



Mi Universidad

PRÁCTICA DE INVESTIGACIÓN

Nombre del Alumno: Marvin Alejandro Palomeque Cornelio

Nombre del tema: Práctica de investigación

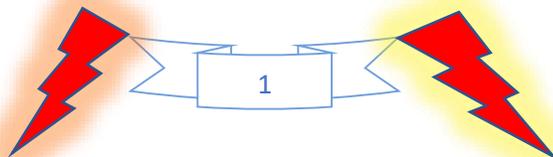
Parcial: III

Nombre de la Materia: Computación

Nombre del profesor: Evelio Calles Pérez

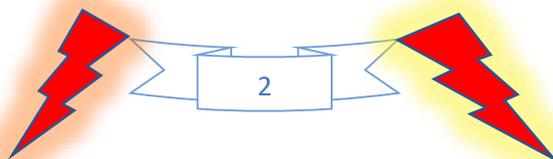
Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 1er.



Contenido

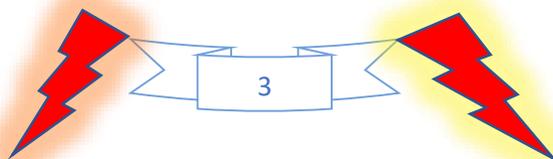
UNIDAD I: Fundamentos de la psicología de la salud	3
Introducción a la psicología de la salud	3
Concepto de salud	5
Orígenes de la Conducta Humana	9
Variables independientes en salud.....	12
Variables ambientales como condicionantes de la salud.....	14
Importancia de la psicología en la salud.....	17
UNIDAD II: FACTORES PSICOLÓGICOS DE RIESGO	21
Ansiedad y estrés.....	21
Ansiedad y personalidad	26
Teorías de Cattell, Eysenck.....	29
Neuroticismo y ansiedad	33
Enfoque biomédico.....	36
Enfoque conductual y Enfoque cognitivo.....	39
UNIDAD III: Comprensión de las enfermedades.....	43
Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer.....	43
Modelos de cognición social.....	44
Técnicas de recolección de datos: observación y entrevista	44
Entrevistas.....	45
Encuestas	46
Cuestionarios	46
Modelo de creencias en salud (MCS)	46
Bibliografía	48



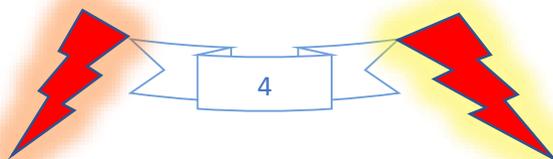
UNIDAD I: Fundamentos de la psicología de la salud

Introducción a la psicología de la salud

La psicología de la salud parece tener sus orígenes en los años 70, siendo una de las causas de su aparición la necesidad de abordar el proceso de salud-enfermedad de los seres humanos, que estaba enfocada en una respuesta de causa única relacionada con la biología y que pasaría a tomarse de una manera más integra tomando en cuenta aspectos psicológicos, biológicos y sociales, colaborando con otras disciplinas para mejorar la calidad de vida. En las últimas décadas este campo ha ido evolucionando aplicando nuevas estrategias en prevención e intervención que las diferencian de otras ramas de la psicología; sin embargo, aún existirían cuestiones que representan un reto en la actualidad como: el hecho de que la psicología de la salud no es considerada en cuanto a la atención a la salud se refiere, ya que se toma a la medicina como eje principal; por otro lado, la formación del profesional de la psicología de la salud es deficiente y no proporciona conocimientos teóricos ni metodológicos para hacer intervenciones adecuadas en esta área. Algunas definiciones de psicología de la salud que podemos encontrar: Stone (1979) La psicología de la salud es una especialidad de la psicología que comprende la aplicación de los conceptos y métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, ya sea que se hable de los niveles de atención a la salud, de salud pública, de educación y planificación de la salud, o bien de otros componentes del sistema, añadiendo que la práctica tradicional de la psicología clínica vendría a constituirse en una de sus subdivisiones. Matarazzo (1980) Agregado de las contribuciones profesionales, científicas y educativas



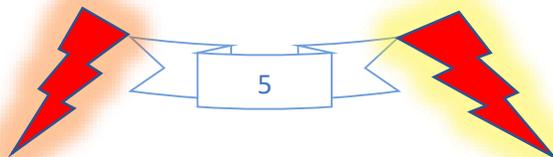
de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas. Torres y Beltrán (1986) Por psicología de la salud debe entenderse una actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, conductas, valores, hábitos, etcétera) que facilitan la vinculación estrecha entre el equipo de salud y la población, en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que aquejan a la segunda. Bloom (1988) La psicología de la salud tiene que ver con el estudio científico de la conducta, las ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe (1988), La psicología de la salud se interesa en la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural determinado, así como en el desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud. Rodríguez y Palacios (1989) La psicología de la salud es un área que permite la aplicación de los alcances metodológicos de otras áreas de la psicología y con esto una incidencia en la conducta particular de los individuos y de sus comunidades, para el cuidado, mantenimiento y promoción de la salud como un estilo de vida, planteando una alternativa diferente de la organización del comportamiento individual y colectivo al respecto. Tanto la promoción como la prevención son de las áreas específicas en donde actúa el profesional de la psicología de la salud. La primera se puede definir como la integración de acciones por parte de la población y las organizaciones con el objetivo de garantizar mejores



condiciones de salud física, psíquica y social, más allá de la sola ausencia de enfermedad, haciendo énfasis en algunos temas como: la salud reproductiva, la salud en niños, salud en adolescentes, adultos y/o adultos mayores. Por otra parte, la prevención es definidas como un conjunto de acciones que tienen el objetivo de la identificación, control o reducción de los factores de riesgo, del ambiente y del comportamiento para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables A pesar de los buenos diseños de promoción y prevención, los individuos en ocasiones se resisten a estos programas, lo que puede ser producto del carácter placentero que tienen los factores de riesgo para la persona u otras diferentes explicaciones acerca de las transgresiones que se puede tener contra la salud.

Concepto de salud

La salud, entendida en sentido amplio como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo. Desde el punto de vista subjetivo, está relacionada con un sentimiento de bienestar. Los aspectos objetivos de la misma tienen relación con la capacidad de funcionamiento de la persona. Es el sustrato básico para la autorrealización del ser humano; un recurso para la vida (Gil Rodríguez, León Rubio y Jarana Expósito, 1995). Según Brenner y Wrubel (1989) el bienestar, como sentimiento subjetivo, es el resultado de experimentar salud o autopercepción que

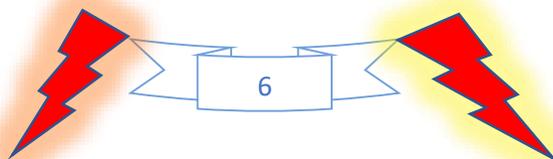


nuestro organismo funciona de manera congruente e integrada. Nuestro bienestar biológico, mental y social no es un mero accidente en nuestra vida, ni un premio o castigo que nos cae del cielo, sino que se corresponde con situaciones ecológicas, económicas y sociales bien precisas, que nosotros mismos, a través de nuestra historia, hemos provocado (San Martín, 1982). Dubos (1975) sostiene que la salud es *“el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio”*.

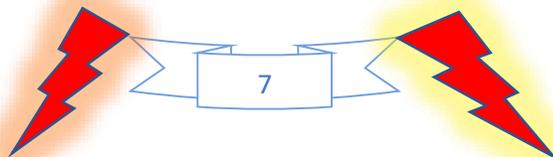
En el concepto de salud están implicadas las distintas partes de nuestro sistema, constructo que está relacionado con la interconexión e integración de múltiples niveles. Existe un principio psicofisiológico básico:

“Cada cambio en el estado fisiológico es acompañado por un cambio apropiado en el estado mental —emocional, consciente o inconsciente; e inversamente, cada cambio en el estado mental— emocional, consciente o inconsciente, es acompañado por un cambio apropiado en el estado fisiológico”. (Oblitas, 2017)

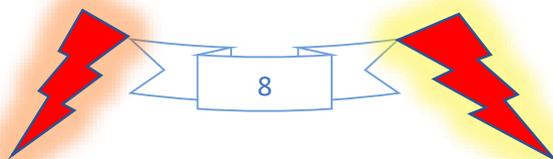
Constituimos una unidad como sistemas individuales y también en relación con el mundo que nos rodea, ya que formamos parte de una totalidad mayor que es el ambiente físico y social, el planeta, el universo. A través de nuestro comportamiento interactuamos con el entorno, y este comportamiento está en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



así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de nuestros esquemas internos. En el presente ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar (Becona, Vazquez y Oblitas, 2000). En estos últimos años se ha producido un cambio radical en la concepción de la salud y de la enfermedad. El modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. El paradigma actual en este campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de nuestros hábitos de vida. Ello significa que las creencias y actitudes, los hábitos cotidianos, en definitiva, nuestro comportamiento, constituye aspectos centrales de esta problemática humana. Las conductas saludables, que implican acciones cognitivo-emocionales orientadas a manejar adaptativamente el estrés cotidiano, incluyen, entre otras, una alimentación basada en nutrientes naturales y equilibrada en sus componentes; contacto con la naturaleza; beber alcohol moderadamente o no hacerlo; ejercicio físico regular; respirar aire oxigenado, es decir, evitar ambientes contaminados; dormir 7-8 horas diarias; realizar controles médicos preventivos, cumplir con las prescripciones médicas, etcétera. El objetivo de todo ello es incrementar la vitalidad para favorecer un mejor nivel de funcionamiento psicobiológico y, a la vez, hacer más lento el envejecimiento biológico.



