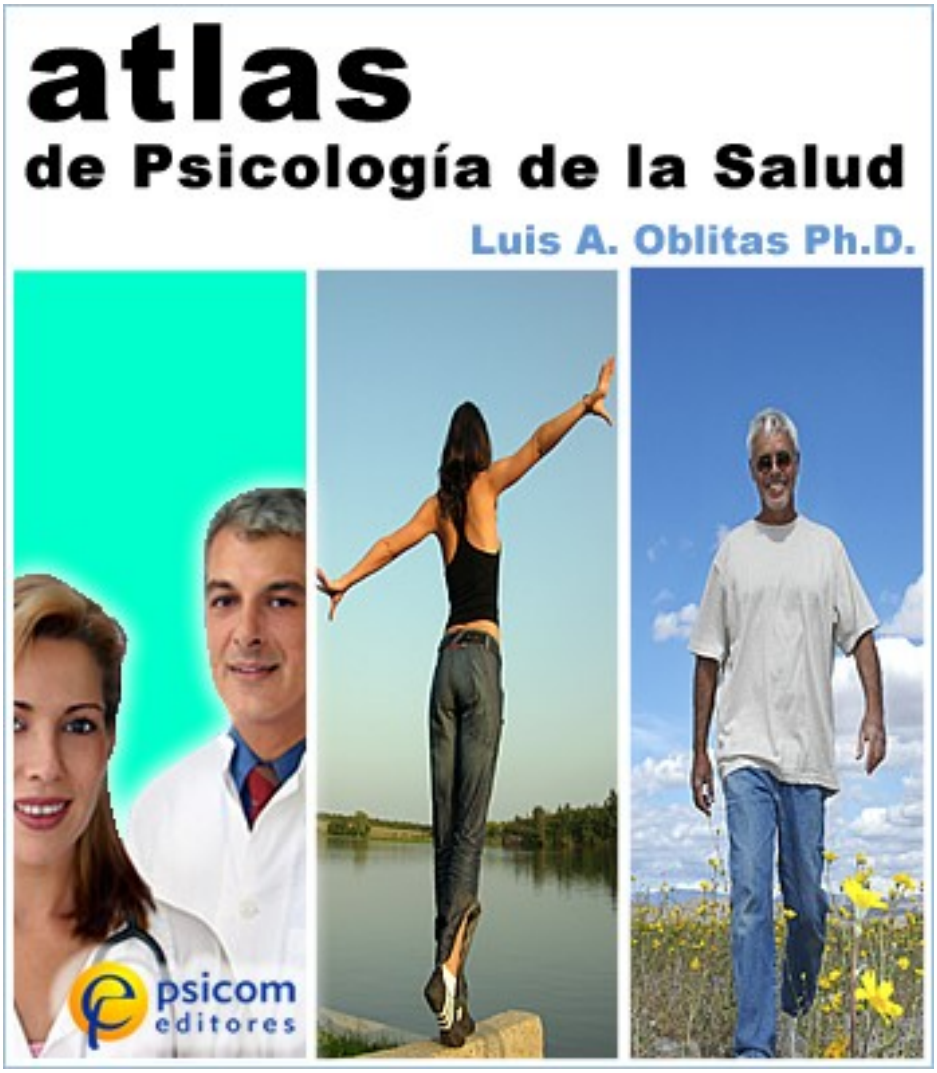
ATLAS DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

Luis Armando Oblitas Guadalupe
Autor y Compilador



ATLAS DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE - PSICOLOGÍA DE LA SALUD

INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

CONSTRUYENDO SALUD - DE LAS EVOLUCIONES TEÓRICAS A LAS APLICACIONES PRÁCTICAS

CONTROL, SALUD Y BIENESTAR

LA PERSPECTIVA NO LINEAL

INFLUENCIA DEL ESTADO EMOCIONAL EN LA SALUD FISICA

LA RECONSOLIDACIÓN DE LA MEMORIA: UN CONCEPTO DESAFORTUNADO

PERFILES DE DESARROLLO SOCIAL Y CONFIGURACIONES DE PATRONES DE RIESGO: IMPLICACIONES PARA EL AJUSTE INDIVIDUAL Y SOCIAL

GÉNERO Y SALUD

HUMOR PARA ESTABLECER EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

SEGUNDA PARTE - PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

EMOCIONES POSITIVAS - ALGUNAS DE SUS IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

PSICOLOGÍA Y SIDA - ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

PERSPECTIVAS PSICOSOCIALES DE LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE PIEL

