses de tipo cultural, deportivo y de servicio comunitario

Por otro lado, están los alumnos de *autoestima muy baja y bajo rendimiento académico*, caso que también se presentó entre los alumnos evaluados y que coincide con los supuestos teóricos mencionados por Bermúdez (1997). En relación con estos alumnos, nos interesó establecer mayor contacto para tener información que nos orientara en el desarrollo de iniciativas institucionales de apoyo, tanto para ellos como para alumnos en circunstancias similares; ya que esta población también corre el riesgo de formar parte de las estadísticas de rezago y deserción.

A los 13 alumnos que aceptaron participar en la evaluación, se les asignó un profesor tutor que ha estado en contacto con ellos asesorando su trayectoria universitaria con apoyo de tipo psicológico, académico y administrativo. Los datos del seguimiento, así como las líneas de investigación derivadas de este primer ejercicio, serán materia de comunicaciones futuras.

Al parecer, la autoestima tanto baja como alta está presente en alumnos con bajo rendimiento escolar; por lo tanto, no se trata de un factor ni determinante de forma aislada ni tampoco conocido totalmente. Autoestima es una actitud que conviene evaluar y fomentar, pero con base en programas de intervención diferenciada, previa valoración de las características del grupo con problemas de aprendizaje. Siempre será importante fomentar la autoestima, pero también es cierto que se trata de un repertorio que no puede trabajarse en aislado, es decir, se necesita una habilidad concreta objetiva para los jóvenes que podrá ser utilizada como vehículo mediante el cual los alumnos constatarán paulatinamente que sí tienen la posibilidad del lograr metas, de toma de decisiones y por lo tanto, tenderán a percibirse más eficaces. Al respecto, Santín (2000) identificó una serie de fuentes internas motivacionales necesarias para el éxito escolar:

1. Comprensión del control. Entender la asociación que existe entre los resultados obtenidos y el propio comportamiento.
2. Percepción de sí mismo como capaz y competente para ejecutar las acciones necesarias para lograr el éxito.
3. Autorregulación. Experimentar la propia conducta como autónoma y con libertad de elección.

Si se considera el entrenamiento en autoestima como eje motivacional de otro tipo de programas, entonces, el establecimiento de hábitos alimenticios sanos, ejercicio de prácticas sexuales seguras, manejo del estrés, interacción en ambientes familiares disfuncionales, organización de horarios, adquisición de hábitos de estudio efectivos, desarrollo de habilidades metacognoscitivas de pensamiento, etc.; tendrá mejores resultados. Así, al tiempo que se atiende, desde un punto de vista institucional, el bajo rendimiento académico y sus repercusiones económicas y sociales en la salud de los alumnos, se estarán promoviendo estilos de vida y afrontamiento de situaciones estresantes, para que los jóvenes transiten por la etapa universitaria exitosamente. Además, ese tipo de intervención significará trabajo preventivo, en relación con alteraciones de la conducta y la salud que se pueden manifestar en la edad adulta.

Los problemas enfrentados y las preguntas surgidas de este primer acercamiento con nuestra población, dan la pauta para el desarrollo de objetivos de investigación con un diseño experimental que permita un análisis de tipo paramétrico y, por lo tanto, generalización de resultados y toma de decisiones fundamentadas estadísticamente; pero de esta experiencia aprendimos que primordialmente debemos fomentar una relación personal cercana con los alumnos para motivarlos. Las instituciones se fijan metas, muchas veces planeadas desde el escritorio, con las que pretenden resolver necesidades aparentemente básicas, pero nunca han tomado en cuenta la opinión de aquellos que recibirán el impacto del programa. Es muy importante que en este caso los estudiantes con bajo rendimiento académico, se sientan identificados y confiados para participar en cualquier tipo de iniciativa encaminada a mejorar su rendimiento escolar. No es un asunto fácil porque implica establecer un contacto más allá de obtener datos mecánicamente. Hay que conseguir empatía entre los investigadores y los jóvenes, una vez lograda la relación de confianza y cercanía, entonces y solo entonces, el terreno estará preparado para investigar.

Referencias

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Prentice Hall Englewood Cliffs. Cap. 9

Becoña, E., Vázquez, F. & Oblitas, L. (2002). Promoción de estilos de vida saludables: ¿realidad, reto o utopía? En: L. Oblitas, & E. Becoña, (Eds.), *Psicología de la salud*. p.p. 67-109. México: Plaza y Valdés)

Bermúdez. M.P. (1997). La autoestima como estrategia de prevención. En: G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos & T. Carrasco Giménez (Eds.), *Psicología Preventiva*. (p.p. 105-116). Madrid: Pirámide.

Echebarría, A. (1997). Sesgos atribucionales. En: J. Morales, M. Moya, E. Reboloso, J. Fernández Dols, C. Huici, J. Marques, D. Páez, D & Pérez, J.A. (Eds.), *Psicología Social* (p.p. 253-283). Madrid: McGraw-Hill.