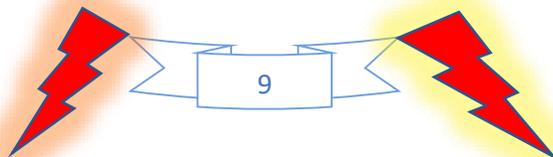
Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1983) ha emitido las siguientes recomendaciones para el ámbito sanitario: _ Promover la responsabilidad individual por medio del fomento de la autonomía personal. _ Destacar los aspectos saludables de la vida y de las personas, en lugar de fijar la óptica en la enfermedad. _ Favorecer la comunicación interprofesional en el abordaje de los problemas sanitarios. _ Estimular la participación de la comunidad en los problemas sanitarios. Esta nueva perspectiva implica desarrollar nuevas estrategias de comunicación, es decir, crear nuevas pautas interpersonales que aseguren la bidireccionalidad de la comunicación (profesional-usuario). El paciente tiene que transformarse en agente de salud mediante la creación de conductas participativas en el cuidado de la salud; mantener una actitud de auto vigilancia (Gil Rodriguez, Leon Rubio y Jarana Exposito, 1995). Muchas de las enfermedades crónicas son el resultado de la acumulación de conductas no saludables y condiciones ambientales perjudiciales. De tal manera, los cuidados médicos no pueden sustituir los hábitos y las condiciones ambientales saludables. El mantenimiento de conductas saludables constituye una medicina esencial. La psicología actual ha evolucionado desde la enfermedad y la disfunción hacia un enfoque centrado en la salud humana, en el funcionamiento positivo. Se hace hincapié en la importancia de desarrollar potencialidades y reforzar aspectos emocionales positivos de las personas. En los últimos años han cobrado especial relevancia los aspectos preventivos de las enfermedades, en gran parte por razones económicas. Igualmente, se ha acrecentado el interés por encontrar estrategias para sobrellevar ciertas enfermedades crónicas, como controlar el dolor, con el cual,



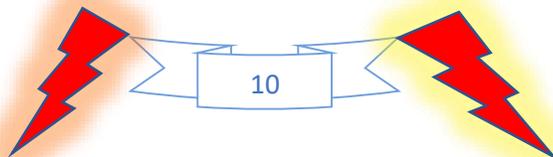
muchas veces, hay que convivir; formas para evitar el absentismo laboral e incrementar la productividad del trabajador y, en general, cómo mejorar integralmente la calidad de vida de las personas. Los estudios epidemiológicos indican que los gastos relativos a cuidados médicos tienen poca influencia en la expectativa de vida. La medicina preventiva y los programas de inmunización han incrementado la esperanza de vida de la población. Sin embargo, la muerte prematura está ampliamente determinada por el estilo de vida, los hábitos y las condiciones ambientales perjudiciales evitables (Bandura, 1997). Una multiplicidad de factores, tales como el descontrol emocional, o un control e inhibición emocional excesivos, ciertos hábitos nutricionales inadecuados, predisponen a enfermedades cardiovasculares; hábitos como fumar, asociados fuertemente con el cáncer, enfermedades respiratorias y cardíacas; el consumo de alcohol y drogas, que afecta diversos sistemas del cuerpo; la carencia de habilidades interpersonales y de comunicación, predisponen a padecer alteraciones en distintos sistemas biológicos. (Labiano, 2004)

Orígenes de la Conducta Humana.

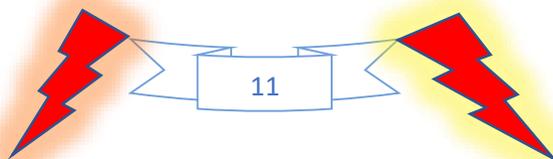
Las conductas humanas, constituyen el conjunto de reacciones psíquicas de las personas, permitiendo conservar relaciones con el medio, mantienen el fenómeno de la vida y aseguran su continuidad. Es la forma de ser del individuo y el conjunto de acciones que efectúa con el fin de adecuarse a un ambiente.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



comportamiento. La conducta ha sido centro de estudio de la psicología desde sus inicios. John B. Watson, representante de la psicología de la conducta o conductismo, postulaba que la psicología, en lugar de fundarse en la introspección, debía limitar su estudio a la observación del individuo en una situación determinada. El estudio de la conducta indaga la evolución de ciertas etapas formativas en el individuo, como la infancia o adolescencia, y va unido al estudio del desarrollo físico desde el nacimiento hasta la muerte. La mayoría de los psicólogos de hoy acuerdan en que el objeto propio de las ciencias psicológicas es la conducta humana. Pero, por “Conducta humana” se entienden muchas representaciones artísticas más antiguas, que fueron encontradas en Francia, en las cuevas de Chauvet-Pont-d’Arc y Lascaux, cuyas edades se calculan en 31 000 y 17 000 años, respectivamente. Existen dos teorías al respecto, la primera señala que el origen del ser humano se dio en África hace más de 130 000 años, pero el comportamiento moderno se generó en Europa hace aproximadamente 40 000 de una manera muy abrupta, algunos piensan que incluso pudo deberse a una mutación genética. La segunda coincide con la idea de un origen biológico africano, pero afirma que el comportamiento moderno también surgió ahí, en épocas mucho más remotas y que fue un proceso gradual. El gran inconveniente para quienes apoyan la segunda teoría ha sido la falta de evidencia arqueológica, pero recientemente un grupo de investigadores y estudiantes, encabezado por Christopher Henshilwood, de la Universidad Estatal Stony Brook, de Nueva York, realizó un importante hallazgo en la Cueva Blombos, localizada en la punta sur de Sudáfrica, en una región que se encuentra de cara al

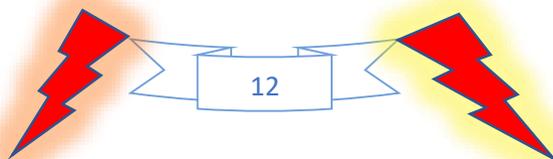


Océano Índico: se encontraron piezas de hueso tallado, cuya antigüedad se calcula en aproximadamente 70 000 años, y más de 8 500 piezas de ocre (un mineral terroso de color rojo o amarillo, que es un óxido de hierro, el cual frecuentemente se encuentra mezclado con arcilla). Pero son dos las que han logrado revivir el debate sobre el origen del comportamiento humano moderno: dos piezas de ocre rojo, grabadas con cruces geométricas. Según el investigador, las piezas fueron grabadas intencionalmente, y tienen un diseño geométrico y abstracto. En otras palabras, son obras de arte. Sin que nadie le reste importancia al descubrimiento, una duda permanece: ¿Por qué no se han encontrado piezas similares en los cerca de 30 sitios arqueológicos de la misma época que se han localizado en África? Henshilwood opina que puede deberse a fallas en la metodología de estas excavaciones, que sus hallazgos son sólo la punta de un enorme iceberg y que pronto se harán nuevos descubrimientos en esta misma línea de investigación. Pero independientemente del resultado de este debate, es emocionante pensar en el Homo sapiens, hombre o mujer, que hace más de 70 000 años se pasó horas y horas en una enorme cueva, tallando una pequeña piedra de menos de 80 milímetros de largo, quién sabe para qué, pensando quién sabe qué. Y dejando, sin siquiera imaginarlo, una huella innegable de que efectivamente ella o él pertenecían ya a una especie distinta a todas las que hasta ese momento habían poblado este ancho y largo planeta.

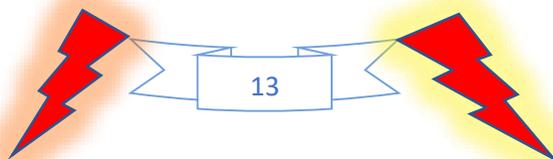


Variables independientes en salud

Según el modelo interactivo de conducta saludable de Heiby y Carlson (1986), se pueden distinguir tres tipos de variables independientes: 1. Las situacionales, tales como el apoyo social que se recibe de otros, modelos sociales a los cuales el individuo está expuesto, evaluaciones externas, etc., son factores que ayudan a acrecentar o suprimir conductas saludables. 2. Las personales tales como creencias, percepciones, expectativas, motivaciones, etc., que, en última instancia, son las que juegan el papel decisivo en la adopción y mantenimiento de pautas saludables. 3. Las consecuencias anticipadas de las conductas saludables con relación a los costos y beneficios percibidos también son elementos importantes, diferentes de las contingencias de refuerzo o castigo del momento presente (Carlson, Harrigan y Seeley, 1997). La percepción subjetiva respecto de la probabilidad de padecer ciertos síntomas o una determinada enfermedad (grado de vulnerabilidad percibida) incide en las conductas saludables a adoptar y mantener. También, la percepción anticipada que el individuo tenga acerca de las consecuencias positivas (o refuerzo) a experimentar como resultado de sus prácticas saludables, constituye un importante regulador de sus elecciones presentes. Ejemplo: Ángel fuma permanentemente en su oficina, a pesar de haber sido operado de un tumor cerebral. Está convencido que de algo hay que morirse, que no tiene sentido abandonar ese hábito porque inevitablemente todos vamos a terminar muriéndonos de algo, por tanto, no percibe ninguna ganancia en suprimir esta práctica. Esta creencia le ayuda a defender y justificar su conducta autodestructiva. La persona tiene que percibir una relación



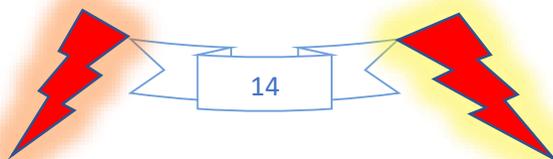
significativa entre su comportamiento específico y los síntomas que experimenta, reconocer una relación causa-efecto evidente para modificar su conducta patológica y reemplazarla por otros comportamientos más protectores y adaptativos. De lo contrario, la persona mantendrá sus pautas perjudiciales ya que no percibe el riesgo potencial de las mismas. Ejemplo: Pedro fuma una caja de cigarrillos al día y aun no percibe síntomas limitantes; su vida es sedentaria y sin mayores exigencias físicas. Ante situaciones de estrés cotidiano, incrementa el consumo de cigarrillos porque siente que ese comportamiento lo tranquiliza”. Por su parte, José tiene cuarenta y siete años; en el presente, no experimenta señales ni síntomas significativos, pero sabe que ha sufrido de hipertensión; no realiza controles médicos periódicos y su estilo de vida no está acorde con las prescripciones médicas recibidas. Parece ignorar el riesgo potencial de su conducta, la cual tiene una gran probabilidad de favorecer procesos de enfermedad. Si el individuo percibe que el costo del cambio de conductas es muy alto y el beneficio a corto y/o largo plazos es escaso, la modificación de sus pautas de comportamiento será temporal; el cambio no se estabilizará en el tiempo. Factores emocionales y cognitivos pueden determinar conductas saludables o depredatorias. Un alto grado de estrés emocional puede paralizar la iniciativa de la persona para llevar a cabo comportamientos convenientes. Por el contrario, si el estrés experimentado es alto, el individuo es proclive a adoptar conductas patológicas. Las creencias y pensamientos pueden diferir, en gran medida, de la percepción médica objetiva (Leventhal, Nerenz y Steele, 1984). Ejemplo: el médico le manifiesta a José que él está en una



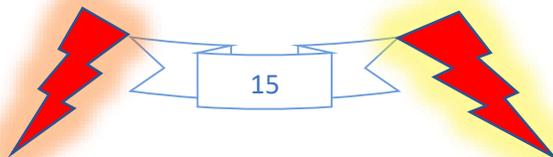
situación límite, que es necesario que cambie el estilo de comportamientos que ha llevado hasta ahora; de lo contrario, su vida corre serios riesgos. Pero el sistema de creencias de José no le permite asimilar esta información; está convencido que su accidente cerebrovascular se debió solo al mal momento que paso y que si evita este tipo de situaciones puede seguir su vida como antes. José ha focalizado solo un factor importante o desencadenante de la situación problema y no percibe el contexto más amplio en el que surge su alteración.