EL MALTRATO EN LA INFANCIA

ADOLESCENCIA Y ABUSO DE DROGAS

FACTORES BIOPSICOSOCIALES EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

TERCERA PARTE - PSICOLOGÍA HOSPITALARIA

REGULACIÓN COGNOSCITIVA Y EMOCIONAL DEL DOLOR CRÓNICO EN LA PSICOLOGÍA HOSPITALARIA MEXICANA

MANEJO PSICOLÓGICO DEL DOLOR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO POST-OPERADO

LA DISPEPSIA FUNCIONAL - ASPECTOS BIOPSICOSOCIALES, EVALUACIÓN Y TERAPIA PSICOLÓGICA

BURNOUT Y SATISFACCION LABORAL

CUARTA PARTE - FACTORES PSICOLÓGICOS DE LAS ENFERMEDADES

LA ATENCIÓN DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DURANTE EL CLIMATERIO FEMENINO

AFRONTAMIENTO DE LOS PADRES DE NIÑOS CON ALGÚN PADECIMIENTO CRÓNICO

HOSTILIDAD, PSICOFISIOLOGÍA Y SALUD CARDIOVASCULAR

TALLER MULTIDISCIPLINARIO DIRIGIDO A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ASMA Y SUS PADRES BASADO EN LA GUÍA INTERNACIONAL PARA EL MANEJO DEL ASMA (GINA)

CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS

DIABETES Y DEPRESIÓN

QUINTA PARTE - CALIDAD DE VIDA

LA CONSTRUCCION DE LA RESILIENCIA EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD

PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO PARA PACIENTES PEDIATRICOS CON LEUCEMIA

LA SALUD EN PERSONAS CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES

PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN FAMILIAS CON UN MIEMBRO CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

INFLUENCIA DE LA EDAD, SEXO, LOCUS DE CONTROL, AUTOEFICACIA Y ESTRATEGIAS DE NEGOCIACIÓN EN LA ASERTIVIDAD SEXUAL

LA FAMILIA EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

SEXTA PARTE - INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CLÍNICA Y SALUD

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL ¡SÍ QUIERO!

APORTES AL ENTENDIMIENTO DE LA ETIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN A LAS DROGAS - UN ACERCAMIENTO BIOPSICOSOCIAL

APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A UN CASO DE INFECCIÓN POR EL VIH

NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO

LA MUSICOTERAPIA COMO MÉTODO PARA LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD:

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA - LAS INTERVENCIONES APOYADAS EN LA EVIDENCIA

LA RETROALIMENTACION BIOLOGICA - UNA REFLEXION SOBRE SU USO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

HIPOCONDRÍA - PRESENTACIÓN CLÍNICA Y PAUTAS PARA SU PSICOTERAPIA

INTRODUCCION:

ATLAS DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

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

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

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

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

En la actualidad se sabe que todo lo que la persona piensa, dice y hace tiene un impacto significativo en el grado de bienestar y salud. Los pensamientos lógicos y racionales, las emociones relajantes, la auto eficacia, el apoyo psicosocial, la alimentación adecuada, realizar ejercicio, calidad de sueño, sentido de humor, pasatiempos, actividades culturales, etcétera, tienen un impacto significativo en el bienestar, la salud y la calidad de vida.

Los pensamientos irracionales, los errores cognitivos, los estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión, la tendencia a reaccionar con ira y coraje, la falta de apoyo psicosocial, las adicciones como el tabaquismo y el acohoslismo, vivir un estilo de vida estresante, etcétera, contribuyen a la pérdida de la salud y al desarrollo de enfermedades agudas (por ejemplo, dolores de cabeza, migraña, gastritis, estreñimiento, colon irritable, etc.), y crónicas (diabetes, trastornos cardiovasculares, cáncer, etc.).

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

La finalidad de la presente obra ha sido reunir a un grupo de destacados psicólogos e investigadores de 11 países Iberoamericanos (Argentina, Colombia, Cuba, Chile, España, Estados Unidos, México, Perú, Portugal, Puerto Rico y Venezuela) para que nos den a conocer los aportes y contribuciones que la psicología en Hispanoamericana ha realizado al tema de la salud.

La obra contiene cerca de 50 capítulos que han sido distribuidos en cinco partes: 1) Psicología de la salud, 2) Prevención y promoción de la salud, 3) Psicología hospitalaria, 4) Factores psicológicos de las enfermedades, 5) Calidad de vida y 6) Intervención psicológica en clínica y salud

En la primera parte, Psicología de la salud, se incluye la evolución que ha tenido el término salud, el desarrollo de la salud desde la medicina conductual hasta la psicología positiva, la perspectiva no lineal de la salud, la influencia de las emociones en la salud, el papel del estrés en la salud, la salud con relación al género y el impacto de la música y el humor en el bienestar y salud, etcétera.