Hall, Alex S. Torres, Ivelisse. (2002) Partnerships in Preventing Adolescent Stress: Increasing Self-Esteem, Coping, and Support through Effective Counseling. *Journal of Mental Health Counseling*. v24 n2 p97-109.

Hurrelman, K. (1997). Prevención en la adolescencia En: G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos & T. Carrasco Giménez (Eds.), *Psicología Preventiva*. (pp. 105-116). Madrid: Pirámide.

King, K. Vidourek, R. Davis, B. & McClellan, W. (2002). Increasing Self-Esteem and School Connectedness through a Multidimensional Mentoring Program. *Journal of School Health*. v72 n7 p294-99

Lazarus, S.R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos cognitivos*. España: Roca.

Lindley, Lori D. Borgen, Fred H. (2002) Generalized Self-Efficacy, Holland Theme Self-Efficacy, and Academic Performance. *Journal of Career Assessment*. v10 n3 p301-14.

Moyano, J. (2001). *Propuesta de un instrumento que evalúe la autoestima en la adolescencia*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Tlalnepantla, México.

Pope, A.W., McHale, S.M., & Craighead, W.E. (1996). *Mejora de la autoestima: Técnicas para niños y adolescentes*. Barcelona: Martínez-Roca.

Sánchez, L., Torres, L., Rodríguez, N. (2002). *Programa de atención diferenciada y apoyo tutorial a estudiantes de educación superior*. En prensa.

Santín, L. (2000). *Autoestima y fracaso escolar*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Tlalnepantla, México.

**COMO EN TU CASA: EL LEGADO DE LA VIOLENCIA
INTERGENERACIONAL
EN LAS RELACIONES DE PAREJA EN UN GRUPO DE HOMBRES
GAY PUERTORRIQUEÑOS ¹**

Sheilla Rodríguez Madera

Programa de Psicología Clínica
Escuela de Medicina de Ponce

José Toro-Alfonso

Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos
Departamento de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Puerto Rico

Puerto Rico

Vivimos en sociedades donde la violencia se ha vuelto costumbre. La misma es transmitida por medio de diversos canales entre los cuales se encuentran los medios de comunicación, la red cibernética, las instituciones sociales, y las diversas situaciones de las cuales somos testigos en nuestra cotidianidad. Lamentablemente, la sobre-exposición a ambientes saturados de violencia ha favorecido que asumamos y aceptemos de manera natural las conductas violentas, tanto aquellas de gran sutileza hasta las más evidentes e impactantes. No obstante, enfatizamos que uno de los escenarios en donde la violencia adquiere matices más variados y traumáticos es en el ámbito doméstico; aquel lugar en el cual co-habitan personas unidas por lazos familiares y/o afectivos.

Este tipo de violencia a la que hacemos referencia se conoce como violencia doméstica. La misma se manifiesta entre personas de distintas edades, etnias, trasfondo socio-económicos y clases sociales (*Gay Men's Domestic Violence Project*, 2002). La violencia doméstica se caracteriza por ser un patrón de conductas abusivas dentro del contexto de relaciones de intimidad, por lo que también incluye a las citas románticas casuales (Merrill, 1999; Scarce, 1997; Hickson, Davies, Hunt, Weatherburn, McManus, & Coxon, 1994). Las conductas violentas surgen como consecuencia de la acción deliberada de una persona sobre otra con el objetivo de controlarla, coaccionarla y dominarla (Farley, 1992; Gondolf, 1984; Schornstein, 1997). Por tal razón, entendemos que la violencia doméstica es un asunto de poder en tanto la persona que tiene poder sobre la otra es quien utiliza tácticas extremas para hacer sentir y valer el mismo. Tales estrategias se manifiestan a través de acciones violentas en los niveles físico, emocional, y sexual (Russo, 1999).

En los últimos años, la violencia doméstica ha sido un tema muy tratado debido a la cantidad de víctimas que ha dejado tras su paso (*National Coalition of Anti-violence Programs [NCAVP]*, 2000; Koss, 1990; Straus & Gelles, 1990). Las implicaciones de este problema se presentan en múltiples dimensiones: personales, sociales, económicas y políticas (Bachman & Saltzman, 1995; Greenfeld, Rand, Craven, Klaus, Perkins, & Ringel, 1998). Además, representa un problema de salud pública por los daños psicológicos y físicos producidos, entre los cuales destacamos la

posibilidad de la infección con el VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles sexualmente (Vélez, Vega, Torres, Martínez, Sánchez, Fumero, *et al.*, 2000).