Variables ambientales como condicionantes de la salud

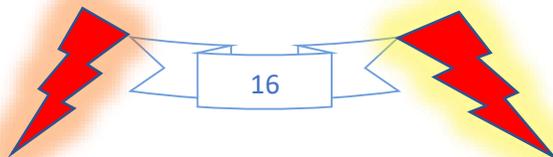
De acuerdo con Soler Marquez y Abad Ros (2000), el nivel de desarrollo de una sociedad determina el peso relativo de las variables ambientales en la salud de los individuos. En las sociedades latinoamericanas, un número significativo de enfermedades y muertes es causado por enfermedades infecciosas, por condiciones de vida carentes de higiene, por falta de control de aguas residuales, por alimentos sin control sanitario o por la falta de alimentos, carencia de condiciones laborales aceptables, alto índice de accidentes, diversos tipos de violencia, etcétera. En los países más avanzados, el desarrollo tecnológico y urbanístico genera problemas cada vez más graves. Procesos de industrialización, utilización masiva de vehículos a motor, crecimiento urbano, evacuación de residuos industriales no depurados (radiactivos, químicos, etc.), contaminación abiótica atmosférica por humos industriales, calefacción, etc., son solo algunos ejemplos. También lo son los danos provocados por otros agentes físicos, tales como el ruido ambiental, radiaciones electromagnéticas a



las que estamos sometidos de forma constante, circunstancias que indican una actuación desfavorable del hombre sobre los ecosistemas en los que se desarrolla su vida. Por otra parte, estos problemas también son comunes en las sociedades subdesarrolladas. La alteración de los equilibrios naturales debida al crecimiento demográfico y al desarrollo industrial de los dos últimos siglos ha sido provocada por el consumo desmedido de recursos naturales (agua, combustibles fósiles, bosques, peces, etc.), como consecuencia de lo cual se ha producido una enorme cantidad de residuos de diversos tipos (urbanos, tóxicos, radiactivos, etc.) y contaminantes (gases de efecto invernadero, metales pesados, plaguicidas, etcétera). Estas alteraciones del medio inciden muchas veces de forma directa sobre la salud humana e indirectamente a través del deterioro del ambiente. Entre los problemas que se agravan y que representan nuevos riesgos para la salud de los seres humanos, afectando su calidad de vida, pueden mencionarse (Soler y Abad, 2000): 1. Lluvia acida. 2. Disminución de la capa de ozono 3. Calentamiento global del planeta por gases de efecto invernadero. 4. Destrucción de bosques y recursos genéticos; disminución de la biodiversidad. 5. Desertificación. 6. Cambios climáticos. Otros (Rascio, 1996): 1. Explosión demográfica. 2. Polución del aire. 3. Residuos tóxicos. 4. Incendios. 5. Depleción íctica. 6. Enfermedades relacionadas con el ambiente. 7. Deficiente o ausente educación ambiental, simultánea a la patología humana del ecocidio. Ambiente, salud y educación Los seres humanos nos construimos desde lo socioambiental, a partir de un mundo de significados compartidos. Necesitamos un medio social y ambiental concreto que nos brinde la posibilidad de desarrollarnos



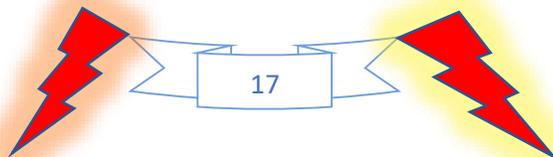
como tales. Si no tomamos conciencia de la importancia de proteger el ambiente y solucionar participativamente los problemas que éste padece, será difícil alcanzar un nivel de vida saludable. La crisis ambiental del presente requiere tanto de la educación formal como de la no formal para el desarrollo de una conciencia ambiental. El deterioro del medio en que vivimos es expresión de un déficit ético: refleja una crisis moral. Desde el punto de vista humano es necesario construir un nuevo tipo de relaciones entre el sistema social y el natural. En esta construcción tienen que darse nuevos aportes integrativos, en diferentes niveles: psicológico, social, técnico, económico y político. Si los individuos tienen educación ambiental es más probable que sus comportamientos sean responsables y cuidadosos con respecto a su entorno, lo cual condicionará e influirá, a su vez, en las decisiones políticas, económicas y técnicas. Es fundamental la comunicación entre los habitantes de una zona determinada para tomar conciencia de los problemas comunes, para que conozcan sus propios recursos y capacidades para afrontar los problemas, y planifiquen lo que quieren lograr. Se impone una nueva concepción respecto al llamado “progreso”, al desarrollo tecnológico, es decir, evaluar el efecto que las transformaciones del medio tienen, en el futuro inmediato y mediano, en el bienestar de los individuos. Cambiar la limitada concepción antropocéntrica, abandonando la idea de que somos “dueños del mundo”. Cualquier política educativa ambiental requiere del aporte interdisciplinario, pues debería ser el punto de enlace de diversas disciplinas y orientada a la experiencia directa de los alumnos. Las acciones educativas y de capacitación ambiental deberían dirigirse a toda la población y a los individuos



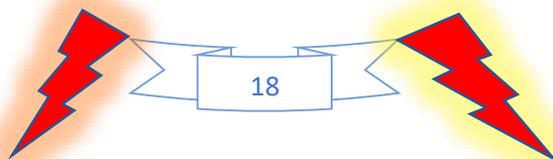
responsables, a su vez, de educar y tomar decisiones (profesionales de diversas disciplinas). La capacitación de “personas clave” es fundamental. La época actual demanda con urgencia un cambio de valores y una nueva ética en relación con el planeta. El establecimiento de relaciones hombre-naturaleza basado en la armonía y no en el sentido de dominio. En la educación formal de valores ambientales se utilizan como estrategias fundamentales la técnica de clarificación de valores y procedimientos de modificación de conductas.

Importancia de la psicología en la salud

Tendiendo a la definición de psicología de la salud, esta se interesa por el comportamiento, actitud y procesos que pueden estar ocurriendo en un individuo de tal forma que afecten a su salud. Y, en relación a ello, con algún tipo de patología existente que puede desarrollar o haya desarrollado como la ansiedad, o la depresión, por ejemplo. Dentro de los diferentes tipos de psicología que existen, la psicología de la salud se centra en valorar la enfermedad, y qué procesos la engloban para que se produzca. La psicología de la salud se encarga de valorar todos los factores emocionales, los relacionados con la conducta, y los cognitivos de tal forma que se pueda obtener una visión global para tratar enfermedades relacionadas con la disfunción de alguno de ellos. Su aparición data del año 1978, cuando la American Psychological Association, aceptó crear la rama dedicada a la psicología de la salud. El psicólogo que lleva a cabo las tareas relacionadas con la psicología de la salud se encarga de evaluar, observar al paciente, y comunicarse con él para

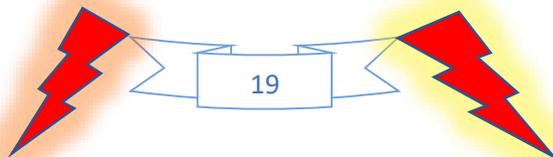


trata las diferentes enfermedades que puedan existir. Por ejemplo, si un paciente acude con malestar y síntomas de ansiedad como insomnio, falta de respiración, agitación o tristeza, se encargará de evaluarlo para así empezar un tratamiento efectivo sobre la patología que tiene. En este caso habrá que determinar siempre el problema, y aplicarle la solución más adecuada. Si tiene miedo a conducir, habrá que aplicar por ejemplo una desensibilización sistemática que consista en aproximaciones a ese miedo de manera progresiva, además de una fase previa de reducción de estrés. ¿Qué objetivos tiene la psicología de la salud? Estos son los principales objetivos: Fomentar la salud: Existen enfermedades que necesitan ser tratadas desde el punto de vista psicológico porque se requieren cambios de hábito y de actitudes, por ejemplo: perder peso. La ayuda de un psicólogo será un aporte importante para conseguirlo, ya que no todas las enfermedades requieren de medicación, o de la medicina más tradicional. Prevención de enfermedades: La psicología de la salud juega un papel muy importante en la prevención de las enfermedades. Por ejemplo, el tabaquismo, la obesidad, la anorexia, o la depresión. Prevenir, exponer hábitos saludables y consejos para evitar que se generen determinadas patologías es algo esencial de lo que se encarga la psicología de la salud. Investigación: La psicología de la salud debe también explorar el campo de la investigación ya que además de prevenir y aplicar tratamientos para las diferentes enfermedades, investigar es otro de sus cometidos para saber por qué aparecen estos problemas y la mejor forma de tratarlos. Estudiar todos los factores: Pueden influir diversos factores psicológicos, conductuales, culturales, biológicos, entre otros, que influyan en la