En la segunda parte, Instrumentos en clínica y salud se describen instrumentos psicológicos para evaluar el riesgo coronario, la obesidad infantil, la ansiedad, la depresión, el estrés, el bournout, etcétera.

En la tercera parte, Prevención y promoción de la salud, de describe la teoría y la práctica para desarrollar e instrumentar intervenciones en la promoción de la salud, estrategias para generara bienestar y salud, personalidad y conductas de riesgo,

modelos de prevención y estrategias de prevención para el VIH/SIDA, alcoholismo, enfermedades de la piel, climaterio femenino, etcétera.

En la cuarta parte, Psicología hospitalaria, se describen importantes aplicaciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario: regulación cognitiva y emocional del dolor crónico, métodos de intervención basados en evidencias para los principales problemas de salud que se atienden en los hospitales, el impacto de los servicios hospitalarios, el impacto de la muerte en los médicos, tratamiento del tabaquismo, factores conductuales de los trastornos alimentarios, y tratamientos de la dispepsia, la cefalea tensional, presión arterial, etcétera.

En la quinta parte, Factores psicológicos de las enfermedades crónicas, se revisan algunas contribuciones psicológicas en el manejo integral del paciente crónico: la importancia de la adherencia terapéutica en el paciente crónico, los factores cognitivo-conductuales de los trastornos cardiovasculares, cáncer, VIH/SIDA, diabetes, asma, impacto de la enfermedad crónica en los cuidadores, etcétera.

La sexta parte, Calidad de vida, está referida a los aportes de la Psicología clínica y de la salud en los pacientes que padecen de enfermedades crónicas, con la finalidad de mejorar su actual estado de vida: calidad de vida en el enfermo con cáncer, con enfermedades cardiovasculares, con enfermedades intestinales, el manejo de la resiliencia en la calidad de vida y el manejo de las variables cognitivas, emocionales y conductuales para el afrontamiento adecuado de la enfermedad, etcétera.

Finalmente, en la séptima parte, Intervención psicológica en clínica y salud, se incluyen algunas colaboraciones donde se pone de manifiesto varias de las aplicaciones de la terapia cognitivo conductual, tales como ansiedad, depresión, trastornos de personalidad, maltrato, adicciones, SIDA, etcétera

La obra, basada en reflexiones a partir de la experiencia académica y profesional de los autores, constituye un valioso aporte para la comprensión de las importantes contribuciones que la psicología científica iberoamericana ha realizado para la comprensión de la salud y la enfermedad, dos temas fundamentales en la vida de las personas.

La misma va dirigida a los profesionales de las ciencias de la salud, así como a profesionales de otras disciplinas, a estudiantes de pregrado y postrado de psicología y medicina, y por la naturaleza del tema y el estilo utilizado, a cualquier persona interesa en incrementar su cultura sobre el importante tema de la salud. El libro puede ser utilizado como libro de texto o complementario en las materias Psicología clínica, psicología de la salud, psicología clínica y de la salud, psicología preventiva, psicología hospitalaria, psicoterapia, investigación clínica y de la salud, etc.

Para terminar deseo agradecer a todos los colegas e instituciones académicas de Iberoamérica, por enviarnos sus colaboraciones y la editorial PSICOM por interesarse en la publicación del presente atlas.