Históricamente, se ha abordado el tema de la violencia doméstica como si fuera un asunto exclusivamente de parejas heterosexuales, lo que ha tenido como consecuencia que se ignorara las manifestaciones de este tipo de violencia en parejas del mismo género (Hamberger, 1996). No fue hasta hace poco tiempo que miembros de la comunidad *gay* y lésbica incorporaron como parte de su agenda el estudio de la violencia doméstica en parejas *gay* (NCAVP, 1997; Renzetti, 1997, 1998; Shernoff, 1995). Particularmente, Lobel (1986), Island y Letellier (1991) fueron los primeros en identificar que cerca de medio millón de hombres *gay* en los Estados Unidos habían sido víctimas de violencia doméstica y un número similar fueron agresores. Otro estudio encontró que uno de cada cuatro hombres había tenido relaciones de parejas marcadas por la violencia (NCAVP, 2000). Este estimado es congruente con las estadísticas en parejas de mujeres lesbianas (De Vidas, 1999; Klinger & Stein, 1996).

Por otra parte, Kelly y Warshafsky (1987) identificaron que el 47% de los participantes de su estudio, estaban o habían estado involucrados en relaciones violentas. En investigaciones realizadas por Burke y Follingstad (1999), Nieves-Rosa, Carballo-Diéguez y Dolezal (2000), y Toro-Alfonso (1999a; 1999b), se encontró que entre un 7-35% de los participantes habían sido víctimas de violencia física; cerca de la mitad fueron víctimas de abuso emocional; y una cuarta parte habían tenido sexo anal sin protección bajo alguna forma de coerción sexual.

Entendemos que las razones para explicar por qué la violencia doméstica en parejas del mismo género fue un problema silenciado por tanto tiempo, están íntimamente relacionadas a la práctica de la homofobia, el sexismo, y la discriminación en contra de las personas *gay*. Además, no podemos negar que también existía temor por parte de los/as miembros de la comunidad *gay* y lésbica a que el reconocimiento público de este problema implicara un aumento en los ataques homofóbicos provenientes de la comunidad heterosexual y sectores conservadores (Elliot, 1996; Hamberger, 1996; Hanson, 1996; Island & Letellier, 1991; Merrill, 1999; Merrill & Wolfe, 2000; Renzetti, 1992).

Una vez se identificó que la violencia doméstica puede estar presente en parejas sin importar la orientación sexual de sus miembros, el próximo paso fue identificar las razones que precipitan este tipo de conductas. Existen múltiples teóricos (Burke & Follingstad, 1999; Elliot, 1996; Farley, 1992; Hamberger, 1996; Island & Letellier, 1991; Merrill, 1999) que han ofrecido explicaciones para entender el fenómeno. Sin embargo, es importante destacar que no existe una razón exclusiva que nos ayude a comprender el porqué la violencia doméstica se suscita, por lo que los acercamientos a ésta deben partir de una perspectiva multidimensional que tome en consideración aspectos individuales y sociales de las personas involucradas. Entre estos elementos, destacamos los siguientes: (1) la influencia que ejerce en la persona abusiva la exposición al modelaje de roles en el contexto del hogar y el aprendizaje vicario, (2) el ambiente social que nos sirve de contexto está inscrito en la violencia, por lo cual fomenta que la persona agresora sea abusiva, y (3) el individuo agresor carece de destrezas de manejo de conflicto, lo que propicia que entre toda la gama de alternativas que existe para solucionar una situación, elija ser violento.

Violencia en la Pareja: Una mirada a la transmisión intergeneracional

El ambiente social en el que una persona abusiva se desarrolla, contiene altos niveles de violencia. Bien podríamos decir que la violencia social y la violencia

doméstica son parte de un todo, cuyos componentes están estrechamente relacionados entre sí y se refuerzan mutuamente (Haz Paz, 2002). Es por esto que la violencia que se trasmite intergeneracionalmente trasciende los espacios físicos del hogar, pasando a la calle; y de ahí a otras relaciones e instancias en el futuro de la persona. Estamos haciendo referencia a las huellas que deja en el desarrollo el ser testigo o vivir en carne propia las manifestaciones de la violencia doméstica (Wolak & Finkelhor, 1998).

Cuatro encuestas realizadas con personas sobre sus memorias de la niñez, reflejaron que entre un 11-20% tenían recuerdos de incidentes de violencia entre su padre y madre (Hening, Leitenberg, Coffey, Turner, & Bennett, 1996). Por otra parte, más del 10% de las personas adultas que participaron en el *National Family Violence Survey* de los Estados Unidos entre el 1975 y 1985, reportaron haber visto a su padre y madre agrediendo mutuamente (Straus, 1992; Straus, Gelles, & Steinmetz, 1980). Este estudio incorporó familias hispanas (Straus & Smith, 1990a; 1990b). Para el 1992, se llevó a cabo el *National Alcohol and Family Violence Survey* mostrando que más del 16% de los/as participantes habían presenciado incidentes de violencia física en la díada parental. Estos estudios solo son muestras de la gravedad de la situación, sin obviar que en la mayoría de las veces, los acontecimientos de violencia doméstica quedan silenciados en las paredes del hogar (Straus, Gelles, & Steinmetz, 1980).