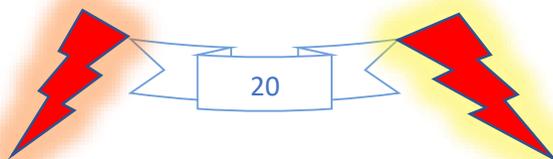
aparición de una enfermedad. En esta línea, la psicología de la salud se encarga de estudiar de forma global todos ellos para establecer el tratamiento más adecuado y conocer la base del origen del problema. La relación entre psicología y salud ha generado un campo emergente de conocimiento cargado de múltiples posibilidades de desarrollo para las "ciencias psi". Entre ellas, pueden señalarse los desarrollos en psicoterapia, la psicología de la salud, la medicina conductual, la medicina psicosomática y la psicología de enlace, pudiendo considerarse dentro de ellos, incluso, asuntos relativos a disciplinas como la psiquiatría y el trabajo social. Esta relación entre la psicología y la salud se ha tejido fundamentalmente en el escenario del modelo biomédico hegemónico, lo cual le ha permitido a la psicología insertarse dentro de los contextos propios de las llamadas "ciencias de la salud", adoptando no solo un lenguaje propio de dichas ciencias (enfermedad, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, etc), sino también sus formas particulares de institucionalización (la clínica, el hospital, el consultorio) y su lógica de intervención (la cura mediante la modificación de variables ambientales, biológicas o psicológicas). No obstante, las ciencias sociales -y con ellas la psicología- han problematizado esta noción de salud, enfatizando en que ésta constituye un fenómeno social y no solo un hecho (fact) natural.

"El mundo de la naturaleza, tal como lo explora el especialista en ciencias naturales, no 'significa' nada para las moléculas, átomos y electrones. Pero el campo observacional del científico social, la realidad social, tiene significado específico y una estructura de



significatividades para los seres humanos que viven, actuar y piensen dentro de él" (Schütz, 1973)

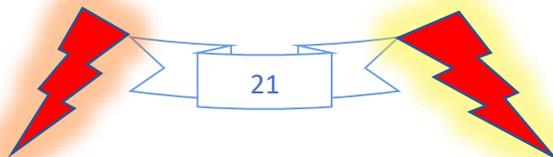
La salud, entendida como un fenómeno social, dinámico y de construcción colectiva, implica trascender el ámbito biológico-individual del modelo biomédico, para entender los procesos de salud y enfermedad como resultado de las complejas interacciones entre las condiciones históricas, económicas, políticas, sociales, culturales, biológicas y ambientales en las que se configura la vida de las personas y de los grupos humanos. En este sentido, la salud se concibe como una construcción simbólica -de naturaleza lingüística- que emerge en el entramado de relaciones entre sujetos que, en un contexto histórico particular, comparten unos valores, significados y prácticas en torno al cuerpo, al bienestar, a la enfermedad, a la vida y a la muerte; en consecuencia, la salud escapa a la reducción analítica del modelo biomédico, en favor de una lectura contextual, que reconoce las particularidades históricas, sociales y culturales de los diferentes escenarios en los que los sujetos nacen, viven, se relacionan, construyen sus proyectos, "se enferman" y mueren (Restrepo, 2012).



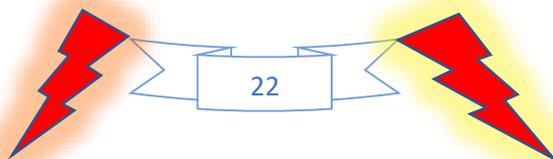
UNIDAD II: FACTORES PSICOLÓGICOS DE RIESGO

Ansiedad y estrés.

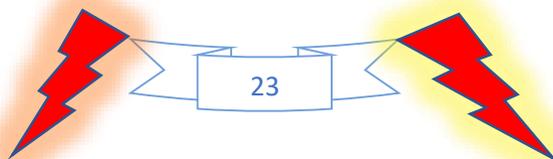
La ansiedad es una sensación experimentada por todos, en mayor o menor medida, en diferentes momentos de la vida cotidiana. Cuando se presenta en niveles moderados, facilita el rendimiento, incrementa la motivación para actuar, alienta a enfrentarse a una situación amenazadora, hace estudiar más para ese examen que preocupa, y mantiene alerta cuando se está hablando en público. En general, ayuda a enfrentarse a cualquier tipo de situaciones. Sin embargo, cuando alcanza niveles exagerados, esta emoción normalmente útil puede dar lugar al resultado opuesto: impide enfrentarse a la situación, paraliza y trastoca la vida diaria. Los trastornos de ansiedad no son sólo un caso de “nervios”. Son estados relacionados con la estructura biológica y con las experiencias vitales de un individuo. Con frecuencia son tendencias hereditarias, pero el aprendizaje juega un papel decisivo en el control o falta de éste. Cuando es excesiva y se desborda, hace que el individuo sufra lo que en psicopatología se denomina un trastorno. Tiende a aceptarse cada vez más la idea de que el objeto de estudio de la psicopatología son los trastornos mentales. De esa manera se intenta sortear los problemas de estigmatización que conllevan términos como “anormal”, o adscripciones demasiado evidentes a determinados enfoques puestos de manifiesto por expresiones como “enfermedad mental”. No obstante, denominar trastornos mentales al objeto de estudio de la psicopatología no resuelve todos los problemas, puesto que se corre



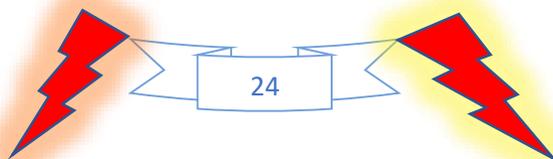
el peligro de dar a entender que se admite, implícitamente al menos, alguna clase de dualismo mente-cuerpo, lo cual establece una separación más aparente que real entre la patología mental y la somática. El problema más grave de cualquier denominación que se emplee para referirse al objeto de estudio de la psicopatología es que no existe una definición conceptual única (ni mucho menos operacional) que se aplique de manera general a todos los trastornos; algunos son definidos mejor por conceptos como “malestar”, otros como “descontrol”, “limitación”, “incapacidad”, “inflexibilidad”, “desviación”, etc. Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto general. Es por ello que se adoptan soluciones de compromiso que abarcan todas esas posibilidades en definiciones como las que ofrece el sistema clasificatorio de la Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-IV (APA, 1995, p. XXI): Un trastorno mental es un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ejemplo, dolor), a una discapacidad (como lo es el deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (como la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad, cada uno con sus características propias. Algunas personas se sienten ansiosas casi todo el tiempo sin ninguna causa aparente.



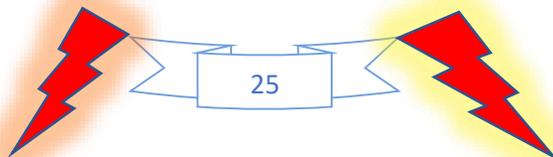
En otros casos, las sensaciones de ansiedad pueden ser tan incómodas que, para evitarlas, pueden llegar a suspenderse algunas actividades diarias. Otros trastornos se caracterizan por sufrir ataques ocasionales de ansiedad tan intensos que aterrorizan e inmovilizan. Muchas personas entienden mal estos trastornos y piensan que quienes los padecen deberían sobreponerse a los síntomas que experimentan tan sólo mediante la fuerza de voluntad. Querer que los síntomas desaparezcan no da resultado, pero existen estrategias que permiten aprender a controlar la ansiedad llevándola hasta niveles razonables, y aprovechar su carácter activador como motivación para que, en lugar de deteriorar el rendimiento, lo facilite. Diferentes situaciones provocan diferentes grados de ansiedad. Situaciones de amenaza o peligro suelen ser muy ansiógenas; también lo son, en general, las situaciones de evaluación. Sin embargo, no todo el mundo reacciona con el mismo nivel de ansiedad ante una situación dada. Hay personas que responden con tranquilidad en circunstancias complicadas, y otras a las que basta un peligro moderado para que experimenten altos niveles de ansiedad; otras, incluso, sienten ansiedad en ausencia de amenazas o peligros objetivos. Las diferencias individuales, que juegan un papel muy importante en las respuestas de ansiedad, están muy relacionadas con la personalidad. Cuando la ansiedad es exagerada y supone un obstáculo significativo para la vida cotidiana (laboral, familiar, etc.), se habla de trastornos de ansiedad. En niveles neurofisiológicos y neuroanatómicos se ha buscado la implicación de determinadas áreas del cerebro en las respuestas de ansiedad. La amígdala, por ejemplo, parece estar en su base, así como el sistema límbico y el sistema septohipocámpico.