Luis A. Oblitas
Verano, México, D.F., 2005

ATLAS DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

PRIMERA PARTE

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

Aproximación histórica

Conducta y salud

El surgimiento de la psicología de la salud

Áreas relacionadas con la psicologia de la salud

Panorama de la psicología de la salud

Actividades profesionales que realizan los psicólogos de la salud

Perspectivas de la psicología de la salud

Conclusiones

Referencias

CONSTRUYENDO SALUD: DE LAS EVOLUCIONES TEÓRICAS A LAS APLICACIONES PRÁCTICAS

Construyendo Salud: formulaciones filosóficas

Construyendo Salud: formulaciones de la Ciencia

Construyendo Salud: formulaciones históricas y sociales

Variables afectivas

Hipertensión Arterial

CONTROL, SALUD Y BIENESTAR

Comentarios sobre las definiciones de control

Desarrollo de control real y percibido

Control, salud y enfermedad

Control, vejez y salud

Control, bienestar y psicopatología

Renuncia a los intentos de control

Control y terapia cognitiva-conductual

Estrategias de Intervención

Tipos de problemas asociados al control y tratamiento

Conclusiones

Referencias

LA PERSPECTIVA NO LINEAL

Psicología y salud: la perspectiva no lineal

Sistemas dinámicos: conceptos básicos

Aplicaciones de la perspectiva no lineal

Una reflexión para terminar

Referencias

INFLUENCIA DEL ESTADO EMOCIONAL EN LA SALUD FISICA

Introducción

Estado emocional y funcionamiento fisiológico

Estado emocional y reporte de síntomas físicos

Estado emocional y búsqueda de atención medica

Estado emocional y conductas relevantes para la salud

GÉNERO Y SALUD

Introducción

Sexo y Género. Masculinidad y salud

Género y salud mental

Violencia de género

Género y estrés

Múltiples roles y salud

Referencias

HUMOR PARA ESTABLECER EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

Importancia y valor

Funciones

El humor como protección

Por el bienestar psicológicos

Referencias

INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela

Luis Armando Oblitas Guadalupe
Universidad del Valle de México
Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual

Aproximación histórica

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 (Oblitas, 2000, 2003, 2004, 2004a)

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...) (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.

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).

Conducta y salud

En la actualidad, existe multitud de evidencia de que nuestra salud está profundamente influida 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, 2000|, 2003, 2004, 2004a). 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 sustituído a las enfermedades infecciones 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; (Oblitas, 2000, 2003, 2004, 2004a).

¿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 contribuído al nacimiento de la psicología de la salud (Matarazzo, 1980, 1982; Miller, 1983).

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).

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 Helth, 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 contribuído 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 ejempo, 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 influencian 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 psicologia 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 (Oblitas, 2000, 2003,| 2004, 2004a) .

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 eclosión 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 mismas (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 influencian 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.

Panorama de la psicología de la salud

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 desarrollaran en el campo de la salud en todas los países 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 trasmisión 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). 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 profesionales que realizan 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). 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). 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 psicólogicas 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 México 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, Masters de Especialización. 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).

Perspectivas 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 (Oblitas, 2000, 2003,| 2004, 2004a):

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 (Amezcua, 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, costoÄ 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 (SánchezÄElvira 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 influída 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 estos 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 se 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 redunda también en un sentido positivo de nosotros mismos.

Conclusiones

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 México y España podemos afirmar que el nivel de investigación en psicología de la salud es bueno (Oblitas y Becoña, 2000; 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) 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 (Oblitas, 2000, 2003,| 2004, 2004a).

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.

Amezcua, 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 Helth, 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 conection: 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 conduta . Madrid: Siglo XXI.

Casas, M. y Gossop, M. (coord.) (1993). Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias . Sitges, Barcelona: Ediciones en Neurociencias-CitránÄ 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. Buela-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 inn school children: An initial test of a cognitive-development program. Journal of Applied Social Psychology, 19, 559-583.

Ibañez, E. y Durá, E. (1990). Tratamentos psicolóxicos específicos para o enfermo oncolóxico: unha revisión. Cadernos de Psicoloxía, 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 desigh 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 srategies 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 helth enhacement 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. y Becoña, E. (Coords,) (2000). Psicología de la salud . México: Plaza y Valdees.

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

Oblitas, L. (Dir.). (2004). 20 enfoques psicoterapéuticos contemporáneos . 3ra. Ed. Bogotá: PSICOM.

>Oblitas, L. (Dir.). (2004a). Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria . Bogotá: PSICOM

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

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.

CONSTRUYENDO SALUD: DE LAS EVOLUCIONES TEÓRICAS A LAS APLICACIONES PRÁCTICAS

Paulo Moreira
Universidad Católica Portuguesa
Lorena Crusellas
Prevenir – Organización No Gubernamental
Filipa Machado Vaz
Ana Pinheiro
Universidad de Minho

Construyendo Salud: formulaciones filosóficas

La existencia del hombre ha estado siempre orientada a la satisfacción de sus necesidades, ocupando todos los esfuerzos y actividades del ser humano para conseguir el bienestar y principalmente el bienestar físico.

A pesar de esto, algunos siglos después, en la modernidad anunciada de la mano de Descartes, la comprensión del ser humano y de su identidad sufre una alteración con repercusiones hasta la actualidad.

Surge la dualidad entre el cuerpo y la mente, que Descartes consideraba caracterizar a la naturaleza humana, dominado por un imperialismo racional, apartado de la realidad corporal.

Conceptualizando el ser humano dualísticamente, en que el cuerpo se constituye como una realidad separada de la mente, sin cualquier posibilidad de interferencia, Descartes rescribe el entendimiento del ser humano y se inicia una nueva construcción social, al nivel de la salud, particularmente de la medicina y de la biología, presente hasta nuestros días.