Para la década de los ochenta, y respondiendo a la preocupación creciente por la violencia evidente en las familias, varios investigadores se dieron a la tarea de profundizar en el tema (*Governor's Office of Child Abuse and Domestic Violence Services*, 2002). Carlson (1990), Fagan, Stewart, y Hansen (1983), Jaffe, Wolfe, Wilson, y Zak (1986), Straus, Gelles, y Steinmetz (1980) identificaron en sus estudios que la tendencia hacia el abuso era un legado que se transmitía de generación en generación. Estos investigadores encontraron correlaciones positivas entre ser víctima de abuso en la familia de origen o presenciarlo, y experimentar situaciones similares en la adultez. Straus, Gelles, y Steinmetz (1980) señalaron que un hombre que observara violencia física entre su padre y madre durante su infancia, tenía una probabilidad tres veces mayor de agredir a su compañera sentimental en la adultez que uno que no pasara por esta experiencia.

Si tomamos como punto de partida la teoría del aprendizaje observacional de Bandura (1973), podemos entender que los niños y las niñas que son socializados violentamente, o presencian la violencia en su hogar de origen, son más propensos a reproducir estos patrones conductuales en otras esferas. Según Bandura (1973), el aprendizaje de conductas abusivas ocurre en tres pasos: (1) la observación de conductas violentas por parte de una persona cercana o importante para el niño o niña (Ej.: padre o madre); (2) observar las consecuencias inmediatas de la (Ej.: lograr controlar efectivamente a la otra persona); (3) experimentar por sí mismo/a las consecuencias (Ej.: practicar la conducta observada); y (4) incorporar la conducta como parte de su repertorio (aprendizaje).

A modo de resumen, y tomando en cuenta el impacto del aprendizaje social, enfatizamos que el historial de violencia intergeneracional es uno de los elementos más significativos para que la violencia en la pareja ocurra (Arias, 1984; Kalmus, 1984; O'Leary, 1988; Straus, Gelles, & Steinmetz, 1980). Este adquiere un rol activo como predisponente, el cual, unido a otros factores personales y sociales, puede crear el ambiente perfecto para que la persona opte por ser violenta con su pareja.

En el contexto de parejas del mismo género, el escenario social puede ser crucial como agente catalítico ya que el mismo está saturado de discursos sociales que

promueven la homofobia externa e internalizada (Schifter, Madrigal, & Toro, 1997). En muchas ocasiones la familia de origen responde violentamente ante el hecho de que uno de sus miembros es homosexual lo que es un elemento adicional a ser considerado cuando hablamos de violencia en el hogar (Hanson, 1996).

Partiendo de esta preocupación, nos dimos a la tarea de acercarnos al tema de la violencia doméstica en hombres *gay* puertorriqueños, tema poco estudiado en dicho contexto. Para este fin, desarrollamos un estudio dirigido a identificar: (1) la prevalencia de la violencia doméstica en los participantes, en sus tres manifestaciones (emocional, física, y sexual); (2) la violencia en el hogar de origen; (3) las conductas adictivas en los participantes y su exposición a éstas en el hogar de origen; y (4) las destrezas de manejo de conflictos que poseen. Para efectos de este trabajo, presentaremos los resultados relacionados al segundo punto: la violencia intergeneracional.

Método e Instrumentos

Este es un estudio descriptivo en el cual contamos con 302 participantes. Los criterios de participación fueron: tener la mayoría de edad legal, ser puertorriqueño, identificarse como *gay* o bisexual; y haber tenido al menos una relación de compromiso en su vida.

El reclutamiento se logró mediante la ayuda de organizaciones de servicio para hombres homosexuales, redes de amistades, y participantes claves que nos refirieron personas. Para poder participar, las personas tuvieron que llenar una hoja de consentimiento en donde se explicaba la naturaleza del estudio y se les indicaba que podían retirarse en cualquier momento sin que eso significara ninguna censura o pérdida de los servicios a los cuales tenían acceso, si fueron referidos por una organización.

Utilizamos un instrumento auto-administrable desarrollado por Toro-Alfonso y Nieves-Rosa (1996). El mismo se compone de las siguientes escalas: (1) historial de abuso intergeneracional; (2) conductas adictivas; (3) conductas de violencia doméstica que realizan los participantes y sus parejas; y (4) escala de manejo de conflictos.

Los datos fueron analizados con el programa SPSS (*Statistical Program for Social Sciences*). Realizamos estadísticas descriptivas y regresiones.

Resultados

Los participantes tenían una edad promedio de 31 años y contaban con niveles altos de escolaridad. El 77% tenía estudios a nivel universitario. El 81% se identificó como *gay* y el 19% como bisexuales. Cerca de la mitad (49%) tenía pareja estable al momento del estudio. El 77% indicó que había tenido tres o menos relaciones de compromiso en su vida.