Estas estructuras tienen relación con las emociones en general, y con la ansiedad en particular. Teorías como el condicionamiento clásico y el operante, así como el aprendizaje por observación, procesos que se conocen en la actualidad con gran profundidad, están en la base de modelos de muchas formas de comportamiento normal y patológico. Desde esta perspectiva, ansiedad se explica como el resultado de la formación de hábitos desadaptativos, aprendizajes que han dado lugar a conductas ineficaces o perjudiciales. No todo lo que se aprende es beneficioso para el organismo. Si, ante una mala experiencia con un determinado animal, se asocia a éste con consecuencias aversivas, en el futuro el sujeto tenderá a evitarlo y, si debe enfrentarse con él, lo hará sufriendo elevados niveles de ansiedad. En este caso, la adquisición de la fobia se explica bastante bien en virtud de las leyes que gobiernan el condicionamiento clásico, aunque un modelo más completo debe considerar también conceptos y principios correspondientes a otras formas de aprendizaje, tales como el condicionamiento operante. Estos enfoques tienen una estrecha relación con las teorías conductuales que se acaban de comentar, porque también presuponen que esas formas inadecuadas de pensamiento son básicamente aprendidas. La diferencia estriba en que la conducta observable (motora) no es el eje de la explicación, sino constructos no observables directamente (pensamiento, atención, etc.). La “mente” se entiende en la mayor parte de estos modelos como un sistema de procesamiento de información, algo formalmente similar a un ordenador, pero de tipo biológico. Por otra parte, los constructos pueden ser de diferentes tipos: estructurales, cuando se refieren a la arquitectura del sistema de procesamiento (memoria a

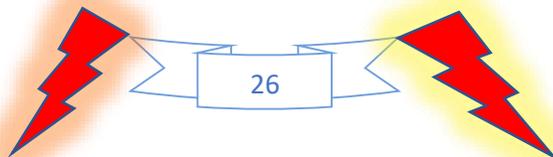


corto plazo, memoria a largo plazo, etc); proposiciones, que son los contenidos almacenados; procesos, para referirse a las operaciones que se realizan con la información (codificación, almacenamiento, recuperación, etc.); y productos, que son los resultados finales del procesamiento (imágenes, pensamientos, etc.). Diferentes teorías cognitivas recurren a alteraciones en una o más clases de los anteriores constructos para explicar la ansiedad y los trastornos que esta provoca: memoria a corto plazo sobrecargada, sesgos en la codificación o recuperación de información que hacen seleccionar con preferencia estímulos amenazadores (o interpretar equivocadamente estímulos neutros como señales de peligro), pensamientos automáticos inapropiados, etcétera. Las teorías pertenecientes a esos tres niveles de explicación no son contradictorias, sino complementarias. Cada modelo enfoca la ansiedad desde una perspectiva diferente y, por lo tanto, considera distintas variables como causas posibles. Los modelos son siempre representaciones simplificadas del referente real, de manera que abstraen algunas características esenciales y eliminan otras. Inicialmente los modelos de la ansiedad que, como cualquier otro tipo de modelo científico, son muy esquemáticos, consideran simultáneamente sólo unas pocas variables y, en consecuencia, se parecen poco al referente real. Pero con el tiempo, el avance de la investigación hace que se puedan introducir más variables, con lo cual se torna más complejo y más parecido a la ansiedad real.

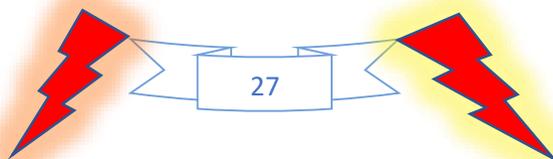


Ansiedad y personalidad

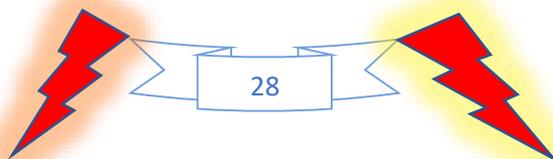
En psicología de la personalidad se denominan rasgos a las tendencias estables y consistentes de comportamiento. Con ello se quiere decir que un individuo que “tiene” tal rasgo, tiende a comportarse de manera similar en diferentes momentos (estabilidad) y en diversas situaciones (consistencia). La persona con extroversión tiende a ser sociable durante la mayor parte del día, y casi todos los días, y también en diferentes entornos como el trabajo o una fiesta. El individuo con elevada ansiedad rasgo tiende a reaccionar con altos niveles de ansiedad en diferentes momentos y en gran variedad de situaciones. En cambio, aquel con baja ansiedad rasgo, habitualmente se mantiene tranquilo en casi todo momento y en la mayor parte de situaciones. El estado hace referencia a la forma en que se encuentra una persona en un momento dado. Es el resultado de la interacción entre rasgo y situación, es decir, entre la predisposición basada en factores constitucionales, por un lado, y las características de la situación, por otro. Ambos conceptos (rasgo y estado) son interdependientes, pues las personas con un elevado rasgo ansioso están más predispuestas a desarrollar estados de ansiedad cuando interactúan con los estímulos ansiógenos del entorno. Spielberger (1966) describía el estado de ansiedad como un estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de temor y una alta activación del sistema nervioso autónomo; aquellas situaciones que fuesen percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real, lo suscitarían. El rasgo de ansiedad constituiría una predisposición, por parte del individuo, a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes, y por tanto, a



responder, a menudo, con fuertes estados de ansiedad. Para Spielberger, el mecanismo fundamental es, pues, la valoración cognitiva de amenaza que realiza la persona acerca de los estímulos externos (estresores) e internos (pensamientos, sentimientos o necesidades biológicas). Los factores fisiológicos o constitucionales, cognitivos y motivacionales que predisponen al individuo a hacer interpretaciones amenazantes respecto de la situación (rasgo), unidos al significado psicológico que tienen ciertas características ambientales que se producen en este momento (situación), son, en conjunto, factores determinantes de la reacción ansiosa (estado). Desde una concepción multidimensional del rasgo, existirían diversos rasgos de ansiedad específicos, cada uno caracterizado por su sesgo cognitivo propio. Así, por ejemplo, las personas con ansiedad interpersonal presentarían una tendencia a percibir las situaciones sociales (o cualquier circunstancia que tuviese implícita una evaluación social) como amenazantes, lo cual desencadenaría, sólo entonces, su respuesta emocional ansiosa. De la misma forma, los sujetos con alta ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana pueden mantenerse calmados en situaciones extraordinarias, pero sufrirla ante situaciones corrientes. Desde una perspectiva más constitucionalista, los rasgos son entendidos como características de la personalidad que, en gran parte, son hereditarias. Estas características se han relacionado a lo largo de la historia con la constitución física de los organismos. Personalidad y temperamento Actualmente, para el especialista en la materia el concepto de personalidad engloba tanto la inteligencia como el temperamento, pero el conjunto de fenómenos que abarca el concepto de personalidad no estuvo siempre claro,



produciéndose desacuerdos entre los investigadores más relevantes. La definición de personalidad puede estar sujeta a diferentes propuestas, pero lo que subyace a las diversas concepciones es la referencia a aspectos relativamente estables de la conducta, cuya estabilidad es puesta de manifiesto incluso por las teorías del estímulo-respuesta, según las cuales aquélla viene dada por los procesos de aprendizaje (entre los que se incluyen aquí los de generalización a situaciones análogas a la de adquisición de la conducta). Pese a ello, tradicionalmente se ha atribuido al conductismo un punto de vista opuesto al de la estabilidad y la consistencia de la conducta. El hábito se refiere a modos de conducta directamente enraizados en lo observable. Un nivel superior de abstracción es el concepto de rasgo. La agrupación de los hábitos da lugar a la construcción de una serie de propiedades disposicionales que son los rasgos; así, se dice que una persona es honesta (tiene el rasgo de honestidad) si en diferentes situaciones muestra modos de conducta relativamente estables (hábitos) que permiten calificarlo como tal. Los rasgos deben diferenciarse de los estados por cuanto éstos, pese a situarse en el mismo nivel de abstracción, se definen por su carácter temporal, distinción que se debe a Allport (1937), quien definió los estados como “situaciones temporales de la mente y el ánimo”, aunque ya Marco Tulio Cicerón, en el año 45 a. de C., distinguía entre estos dos conceptos: “no todos los hombres que están en algún momento ansiosos tienen un temperamento ansioso (...) al igual que existe una diferencia entre la intoxicación y la borrachera habitual, o entre ser galante y estar enamorado”. Todavía a un nivel superior de abstracción se encuentran los tipos, que los griegos y Kant

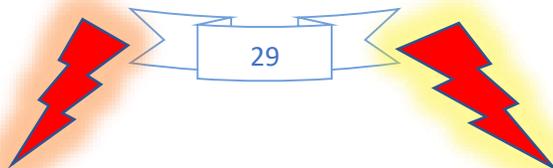


conceptualizaban categóricamente, pero que en la actualidad tienen un significado análogo¹ al de los rasgos, aunque de mayor inclusividad. Los rasgos corresponden a lo que en análisis factorial se denominan factores primarios y los tipos a factores secundarios, resultantes de las correlaciones observadas entre rasgos. Los tipos básicos se remontan a la distinción que hizo Hipócrates, según el predominio de uno de los cuatro humores corporales: sanguíneos, flemáticos, coléricos y melancólicos. Wundt utilizó esta descripción clásica de los tipos de temperamento, pero no de manera categorial sino dimensional, y Eysenck, además, aportaría procedimientos de medida de estas dimensiones. En la base de estas clasificaciones del temperamento se encuentran, por lo tanto, las referencias a características corporales. Entre los autores que han seguido esta tradición a lo largo de la historia están: Porta (1540-1615), Sulzer (1720-1779), Lavater (1741-1861), Carus (1789-1869), y Gall (1758-1828), fundador de la frenología, disciplina que intentaba inferir a partir de la forma exterior del cráneo las características de las áreas cerebrales subyacentes, consideradas como sede de diversos sentidos.

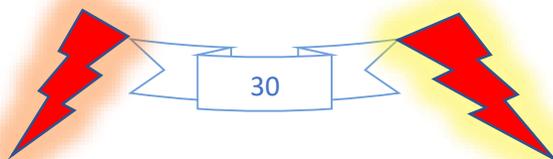
Teorías de Cattell, Eysenck

Cattell Los investigadores más relevantes de la ansiedad desde el enfoque de la personalidad son, sin duda, R.B. Cattell y H.J. Eysenck. El objetivo inicial de las investigaciones de Cattell sobre la ansiedad era dilucidar si este constructo tenía un carácter unidimensional o, al contrario, multidimensional. Entre 1948 y 1960 se realizó bajo su

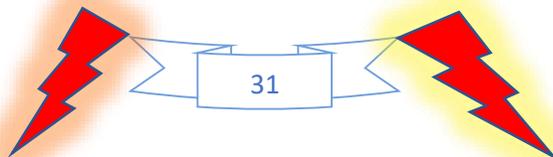
¹ Análogo: cuando resultan semejantes o desarrollan funciones similares.