La satisfacción de las necesidades del ser humano pasa a estar determinada por un Modelo Biomédico, en el que la salud y la enfermedad son considerados dos estados mutuamente excluyentes, dos polos opuestos, negándose la continuidad entre ellos. Basado en el dualismo cartesiano, que postula por la no interdependencia entre el cuerpo y la mente, la salud y el bienestar pasan a ser considerados como un estado, no un proceso.

El racionalismo totalitario rechaza la influencia de cualquier estado emocional, factor psicológico (Ej. personalidad) el social (Ej.: apoyo social) en la salud, convirtiendo al individuo totalmente dependiente de factores biológicos para alcanzar el bienestar y, de la Medicina para su mantenimiento.

En consecuencia, surge una concepción limitada de la enfermedad, basada en este modelo dualista cuerpo-mente, con presupuestos simplistas de causalidad linear y con una intervención centrada únicamente en el ámbito de la salud física.

Construyendo Salud: formulaciones de la Ciencia

Las necesidades del hombre en nuestros días, se han vuelto más complejas, tendiéndose, cada vez más, a un mayor nivel de abstracción de las necesidades (Moreira, Gonçalves e Beutler, 2005) como ocurre con el bienestar subjetivo y con la conciencia de la influencia de estos factores al nivel de los aspectos físicos y somáticos.

La medicina tradicional ha sido criticada por la forma como percibe el concepto de salud, exclusivamente basada en parámetros del cuerpo. Varios autores han criticado esta postura por su reduccionismo, no considera los factores del comportamiento, psicológicos y sociales en la concepción da enfermedad (Engel, 1977; McDaniel, Hepworth e Doherty, 1992). El dualismo mente-cuerpo ha sido puesto en causa, al separar los aspectos psicológicos de los aspectos somáticos de la enfermedad (Engel, 1977, 1980).

Engel (1977), en el intento de superar las limitaciones del modelo médico vigente y de la insuficiencia explicativa de comprensión del dualismo cartesiano del ser humano, explicación distante y no aplicada a la realidad que vivimos, alarga la conceptualización de la salud, del bienestar, y de los factores que contribuyen para el origen o mantenimiento de la enfermedad.

En un modelo claramente innovador y revolucionario, Engel defiende la necesidad de ampliar la concepción de la enfermedad, incluyendo factores psicosociales, sin sacrificar las ventajas de la perspectiva biomédica vigente.

Surge así, un nuevo modelo que pasa a integrar no sólo los componentes biológicos (genética, conocimiento del virus, bacterias, etc.), sino también, los psicológicos (aspectos que influyen en la salud y la enfermedad como: creencias, cogniciones, expectativas, emociones, comportamientos, etc.) y todos los factores del entorno: económicos y sociales (Ej.: normas sociales de comportamiento, grupo étnico, estatus socio-cultural, etc.).

La ciencia y la investigación, que en los últimos siglos han seguido una tradición extremadamente dicotómica (en que las cuestiones del cuerpo eran relativas a la medicina y las cuestiones del alma eran relativas a la religión) comienzan a dirigirse hacia una postura conciliadora en que se reconoce la interferencia de los varios componentes en el sistema total.

Esta conceptualización alcanza la notoriedad máxima cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), en una clara ruptura con el modelo médico tradicional, redefine el concepto de Salud como un *"estado de bienestar físico, mental y social total y no, sólo como la falta de salud."*

Otro ejemplo de la conceptualización de la salud como estado holístico es el modelo de O'Donnell, (1986), que conceptualiza la salud como resultado de cinco dimensiones importantes: 1) salud emocional (gestión del estrés y atención de las crisis emocionales); 2) salud intelectual (educación, desarrollo y realización intelectual); 3) salud social (relación con los amigos, la familia y la comunidad); 4) salud espiritual (abarca aspectos como: el amor, la esperanza, la caridad y los

objetivos de vida) y 5) salud física (condición física, alimentación y cuidados médicos).

Se retoma la perspectiva holística del ser humano, en la que lo físico y lo psicológico se constituyen como una única realidad, en la que el individuo es visto como un todo, una síntesis compleja de múltiples dimensiones (física, afectiva, cognitiva, comportamental, interpersonal e socio-cultural), que se refleja en la salud y en la enfermedad.

El sujeto se asume como agente activo de sus propios estados de salud y de enfermedad y, por tanto, como actor en los procesos de búsqueda, mantenimiento y recuperación de su salud.