A través de la información obtenida de los participantes identificamos que la violencia informada con más frecuencia, tanto en la familia de origen como en sus relaciones de pareja fue la violencia emocional (Gráfica 1 y 2). En las relaciones de los participantes, cerca de la mitad informaron haber sido víctimas o agresores de este tipo de violencia. Igualmente informaron que el 46% presencié violencia emocional en su familia de origen

Cerca de una cuarta parte de los participantes informaron haber estado involucrados (como víctimas o como agresores) en violencia física con sus parejas. En la familia de origen un 40% informó que presencié eventos de violencia física.

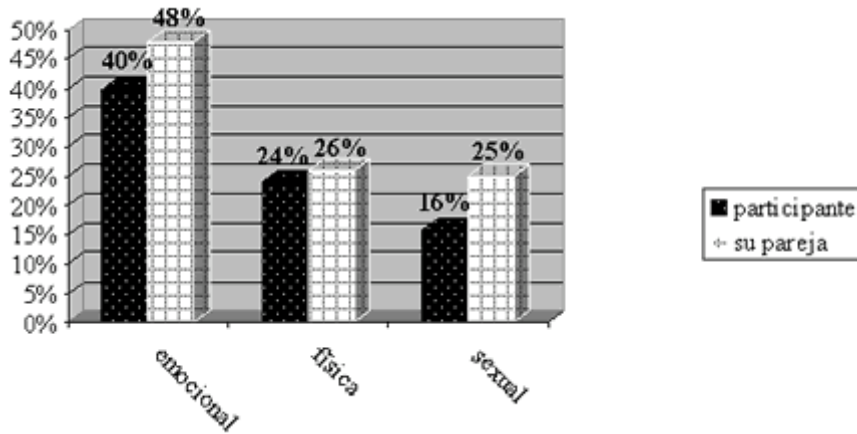


Gráfico 1 - Violencia Doméstica en las Relaciones de Pareja de los Participantes

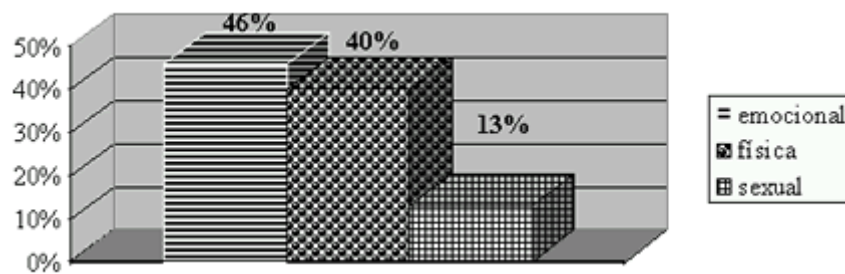
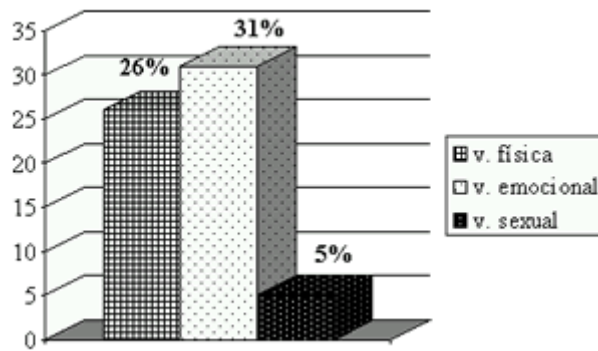


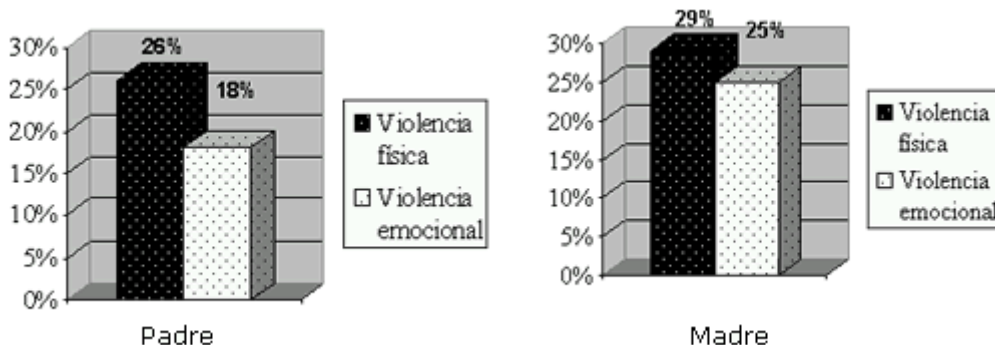
Gráfico 2 - Tipos de Violencia Presenciada en el Hogar de Origen de los Participantes

La violencia física en el hogar de origen se observa además en incidentes violentos entre los hermanos/as. Se destaca que los incidentes de violencia emocional entre hermanos/as son la mayoría de los casos informados por los participantes (Gráfico 3).