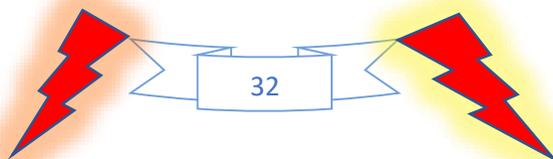
dirección una larga serie de trabajos en los que se tomaron, mediante pruebas objetivas aplicadas en grupos heterogéneos de personas, medidas de variables que tradicionalmente se habían considerado como indicadores de ansiedad (poca firmeza de la mano, incapacidad para mirar a los ojos a otras personas, sensación de vacío en el estómago, irritabilidad, tensión muscular, disminución de la concentración, elevada respuesta eléctrica de la piel, etc.). Las correlaciones entre estas medidas tendían a ser fuertes y positivas, y apuntaban hacia la existencia de un único factor de ansiedad. Otro foco de interés de R.B. Cattell y sus colaboradores fue ver cómo emergía la ansiedad a partir, no ya de medidas objetivas del comportamiento, sino del relato introspectivo que el sujeto da de sí mismo al responder un cuestionario. Entre los 16 factores de personalidad extraídos mediante cuestionario parecía haber varios cuyo contenido se asemejaba al concepto de ansiedad. Ello planteaba un problema, puesto que parecía una contradicción que entre las medidas objetivas apareciera un único factor de ansiedad, mientras que entre los datos de autoinforme se extraían varios factores con ese mismo contenido. No obstante, al calcular las correlaciones entre estos factores primarios obtenidos en las medidas de autoinforme y analizarlas factorialmente, aparecía un solo factor de ansiedad. Esta manera de analizar la ansiedad correspondería a un concepto de la misma como rasgo de personalidad. Pero R.B. Cattell, además, estaba interesado en el estudio de la ansiedad como un estado fluctuante, que varía en la misma persona en diferentes momentos. Esta cuestión también fue explorada mediante la técnica del análisis factorial; ahora, lo que había que correlacionar eran las medidas de ansiedad tomadas



en las mismas personas en diferentes momentos. Si las distintas medidas se refieren a un único constructo, entonces todas éstas deben variar de la misma manera a través de la serie cronológica. Esto fue exactamente lo que se encontró. Según la distinción entre ansiedad rasgo y ansiedad estado, la intensidad de la ansiedad experimentada por un individuo en un momento dado (estado de ansiedad) depende de la interacción entre el grado de estrés presente en la situación y la susceptibilidad del individuo a la ansiedad (rasgo de ansiedad). En consecuencia, el estado se ve afectado directamente por el estrés situacional, pero no ocurre lo mismo con el rasgo de ansiedad. Éste es una predisposición estable (en el tiempo) y consistente (en situaciones similares), más relacionado con determinantes de tipo hereditario, especialmente con la constitución fisiológica del organismo. Eysenck Las dimensiones de neuroticismo (N) y extroversión (E) fueron establecidas a partir de evaluaciones que diferentes técnicos hicieron sobre 700 soldados con diagnóstico de neurosis durante la Segunda Guerra Mundial (Eysenck, 1947). El análisis factorial descubrió cuatro factores y los dos más importantes fueron denominados neuroticismo y extroversión. En trabajos posteriores, se analizaron también personas normales y se utilizaron, además, cuestionarios y tests objetivos, extrayendo de nuevo los dos factores mencionados. La extroversión se caracteriza por rasgos como sociabilidad, búsqueda de animación, espontaneidad, tendencia al riesgo, impulsividad, etc. En el polo opuesto, la introversión se distingue por introspección, planificación, cautela, autocontrol, etc. Los altos en N por la labilidad emocional, trastornos somáticos propios de la ansiedad como el insomnio, dolor de espalda, cefalalgias,



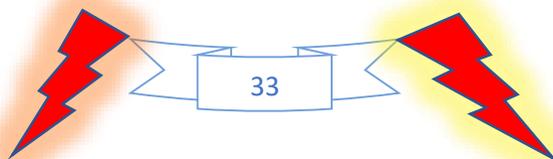
preocupaciones, etc.; y los bajos en N por la estabilidad emocional, despreocupación, y otras características similares. La base biológica del neuroticismo está en el cerebro visceral o sistema límbico (hipocampo, amígdala, cíngulo e hipotálamo). El sistema límbico tiene conexiones con el tálamo, con la corteza cerebral y con la formación reticular. Las personas con puntuación alta en N se caracterizarían por umbrales bajos de excitación de las estructuras del sistema límbico, mientras que las personas estables, en cambio, por umbrales altos; en consecuencia, los inestables necesitan menores intensidades de estimulación que los estables para provocar la activación de este sistema. A nivel neuroanatómico, la estructura responsable de las diferencias en E es la formación reticular (más concretamente, el sistema reticular activador ascendente—SRAA), cuyo umbral de excitación es menor en los introvertidos que en los extrovertidos; ello hace, por ejemplo, que los extrovertidos prefieran, en general, una mayor intensidad de estimulación que los introvertidos y que su tolerancia a los estímulos dolorosos sea mayor. La contrastación experimental de la teoría de Eysenck ha dado lugar a una gran cantidad de investigaciones, sobre todo relacionadas con la dimensión de extroversión, en diferentes áreas. Así, se comparan extrovertidos e introvertidos en variables referentes a la influencia farmacológica como el umbral de sedación, el rendimiento en tareas de vigilancia (atención sostenida durante largos periodos), la frecuencia crítica de fusión de destello (el intervalo entre destellos luminosos por debajo del cual éstos se perciben como uno solo). Se comparan también en relación con el rendimiento en tareas motoras, estudiando tareas de “tapping” (rapidez y ritmo de pulsaciones sobre un panel) y tareas de



seguimiento con el rotor de prosecución que permite observar los efectos de reminiscencia (en tareas motoras que generan fatiga). Los procesos eléctricos del cerebro han ocupado también a un elevado número de investigadores, buscando indicadores de la activación en parámetros como la amplitud alfa del electroencefalograma. El estudio de la condicionabilidad es otra área muy investigada. Más cerca ya del ámbito de las variables sociales se encuentran también comparaciones entre extrovertidos e introvertidos en cuanto a comportamiento delincuente, actitudes sociales y políticas, hábito de fumar y conducta sexual.

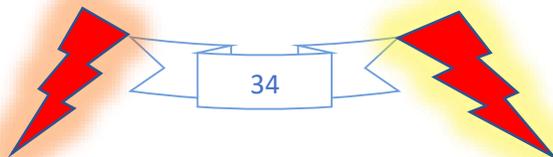
Neuroticismo y ansiedad

Neuroticismo en término amplio y ambiguo que aglutina numerosas patologías, rasgos de personalidad y comportamientos Si eres capaz de detectar una nueva minúscula manchita en tu cuerpo y corres de inmediato al médico para descartar que no sea mortal, a menudo estarás acostumbrado a ser acusado de 'neurótico'. Ahora, debes de estar de enhorabuena ya que, según un estudio reciente de Psychological Science, este rasgo de personalidad podría salvarte de una muerte prematura. Retrato de un neurótico” El término neurótico es tan amplio y ambiguo que se ha convertido en un anacronismo y un 'comodín' que aglutina numerosas patologías, rasgos de personalidad y comportamientos. Fue acuñado por William Cullen en el siglo XVIII y desarrollado por la corriente psicoanalítica, que elaboró una gran variedad de tipos y subtipos. Sin embargo, Raül Vilagrà, psicólogo clínico del Grupo de Trabajo de Psicología Clínica en atención primaria del COPC, asegura que hoy en día está en desuso respecto a su

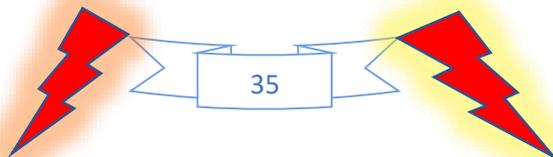


terminología clásica, es decir, para referirse a cuadros de sufrimiento mental y psicológico sin causa orgánica y que no son de tipo psicótico. Ahora son definidos como trastornos mentales, los cuales están catalogados de manera más específica en una gran variedad: trastorno de ansiedad social, obsesivo-compulsivo, de pánico...

No obstante, cuando se trata de presentar ciertos rasgos de neuroticismo en la personalidad, aún sigue vigente. "Se caracteriza por altos niveles de angustia o ansiedad anticipatoria, inseguridad, tendencia acentuada a la rumiación y a la preocupación sobre eventos pasados, presentes y especialmente futuros, estilos de interpretación de la realidad sesgados hacia lo negativo, y a veces de forma asociada a todo lo anterior, tensión y malestar físicos o síntomas somáticos", explica Vilagrà. El neuroticismo se caracteriza por altos niveles de angustia o ansiedad anticipatoria, inseguridad, tendencia acentuada a la rumiación y a la preocupación" Además, el experto afirma que, todos aquellos que presenten estos rasgos, suelen desarrollar diferentes estrategias de afrontamiento defensivas para evitar o encubrir su malestar -susceptibilidad, irritabilidad, mecanismos evitativos o miedosos...-. También indica que estos comportamientos pueden ser denominados como 'inestabilidad emocional'. Por supuesto, aclara depende de los diferentes grados de frecuencia y gravedad, en función de la relación que tenga el individuo consigo y con los demás, pues estas características las puede tener en mayor o menor medida todo el mundo. Lo que está claro es que hay alta tendencia al sufrimiento, emociones y pensamientos negativos por acontecimientos pasados, futuros y todo lo que imagina que puede



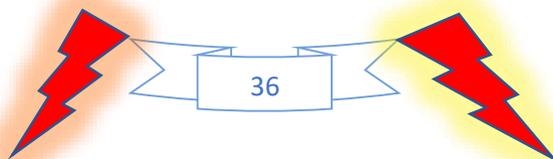
ocurrir, así como una visión del mundo dicotómica de 'blanco y negro' a veces irracional. Las ventajas de ser un neurótico Tras un perfil como el esbozado anteriormente, resulta difícil pensar que puede haber algo bueno en afrontar la vida de esta manera, pero no todo es tan negativo. Algunos estudios sugieren que el neuroticismo puede aportar mayor creatividad, un procesamiento cognitivo más rápido e incluso mayor motivación. Por su parte, el trabajo que lo asocia con una reducción del 8% en la mortalidad, capitaneado por Catharine Gale, profesora de epidemiología cognitiva de la Universidad de Southampton, llegó a la conclusión de que se debe a que acudieron más al médico, lo cuál condujo a diagnósticos más tempranos de enfermedades graves, particularmente en el caso del cáncer. El estudio asoció una reducción del 8% en la mortalidad y concluyó que se podía deber a que estas personas acudían más al médico” Irónicamente, Gale observó que estos sujetos solían ser los que menos conductas saludables tenían -tenían más tendencia a fumar, beber, no hacer deporte ni dieta-, pero curiosamente sabían el momento adecuado de hacer una visita médica. Otros estudios también han respaldado esta conexión entre “neuroticismo saludable” y mayor preocupación por la salud. “Aunque no siempre, puede implicar altos niveles de autofocalización y consciencia de sí mismo, la necesidad de dar explicación a su malestar y una manera de entender la vida (existencia) a través de formas de expresión relacionadas con el arte”, sentencia Vilagrà. “Respecto a si nos “alarga la vida”, debe ser entendido como que puede hacer que nos exponamos a menos riesgos físicos o vitales, estar más pendientes de la salud física y visitar más al médico”, continúa el experto. Asimismo, explica que