Construyendo Salud: formulaciones históricas y sociales

Gracias a la toma de conciencia de la comunidad científica en general, de la influencia determinante de los múltiples componentes necesarios para la salud y el bienestar, se asiste a intentos de evaluar: el impacto de las variables psicológicas en el bienestar físico del individuo y su contribución en la etiología, desarrollo o mantenimiento de las enfermedades físicas, integrando ya, elementos sociales y del contexto en su comprensión.

Pero a pesar de todo, la nueva conceptualización de la salud y del bienestar, tal como la necesidad de intervención en la salud y en la enfermedad de una forma más compleja y multidisciplinar, surge encuadrada e integrada en un contexto histórico y cultural, que permite su enraizamiento social: 1) Interés por las llamadas enfermedades psicosomáticas, después de la II Guerra Mundial; 2) Aparición, en la mitad del siglo XX, de disciplinas de la medicina que recogen la valorización de los factores psicológicos en la etiología y mantenimiento de la enfermedad, como la medicina psicosomática, la psicología médica y la medicina comportamental (Ej.: en 1911 tiene lugar la primera reunión anual de la *American Psychological Association*, con el intento de debatir la participación de los profesionales de psicología en los contextos tradicionales de salud y de enfermedad, posteriormente, e 1973 en los EE.UU., se crea en el seno de la *American Psychological Association* un campo en *health researc,* con la intención de estudiar la naturaleza y de ampliar las variables psicológicas a los aspectos comportamentales de las enfermedades físicas y concomitantemente, al mantenimiento de la salud); 3) reconocimiento, por parte de la comunidad científica, de factores comportamentales en determinadas enfermedades, asociados a una elevada mortalidad y morbilidad.

Estos cambios en el seno de la medicina están asociados con el desarrollo de un nuevo modelo médico que pasa a reconocer la influencia de los factores psicológicos y sociales en la enfermedad física. La enfermedad y la salud pasan a ser considerados procesos dinámicos, en constante evolución, explicados por una

multicausalidad en la que se tiene en cuenta la relevancia de los factores biológicos, psicológicos e socio-culturales.

En conclusión, hemos visto que las concepciones de la salud desde las diversas áreas (filosóficas, científicas, históricas y sociales) han ido convergiendo cada vez más, para el holismo del ser humano y de la salud como un estado global y no apenas limitado a determinadas variables. Estas concepciones de diferentes áreas, proporcionaron el desarrollo de investigaciones que han validado empíricamente el carácter holístico de la salud.

La Investigación en busca de la unidad perdida: aspectos físicos y psicológicos en el ser humano

*"Many times it is more important to know what kind of patient has the disease than what kind of disease the patient has." (Rosch, 1987)**

A pesar de que los estudios sobre la comprensión de la influencia de los factores psicológicos, tales como, los rasgos de la personalidad, las reacciones emocionales o los estilos de coping "afrontamiento", que suponen un aumento del riesgo de aparición de determinadas enfermedades médicas, no son algo reciente, en los últimos quince años se ha observado un renovado interés por la comunidad científica en los mismos.

Basada en el nuevo modelo biopsicosocial de la salud y de la enfermedad, en el que la salud es concebida como *"estado de bienestar físico, mental y social total y no, únicamente por la falta de salud"* (OMS, 1948) y en una conceptualización holística e integradora del ser humano, la comunidad científica ha estudiado, intentando comprender la influencia de múltiples factores psicosociales en el mantenimiento de la salud y el bienestar y en la etiología y la evolución de la enfermedad.

Variables Psicológicas

De entre las múltiples variables existentes, destacamos las que consideramos de mayor importancia y cuyos resultados han supuesto las bases para la comprensión del individuo como un ser holístico, física, psicológica y socialmente influenciado: la personalidad (rasgos, mecanismos de coping, creencias y actitudes), apoyo social y variables afectivas.

Personalidad

La relación entre los trazos de la personalidad y las características psicológicas tiene su origen en la medicina pre-cartesiana. En esa época se creía que ciertas emociones fuertes estaban relacionadas con el surgimiento de la enfermedad. Estas emociones fuertes activarían el Sistema Nervioso Simpático y consecuentes descargas sucesivas de los órganos fisiológicos, que resultaban en alteraciones de los varios sistemas.