Gráfica 3 - Tipos de Violencia entre los/as Hermanos/as

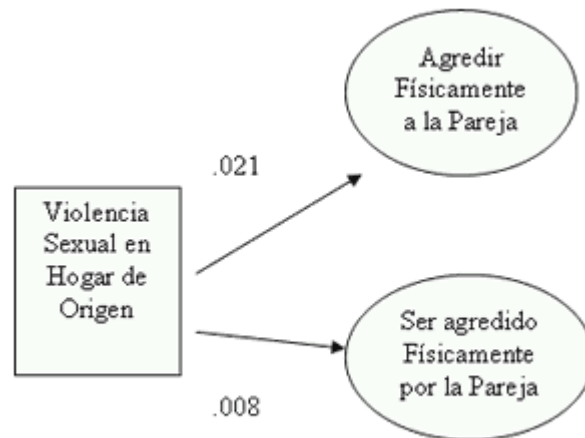
Preguntamos a los participantes si ellos tenían conocimiento sobre si su padre o madre fueron víctimas de abuso durante su niñez. Cerca de una cuarta parte informó que sus padres o madres habían sido abusados emocional o físicamente en su infancia. (Ver Gráfica 4). Ninguno mencionó información relacionada al abuso sexual. Es posible que los participantes no tuvieran conocimiento sobre esta información o que hayan deseado no responder ni ofrecer información sobre el particular.



Gráfica 4 - Violencia en el Hogar de los Padres y las Madres de los Participantes

Como se observa en la Gráfica 2, el 13% de los participantes tuvo experiencias de abuso sexual en la infancia por parte de sus padres, madres o hermanos/as. De igual forma, los participantes indicaron un 16% de victimización sexual y 25% informó haber sido víctima de acoso, coerción o abuso sexual en sus relaciones de pareja.

El siguiente modelo de regresión (Ver Gráfica 5) presenta cómo la exposición a la violencia sexual en el hogar de origen aumenta la probabilidad de agredir físicamente a la pareja y a su vez de ser víctima de violencia física por parte de su compañero. Al parecer, la violencia sexual, a pesar de ser la que menos se reporta, tiene consecuencias muy serias.



Gráfica 5 - Factor de Vulnerabilidad para la Violencia Física en la Pareja

Los datos presentados son congruentes con los hallazgos en la literatura por apuntar al impacto que tiene la exposición a un ambiente violento en los hogares de origen en las manifestaciones de conductas violentas en las relaciones de pareja.

Discusión

No debemos dudar que la exposición al modelaje de conductas violentas en el hogar impacta de forma negativa la forma en que se abordarán y manejarán las relaciones en el futuro. Los hallazgos de este estudio nos presentan un panorama de violencia, en sus diversas manifestaciones, que son repetitivas a través de las generaciones; siendo la violencia sexual la que parece dejar huellas más profundas. Resulta interesante que el mismo por ciento de participantes que identificaron haber sido víctima de abuso en su hogar, en este caso por parte del padre, informaron ser víctimas de abuso por parte de la pareja.

La literatura presenta con gran detalle el impacto que tiene el abuso sexual en la infancia, particularmente sobre la estima, el sentido de confianza y la capacidad para establecer límites en las relaciones. Las personas sobrevivientes de abuso sexual están significativamente sobrerrepresentadas entre las víctimas de violencia física y emocional.

En resumen, la violencia doméstica parece ser el resultado directo del aprendizaje, inscrito en un contexto social que propicia la conducta agresiva. Esto nos lleva a reflexionar sobre las similitudes entre la violencia doméstica en parejas heterosexuales y del mismo género. En ambas instancias, estamos hablando del mal uso del poder (Waldner-Haugrud & Magruder, 1997) y patrones intergeneracionales de conductas violentas. No obstante, existen unas diferencias marcadas como lo son la falta de apoyo para las víctimas y la re-victimización que surge a partir de la discriminación y la homofobia.

Es importante que reflexionemos y tomemos acción sobre el impacto que tiene la violencia en el hogar y las consecuencias en el proceso de aprendizaje de los niños

y niñas que son expuestos a ambientes violentos. En algún momento hay que detener el ciclo de transmisión intergeneracional, quizás por medio de campañas de intervención activas que señalen el problema y contribuyan a ofrecer alternativas viables.

El trabajo en contra de la erradicación de la violencia doméstica implica impactar múltiples dimensiones, por lo cual debemos desarrollar esfuerzos concretos que beneficien a las personas involucradas en relaciones violentas, sin importar la orientación sexual; y que se dirijan a enfatizar en las relaciones de poder (quién las domina y sus repercusiones) y el impacto del modelaje. En el caso de las parejas del mismo género, el trabajo va mucho más allá puesto que implica desarticular la práctica generalizada de la discriminación y la homofobia, que se traduce en falta de apoyo.

Pensamos que es importante comenzar a crear escenarios que alberguen a víctimas de violencia a manos de sus parejas del mismo género y que se desarrollen intervenciones preventivas y remediadoras contextualizadas en este tipo de relaciones. Dichas intervenciones deben incluir la discusión de aspectos importantes como: el trabajo con el legado de la violencia en el hogar de origen (sanación y re-significación), el manejo de la auto-estima, el desarrollo de destrezas de negociación, destrezas de asertividad, la identificación de situaciones de riesgo, entre otros. De esta manera trabajamos directamente con las necesidades de personas que están siendo afectadas y favorecemos el desarrollo de relaciones más equitativas.