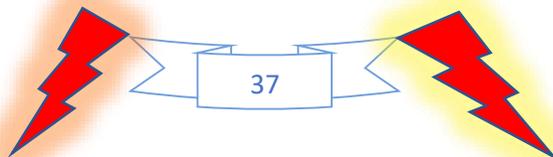
aunque la hipocondría es un cuadro psicopatológico muy relacionado con alto neuroticismo y estados afectivos negativos, no necesariamente una persona con alto neuroticismo es hipocondriaca. “Este trastorno implica altos niveles de preocupación, obsesión y ansiedad secundarios al creer de forma infundada que se tiene una enfermedad, lo que lleva a comprobarlo mediante exámenes médicos una y otra vez”, señala el psicólogo clínico. Por último, Vilagrà concluye que este tipo de estudios estadísticos han de tomarse con cautela y sin que sus conclusiones universales sean extensibles a toda la población, ya que en el caso de este, considera que un neuroticismo alto puede disminuir claramente la calidad de vida. Aunque no siempre, puede implicar altos niveles de autofocalización y consciencia de sí mismo, la necesidad de dar explicación a su malestar y una manera de entender la vida (existencia) a través formas de expresión relacionadas con el arte”.

Enfoque biomédico

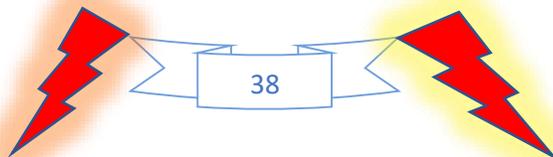
Este enfoque, que caracteriza los trastornos mentales a partir de criterios fundamentalmente biológicos y que tiene sus raíces en los orígenes de la medicina, con Hipócrates, fue respaldado por algunos descubrimientos realizados en el siglo XIX, como la relación existente entre la sífilis y determinadas alteraciones psicopatológicas, y ya en nuestro siglo se consolidó gracias a la investigación y las aplicaciones de la psicofarmacología. El modelo biomédico actual en psicopatología tiene sus premoniciones en Griesinger, Wernicke, Flechsig, Kalbhaum, Morel y muchos otros autores que coincidieron en la premisa de que los trastornos mentales deben ser considerados como enfermedades



cerebrales, ya sean primarias o secundarias (padecimientos somáticos que afectan secundaria y eventualmente al cerebro, como el paludismo, la fiebre tifoidea, etc.). Los síntomas de los trastornos mentales se manifiestan en el ámbito de lo psíquico, pero son de naturaleza fisiológica. Kraepelin es probablemente el autor que mejor sistematizó inicialmente este enfoque: a cada factor etiológico debe corresponder un cuadro clínico particular, un curso determinado y una anatomía patológica precisa. Los diferentes tipos de enfermedad pueden ser clasificados en tres grandes grupos, en función de que su causa sea un agente externo (como un virus) que ataca al organismo (enfermedad infecciosa), un mal funcionamiento de algún órgano (enfermedad sistémica), o un trauma (enfermedad traumática). De estos tres modelos, el de enfermedad sistémica ha sido el que ha alcanzado una aplicación más extensa en una gran variedad de trastornos mentales. En el paradigma convergen las investigaciones sobre alteraciones bioquímicas, que han dado lugar a una extensa literatura sobre la relación existente entre los neurotransmisores (sustancias que transmiten el impulso nervioso entre las neuronas) y los trastornos mentales. Este enfoque otorga gran importancia al estudio de la predisposición genética a padecer determinados trastornos, pues en muchas ocasiones adopta una perspectiva interaccionista (modelo de vulnerabilidad-estrés) que toma en consideración tanto la predisposición genética como la incidencia de agentes patógenos externos. Se distinguen dos clases de indicadores de anomalías orgánicas o funcionales: los signos y los síntomas. Los primeros son indicadores objetivos de procesos orgánicos alterados, es decir, públicamente observables, mientras que los segundos son

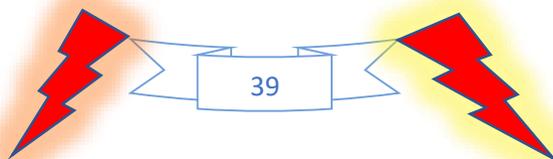


indicadores subjetivos de procesos orgánicos anómalos, es decir, percibidos por el propio sujeto. Al conjunto de signos y síntomas que forman un cuadro clínico determinado se le denomina síndrome. La investigación sobre los aspectos biológicos de la conducta anormal y la industria organizada en torno al desarrollo de psicofármacos ha propiciado que el enfoque biomédico goce de gran prestigio en la actualidad, aunque se han criticado algunos inconvenientes asociados con él. Por ejemplo: Puede originar un reduccionismo radical que limite un conocimiento completo de todos los factores implicados en la determinación y el mantenimiento del comportamiento anormal. Las relaciones de causa-efecto no van sólo desde el nivel biológico hacia el nivel psicológico, puesto que las variables psicológicas (hábitos, cogniciones, etc.) pueden ser también causa de determinados procesos biológicos. Estas relaciones de determinación recíprocas entre niveles no se fundamentan en presupuestos dualistas, sino que se apoyan en una filosofía monista emergentista, según la cual pueden distinguirse distintos niveles de organización de la realidad (físico, químico, biológico, psicológico y social) en función de la complejidad de los sistemas propios de cada uno de ellos. Otro problema asociado con este enfoque es el tipo de paradigmas que se utilizan preferentemente. Al ser éstos modelos de laboratorio, y con frecuencia modelos animales, la posibilidad de generalización a la patología humana es menor que en enfoques en los que se tiende a trabajar, de preferencia, con seres humanos. Tiende a considerar al paciente como un sujeto pasivo, pues no se le atribuye responsabilidad en el inicio, curso o desenlace del trastorno.

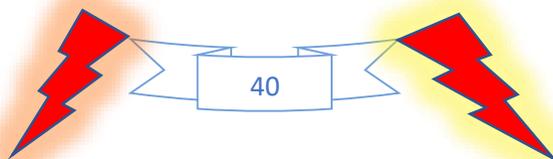


Enfoque conductual y Enfoque cognitivo

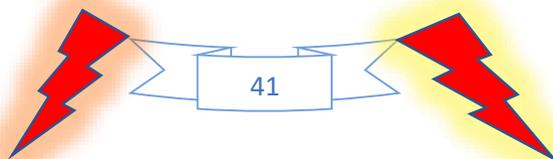
El extraordinario desarrollo de la psicología del aprendizaje durante este siglo ha propiciado la extensión del enfoque conductual a gran cantidad de áreas de investigación e intervención, entre ellas la psicopatología. Las técnicas de modificación de conducta, en particular, como área de aplicación de los principios de la psicología del aprendizaje al tratamiento de la conducta anormal, constituyen probablemente el factor facilitador más importante de la difusión del enfoque conductual de los trastornos mentales (trastornos de conducta, en la terminología propia de este enfoque). Autores como Eysenck y Wolpe, que se encuentran entre los pioneros de esta perspectiva, son responsables también de las primeras formulaciones del comportamiento anormal realizadas desde el enfoque conductual, aunque sus antecedentes pueden situarse aun antes, con los experimentos de Watson y Rayner (1920) sobre adquisición de fobias mediante condicionamiento clásico, y de Pavlov sobre neurosis experimentales. H.J. Eysenck (1957) había observado que la efectividad de las psicoterapias en uso a mediados de los años cincuenta era más que cuestionable, lo que le llevó a interesarse en la posibilidad de desarrollar técnicas terapéuticas derivadas de los principios del aprendizaje. El principio básico del enfoque conductual en psicopatología, es que la conducta trastornada consiste en una serie de hábitos desadaptativos condicionados (clásica o instrumentalmente) por ciertos estímulos. En consecuencia, el tratamiento adecuado estriba en aplicar los principios del aprendizaje para extinguir esos hábitos. La principal objeción que se ha hecho al enfoque conductual se basa en la necesidad de considerar, además