Ya en la primera mitad del siglo XX, algunos autores (Ej.. Dunbar, 1943), comienzan a enfatizar el papel de los conflictos emocionales crónicos, como estando relacionados con la etiología de las enfermedades físicas. Esta conceptualización gana mayor relevo algunas décadas después, con numerosos autores (ej. Engel, 1977) que sugieren que determinadas características individuales como desistir, depresión e incapacidad de expresar emociones, estaban relacionadas con una susceptibilidad general a la enfermedad. La etiología de la enfermedad pasa a ser considerada como un producto de la interacción entre el yo y el propio ambiente,

pasando a considerarse un acto de clara negligencia profesional el no tener en cuenta alguno de estos componentes.

A través del desarrollo de varios estudios prospectivos, las relaciones causales entre los trazos de la personalidad y el desarrollo de determinadas condiciones médicas, han ido exponencialmente entendiéndose (Barefoot e tal., 1989; Kawachi et al., 1998; Kubzansky, Sparrow, Vokonas & Kawatchi, 2001; Siegler, Zonderman, Barefoot, Williams, Costa & McCrae, 1990).

La investigación ha sugerido que factores de la personalidad como la preocupación somática excesiva o la negación de las dificultades emocionales o interpersonales, producen un aumento en la vulnerabilidad individual; no sólo en la capacidad de enfrentarse al dolor, particularmente al dolor crónico (Arbisi & Butcher, 2004), sino también en la recuperación tras algún tipo de lesión grave (Carrage, 2001).

Diversos estudios han encontrado relaciones entre la Personalidad Tipo A, con las enfermedades coronarias (Ej.: Western Collaborative Group Study, 1976; Williams, Haney, Lee, Kong, Blumentahl & Whalen, 1980; (Kawatchi et al., 1998) y el aumento de hipertensión (e.j. Yan et al., 2003). Existe también un fuerte soporte empírico para la relación entre la hostilidad y el aumento de riesgo de enfermedades coronarias y, como consecuencia, mayor mortalidad (Barefoot, Dodge, Peterson, Dahlstrom & Williams, 1989; Barefoot et al., 1989; Kawatchi et al., 1998; Kawatchi, Sparrow, Spiro, Vokonas, Pantel & Weiss, 1996; Kubzansky e tal., 2001; Sesso, Kawatchi, Vokonas & Sparrow, 1998; Siegman, Kubzansky, Kawatchi, Boyle, Vokonas &Sparow, 2000).

Un reciente estudio descubrió resultados que apuntan a que niveles de hostilidad elevados durante la edad escolar o el aumento de la hostilidad en la edad adulta, se constituyen como factores de riesgo para la enfermedad, tal como el aislamiento social y la obesidad (Siegler et al., 2003).

De estos resultados, se destaca la necesidad de desarrollar programas de prevención claramente dirigidos a un nivel de desarrollo más precoz, centrados en determinadas variables psicológicas, para poder evitar la aparición de psicopatologías que podrán tener graves consecuencias físicas en el futuro.

Apoyo Social

Constituyéndose el ser humano como un ser eminentemente social, las influencias del entorno asumen en el bienestar del individuo y, en los procesos de salud y de enfermedad, un destacado papel, especialmente en las relaciones que establecemos con los demás.

El apoyo social, caracterizado como los recursos disponibles que el individuo tiene a través de las interacciones que establece con los demás, se constituirá como el factor protector más importante para el mantenimiento de la salud y cuya falta ocasionará enfermedad.

Uno de los estudios más significativos sobre la influencia del apoyo social en la salud y en la enfermedad, fue realizado por Berkman e Syme (1987). A través de un estudio prospectivo, midieron el apoyo social de 4700 hombres y mujeres durante nueve años y verificaron que, independientemente del sexo y de la edad, las personas con una red social amplia, tenían tasas de mortalidad menores. Las que tenían una menor red social, presentaban mayores tasas de mortalidad.

Otro reciente estudio, con resultados bastante prominentes, fue realizado por Stilley, Miller, Gayowski e Marino (1998), verificándose que la no adhesión a los tratamientos se constituía como la principal causa de muerte de los enfermos sujetos a un transplante. La falta de adhesión al tratamiento es, en la mayoría de los casos, resultado de la falta de soporte social y de padrones desajustados de coping con la enfermedad.

La presencia de estos factores, se convierte en un elevado riesgo para el individuo, al mismo tiempo que se asume un elevado coste para la sociedad, porque conlleva a un mayor número de hospitalizaciones y, como consecuencia, al aumento de los costes médicos con este tipo de pacientes.

---

*Muchas veces es más importante saber qué clase de paciente tiene la enfermedad, que qué clase de enfermedad tiene el paciente.