Este trabajo fue financiado con Fondos Institucionales para la Investigación (FIPI) de la Universidad de Puerto Rico y American Psychology Foundation.

Referencias

Arias, L. (1984). *A social learning theory explication in the intergenerational transmission of physical aggression in intimate heterosexual relationships*. Disertación doctoral sin publicar. State University of New York, New York.

Bachman, R. & Saltzman, L. (agosto, 1995). *Violence against women: Estimates from a redesigned survey*, Bureau of Justice Statistics, Special Report. Washington, D.C.: US Department of Justice.

Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Burke, L. & Follingstad. (1999). Violence in lesbian and gay relationships: Theory, prevalence, and correlational factors. *Clinical Psychology Review*, 19, 487-512.

Carlson, B. E. (1990). Adolescent observers of marital violence. *Journal of Family Violence*, 5, 285-299.

De Vidas, M. (1999). Childhood sexual abuse and domestic violence: A support group for Latino gay men and lesbians. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 10, 51-68.

Elliot, P. (1996). Shattering illusions: Same sex domestic violence. En C. M. Renzetti & C. H. Miley (Eds.), *Violence in gay and lesbian domestic relationships* (pp. 1-8). New York, NY: Harrington Park Press.

Fagan, J. A., Stewart, D.K., & Hansen, K.V. (1983). Violent men or violent husbands? Backgrounds factors and situational correlates. En D. Finkelhor, R. J. Gelles, G. T. Hotaling, & M. A. Straus (Eds.), *The dark side of families* (pp. 49-68). Beverly Hills, CA: Sage.

Farley, N. (1992). Same sex domestic violence. En E. Dworkin & F. J. Gutierrez (Eds.), *Gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow*. (pp. 231-242). Alexandria, VA: American Association for Counseling Development.

Gay Men's Domestic Violence Project. (2002). *Myths and facts about same-gender domestic violence*. Accesado 6 de noviembre 2002 en, <http://www.gmdvp.org/pages/myth.html>

Gondolf, E. (1984). *Men who batter: An integrated approach for stopping wife abuse*. Holmes Beach, FL: Learning Publications.

Governor's Office of Child Abuse and Domestic Violence Services. (2002). *The scope and dynamics of domestic violence*. Accesado 17 de diciembre 2002 en, <http://gov.state.ky.us/domviol.dvdynam.htm>

Greenfeld, L., Rand, M., Craven, D., Klaus, P., Perkins, C., Ringel, C. (marzo, 1998). *Violence by intimates* (NCJ No. 167237). Washington, D.C.: US Department of Justice.

Hamberger, L. K. (1996). Intervention in gay male intimate violence requires coordinated efforts on multiple levels. En C. M. Renzetti & C. Harvey-Miles (Eds.), *Violence in gay and lesbian domestic relationships* (pp. 83-91). New York, NY: Harrington Park Press.

Hanson, B. (1996). The violence we face as lesbians and gay men: The landscape both outside and inside our communities. En M. S. (Ed.), *Human services for gay people: Clinical and community practice*. New York, NY: Harrington Park Press.

Haz Paz. (2002). *Violencia Intrafamiliar*. Accesado el 19 de diciembre 2002 en, <http://www.hazpaz.gov.co/violen.htm>

Hening, K., Leitenberg, H., Coffey, P., Turner, T., & Bennett, R. (1996). Long-term psychological and social impact of witnessing physical conflict between parents. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 22-23.

Hickson, F., Davies, P., Hunt, A., Weatherburn, P., McManus, T., & Coxon, A. (1994). Gay men as victims of non-consensual sex. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 281-294.

Island, D., & Lettelier, P. (1991). *Men who beat the men who love them: Battered gay men and domestic violence*. New York, NY: Harrington Park Press.

Jaffe, P. Wolfe, D., Wilson, S., & Zak, L. (1986). Similarities in behavioral and social maladjustment among child victims and witnesses to family violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 142-146.

Kalmus, D. (1984). The intergenerational transmission of marital aggression. *Journal of Marriage and the Family*, 46, 11-19.

Kelly, E., & Warshafsky, L. (1987). *Partner abuse in gay male and lesbian couples*. Presentado en Third National Conference of Family Violence Researchers, Durham, NH.

Klinger, R., & Stein, T. (1996). Impact of violence, childhood sexual abuse, and domestic violence and abuse on Lesbian, Bisexual, and Gay men. En R. Cabaj & T. Stein (Eds.), *Textbook of homosexuality and mental health*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Koss, M. P. (1990). The women's mental health research agenda: Violence against women. *American Psychologist*, 45, 375-380.

Lobel, K. (Ed.). (1986). *Naming the violence: Speaking out about lesbian battering*. Seattle, WA: Seal Press.