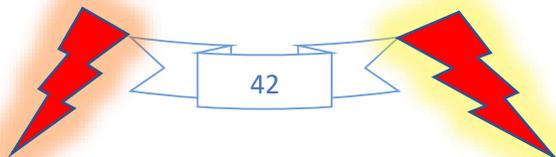
de las relaciones funcionales entre los estímulos y las respuestas, la participación de variables no observables directamente, como pueden ser las de tipo cognitivo, para optimizar la explicación del comportamiento anormal y mejorar la intervención sobre el mismo. Ello dio lugar a nuevos desarrollos que, aun enmarcándose todavía en el enfoque conductual, incluyen conceptos cognitivos en sus teorías sobre el comportamiento anormal (Bandura, 1969, entre otros). Estas formulaciones, que podrían denominarse conductistas ampliadas o neoconductistas, aceptan la inclusión de elementos cognitivos en sus planteamientos, pero éstos no son todavía el eje vertebrador de las teorías que se construyen. La problemática del conductismo se limita al comportamiento, desentendiéndose de la mente; fija sus objetivos en la descripción, predicción y control del comportamiento de los organismos. La ansiedad patológica se refiere, desde el enfoque conductual, a una clase de respuestas aprendidas; el tratamiento, por lo tanto, debe encaminarse a su extinción y al aprendizaje de las respuestas correctas. Se considera a la ansiedad como una respuesta de temor condicionada. Tras una perturbación emocional ante un peligro o un trauma real, o después de una exposición repetida a una situación o clase de situaciones en las que se produzca la alteración emocional, las respuestas emocionales quedan condicionadas por algunas señales contextuales que, en el futuro, serán suficientes para producir una respuesta emocional muy resistente a la extinción. Tal respuesta emocional puede generalizarse a nuevos estímulos en función de su semejanza con los presentes en la situación traumática. Esta hipótesis procede del trabajo de Watson y Rayner (1920), en el que demostraron experimentalmente que era posible hacer aprender



una conducta fóbica, por condicionamiento pavloviano, asociando un estímulo neutro (una rata blanca) con un estímulo aversivo (ruido intenso), a un niño de 11 meses en sólo cinco ensayos. En consecuencia, el proceso de condicionamiento clásico parecía ser un buen modelo para las fobias. Siguiendo esta línea de razonamiento, otros investigadores sugirieron que el temor puede transferirse a continuación de otros estímulos a través de diferentes procesos de generalización. Otros modelos formulados desde este mismo enfoque, proponen que el aprendizaje de una fobia podría lograrse por observación directa de un modelo o, incluso, por instrucción verbal sin necesidad de observación directa (por ejemplo, cuando la madre indica al niño que tal animal es peligroso). Si bien algunos conceptos cognitivos ya formaban parte de teorías psicopatológicas conductuales, aún no habían alcanzado en éstas la categoría de conceptos centrales, determinantes fundamentales del comportamiento anormal, que continuaba reservado para las relaciones funcionales entre estímulos y respuestas. Gran parte de los modelos de trastornos mentales elaborados desde este enfoque están basados en la analogía mente-ordenador. La mente es entendida como un sistema de procesamiento de información que, como los ordenadores, recibe, selecciona, transforma, almacena y recupera datos, mientras que los trastornos mentales pueden ser explicados a partir de un mal funcionamiento de algunos componentes de ese sistema. Pueden destacarse tres teorías de la ansiedad en el contexto del enfoque del procesamiento de información: la de Lang sobre procesamiento de imágenes y afectos, la de red asociativa de Bower y



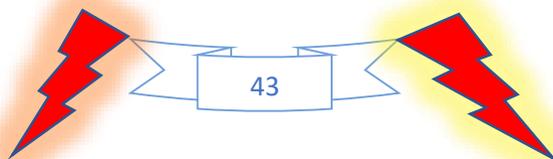
la del esquema de Beck, a las cuales puede añadirse la de Tous (1986).



UNIDAD III: Comprensión de las enfermedades

Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer

El cáncer es una de las enfermedades más temidas, por cualquier persona que pudiera padecerla, tanto por las propias características del padecimiento (dolor, invasión de las células a otras partes del cuerpo y la inminencia de la muerte), como por los efectos secundarios de los procedimientos médicos usados en su tratamiento. En el caso de la quimioterapia: las náuseas, el vómito, la pérdida de la energía, del cabello, del color de la piel; en la radioterapia: el dolor, y en la cirugía: la desfiguración y las cicatrices ocasionadas por los procedimientos quirúrgicos. Cuando se le diagnostica cáncer a una persona, debe enfrentar la incertidumbre de si el tratamiento que le indicaron será para curarla o sólo para aliviar las molestias o prolongar su vida o de por qué el tratamiento la hace sentir tan débil y enferma en lugar de aliviarla, cuestiones, todas, que, sin una respuesta, podrían conducir al enfermo a posponer e, incluso, a abandonar el tratamiento indicado. Sin embargo, el paciente con cáncer requiere recibir un tratamiento certero y oportuno, por lo que debe apegarse a las indicaciones; es decir, debe asistir de manera regular a sus citas de control, realizar ciertos cambios en su estilo de vida y acudir con puntualidad a las citas para la aplicación del tratamiento. Con base en todo esto, es importante tomar en cuenta las creencias que los individuos tienen en cuanto a la enfermedad y la forma como orientan su comportamiento, en este caso en cuanto a su nivel de adherencia a las indicaciones terapéuticas.

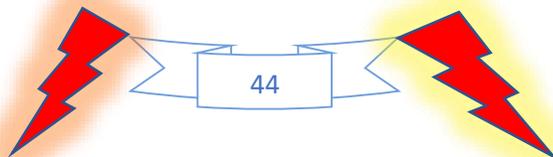


Modelos de cognición social

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).

Técnicas de recolección de datos: observación y entrevista

La recolección de datos es una de las actividades en donde deben agruparse y se recogen elementos que son importantes dentro de un contenido específico. Comúnmente se hacen con el fin de generar información importante para el desarrollo de un trabajo determinada o un proyecto. Un ejemplo de ello es cuando se realizan recolecciones de información por medio de determinadas técnicas, siendo una de las más importantes las encuestas. En donde se puede formar una idea de lo que se desea hallar. Asimismo, este tipo de técnicas son usadas en sectores en donde el requerimiento es una prioridad. Tal cual como sucede en el caso de los periodistas. Es importante tener en cuenta que la recolección de datos no solo se hace a través de una encuesta. También puede darse el caso de aplicar entrevistas o procesos de observación o consultas bibliográficas. Este tipo de aplicaciones son solo surten efectos en el ambiente educativo, son realmente útiles en el sector organizacional para determinadas labores. Como es el caso del Hacking ético o ciberseguridad. ¿Cuál es la importancia de la

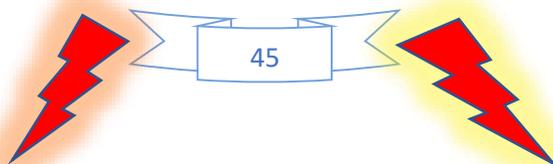


recolección de datos? Es de destacar que la recolección de datos es un término que tiene largo rato de haberse empleado. Cuando los conocimientos se dividieron en diversas ramificaciones. Por ende² se otorgaron una serie de actividades de investigación que fueron ejecutadas por el ser humano. El objetivo fundamental de la recolección de datos y es allí en donde actúa su importancia. Es la de obtener información que establezca resultados en determinado tema de estudio. Aplicada en diversas disciplinas o actividades, ya sea ciencias sociales, informática, económica, entre otros.

Entrevistas

Se trata de un diálogo en donde actúan el entrevistador y los entrevistados. Son conversaciones que se dirigen a una audiencia en particular y se estructuran con base en una pregunta seguida de una respuesta. Se podría decir que se presenta como un diálogo breve entre dos personas. El fin es presentar una idea, un sentimiento o determinar una información a través de esta técnica. Son fundamentales para la recolección de datos en cuanto a la opinión en particular de un grupo objetivo. Observación Es una de las técnicas empleadas en las metodologías para la recolección de datos cualitativos. En donde se observa el objeto que será estudiado con el fin de que se determinen sus características. Para ello, se deben analizar las particularidades de la situación por medio de observación. En donde al mismo tiempo se deben describir los elementos que se encuentran integrados y que son parte del objeto de estudio.

² Ende: Indica lo que viene como consecuencia lógica de otra cosa.



Encuestas

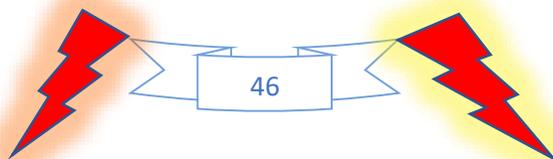
Son una forma para recolectar información importante sobre un tema en específico. Tratándose de preguntas definidas y simples que se dirigen a un porcentaje en particular de la población que debe ser estudiada. Al igual que las entrevistas, busca de generar información que sea de calidad y que permita obtener respuestas. Sin embargo, la aplicación de la misma actúa de manera distinta. En la entrevista la interacción es directa, en comparación la encuesta la interacción es superficial en donde no necesariamente tiene que encontrarse físicamente el entrevistador.

Cuestionarios

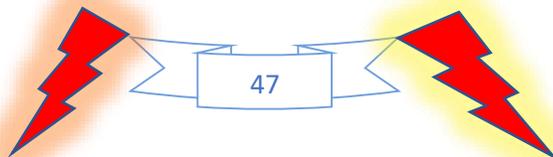
Los cuestionarios son importantes para la obtención de información en un determinado grupo de personas, no tomando en cuenta los análisis estadísticos. Si no más bien destacan a los datos que son recolectados y los cuales presentan diversas variaciones, tanto de orden cualitativo como cuantitativos.

Modelo de creencias en salud (MCS)

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS), creada para promover el desarrollo sanitario en todas las regiones del mundo, así como para luchar contra las enfermedades, además del desarrollo de las ciencias sociales y del reconocimiento de que los aspectos médicos y sociales no eran suficientes para explicar el complejo fenómeno de la salud-enfermedad, concede especial importancia a tres dimensiones básicas para analizar cualquier episodio de enfermedad: la percepción de la susceptibilidad y/o vulnerabilidad ante la enfermedad, la percepción del grado de amenaza de la enfermedad,



la evaluación subjetiva de las repercusiones a la salud, y en lo social, a las implicaciones de la enfermedad y a la percepción de los beneficios y a la evaluación de probables dificultades para llevar a cabo determinadas conductas (Marteau, 1993; Álvarez, 2002). Las dos primeras dimensiones del proceso salud-enfermedad vendrían a representar la percepción personal de riesgo ante la enfermedad y establecerían la motivación para efectuar la conducta; las otras, representarían el grado de accesibilidad a conductas y ocasiones de llevarla a cabo. La esfera individual estaría afectada por elementos externos como los indicadores demográficos y psicológicos que influirían en la conducta y las creencias en salud.



Bibliografía

Labiano, M. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida* . México: Oblitas.

Oblitas, L. A. (2017). *Psicología de la salud y la calidad de vida*. Mexico: CENGAGE.

Schütz, A. (1973). *LAS ESTRUCTURAS DEL MUNDO DE LA VIDA*. Argentina: Amorrortu.