Merrill, G. (1999). 1 in 3 of 1 in 10: Sexual and dating violence prevention groups for lesbian, gay, bisexual, and transgendered youth. En B. Levanthal & S. Lundy (Eds.), *Same-sex domestic violence: Strategies for change* (pp. 201-213). Thousand Oaks, CA: Sage.

Merrill, G. & Wolfe, V.A. (2000). Battered gay men: An exploration of abuse, help seeking, and why they stay. *Journal of Homosexuality*, 39, 1-30.

National Coalition of Anti-violence Programs (2000). *Lesbian, gay, transgender and bisexual (LGTB) domestic violence in 1999*. New York, NY: Autor.

National Coalition of Anti-violence Programs (1997) *Annual report on lesbians, gay, transgender domestic violence*. Washington, DC: Autor.

Nieves-Rosa, L., Carballo-Dieiguez, A., & Dolezal, C. (2000). Domestic Abuse and HIV-risk behavior in Latin American men who have sex with men in New York City. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 11, 77-90.

O'Leary, K. D. (1988). Physical aggression between spouses: A social learning theory perspective. En V. B. V. Hasselt & R. L. Morrison & A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Handbook of family violence* (pp. 31-56). New York, NY: Plenum.

Renzetti, C. (1997). Violence and abuse among same-sex couples. En A. P. Caldarelli (Ed.), *Violence between intimate partners: Patterns, causes, and effects* (pp. 70-89). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Renzetti, C. (1992). *Violence betrayal: Partner abuse in lesbian relationships*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Russo, A. (1999). Lesbian organizing lesbians against battering. En B. Levanthal & S. Lundy (Eds.), *Same-sex domestic violence: Strategies for change* (pp. 83-96). Thousand Oaks, CA: Sage.

Scarce, M. (1997). *Male on male rape: The hidden toll of stigma and shame*. New York, NY: Plenum Press.

Schifter, J., Madrigal, J., & Toro, J. (1997). *Ojos que no ven. Psiquiatría y homofobia*. San José, Costa Rica: Editorial ILPES.

Schornstein, S. L. (1997). *Domestic violence and health care: What every professional needs to know*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Shernoff, M. (1995). Gay men: Direct practice. En R.L. Edwards (Ed.), *Encyclopedia of Social Work 19th Edition* (pp. 1075-1085). Washington, D.C.: National Association of Social Workers.

Straus, M. A. (1992). *Children as witnesses to marital violence: A risk for lifelong problems among nationally representative sample of American men and women*. Paper presented at the Twenty-third Ross Roundtable on Critical Approaches to Common Pediatric Problems.

Straus, M. A., & Gelles, R. J. (1990). How violent are American families? Estimates from the National Family Survey and other studies. En M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in 8,145 American families* (pp. 95-132). New Brunswick, NJ: Transaction.

Straus, M. A., Gelles, R. J., & Steinmetz, S. (1980). *Behind closed doors: Violence in the American family*. Garden City: NJ: Anchor.

Straus, M. A. & Smith, C. (1990a). Family patterns in child abuse. En M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families: Risk factors*

adaptations to violence in 8,145 families (pp. 245-261). New Brunswick, NJ: Transaction.

Straus, M. A. & Smith, C. (1990b). Violence in Hispanic families in the United States: Incidence rates and structural interpretations. En M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families: Risk factors adaptations to violence in 8,145 families* (pp. 341-368). New Brunswick, NJ: Transaction.

Toro-Alfonso, J. (1999a). Domestic violence among same-sex partners in the gay, lesbian, bisexual, and transgender communities in Puerto Rico: Approaching the issue. En B. Leventhal, & S. Lundy (Eds.), *Same-sex domestic violence* (pp. 157-164). Thousand Oaks, CA: Sage.

Toro-Alfonso, J. (1999b). Hidden in the closet: Same sex domestic violence, Implications for intervention. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*. 9, 69-79.

Toro-Alfonso, J. & Nieves- Rosa, L. (1996). *Cuestionario sobre violencia doméstica en parejas de hombres gay puertorriqueños*. San Juan, PR: Fundación SIDA de Puerto Rico.

Velez, C., Vega, J., Torres, D., Martinez, Z., Sanchez, M., Fumero, A., Rios, E., Cardona, S., Gonzalez, L., Umpierre, A., & Godreau, A. (2000). La violencia doméstica: Un reto para la investigación en salud pública. *Mujer & Salud*, 4, 12-19.

Waldner-Haugrud, G. & Magruder, S. (1997). Victimization and perpetration rates of violence in gay and lesbian relationships: Gender issues explored. *Violence and Victims*, 12, 173-184.

Wolak, J. & Finkelhor, D. (1998). Children exposed to partner violence. En J. Jasinski & L. Williams (Eds.), *Partner violence: A comprehensive review of 20 years of research* (pp.73-111). Thousand Oaks, CA: Sage.