Variables afectivas

Recientemente, las variables afectivas que colaboran para el bienestar del individuo y para su estado de salud, han sido objeto de densos estudios en las más variadas áreas de investigación. Este interés alcanza su máxima expresión con los descubrimientos de António Damásio, que otorgan un papel central, innegable, a las emociones en la adaptación del individuo, refutando indiscutiblemente, el dualismo cartesiano de separación entre el cuerpo y la mente y el imperialismo racional.

Las capacidades de expresión, diferenciación y regulación emocional, se constituyen como competencias determinantes, no sólo para el bienestar individual, sino también para enfrentarse al estrés cotidiano y a la enfermedad.

Las emociones se constituyen como pilares organizativos del ser humano, al tiempo que la incapacidad de gestión emocional se constituye como factor de riesgo grave para el desarrollo de una enfermedad.

La presencia de factores como un elevado estrés emocional, instabilidad emocional y ciertos rasgos de la personalidad, se constituyen como una gran incapacidad para que un paciente pueda soportar con éxito un transplante de cualquier órgano (Singer, Ruchinskas, Riley, Broscheck & Barth, 2001). Por esta razón, las reacciones emocionales desajustadas, podrán colocar en riesgo la supervivencia de un individuo que aguarda un transplante que le podrá salvar la vida.

Así, la incapacidad del individuo de gestionar sus emociones, en situaciones de elevado estrés, constituyes un handicap severo, no sólo del bienestar, sino también de la supervivencia. Por ejemplo, un elevado estrés emocional, en pacientes que padecen enfermedades crónicas, les produce grandes dificultades para su recuperación (Vendrig, 1999).

Al mismo tiempo, la incapacidad de lidiar con reacciones emocionales de forma adaptada, puede llevar a una pobre regulación emocional, generando hostilidad, que tendrá un efecto directo en el aumento de la presión sanguínea, ritmo cardíaco y aumento de los niveles de cortisol, tras la exposición a un estímulo estresante (Suarez, Khun, Schanberg, Williams & Zimmerman, 1998).

Una de las emociones que han sido objeto de mayor estudio y de comprensión de los procesos de salud y enfermedad, ha sido la rabia. Diversos estudios demostraron que la expresión y la regulación desajustada de la rabia, eran considerados como importantes factores de riesgo para la aparición de enfermedades coronarias. Individuos que se irritan fácilmente, gritan y están continuamente enfadados, son un grupo de mayor riesgo. Un estudio longitudinal, realizado con 1881 veteranos, demostró que aumentos en la expresión de la rabia, estaban asociados al aumento exponencial de riesgo de enfermedad cardiaca (Kawachi et al, 1996).

Condiciones Físicas

Al mismo tiempo, la comprensión de la unidad y holismo humano no se acaba en la salud y en el bienestar, sino que también es determinante en los procesos de enfermedad. Constituyéndose el proceso de salud y enfermedad como un continuo, también en la enfermedad es posible comprobar la bidireccionalidad entre los componentes físicos y psicológicos, éstos últimos, determinantes de la etiología y desarrollo de la mayoría de las enfermedades.

De una amplia gama de enfermedades, cuyos estudios han probado esta interacción, destacamos los estudios realizados con enfermos de cáncer, dolor crónico, hipertensión, cefaleas y estrés.

Cáncer

Es con el cáncer que los estudios han demostrado una influencia innegable de las variables psicológicas en la evolución y pronóstico de determinada condición física.

También en el cáncer, los rasgos de personalidad se constituyen como un factor protector o un eventual factor de riesgo determinante en la evolución de la enfermedad. Personas con propensión para el cáncer, tienden a ser personas demasiadamente cooperativas y pacientes, no asertivas, defensivas, con incapacidad para expresar sus emociones, e incapaces de enfrentarse al estrés interpersonal, lo que les provoca sentimientos de depresión y desespero, y, en consecuencia, elevados niveles de cortisol y deficiencias inmunitarias. Un estudio longitudinal realizado en 1982 por Thomas y col., en novecientos trece alumnos de medicina, demostró que veinte de los alumnos que tuvieron cáncer, tenían falta de ligación afectiva con sus padres.

A pesar de las críticas expuestas a estos estudios (muchos no tenían en cuenta factores de riesgo como por ejemplo fumar, para la aparición del cáncer), se puede concluir que aunque la personalidad no está directamente relacionada con la etiología del cáncer, tiene ciertamente un papel clave en su evolución.

Dolor Crónico

El fenómeno del dolor ha sido discutido e investigado desde diferentes perspectivas en los últimos años. Sin embargo, gran parte de este esfuerzo se basó en una concepción mecanicista de los procesos del dolor, donde se asistía a un intento de probar una causalidad linear, así como, de crear una especie de mapa, desde el

punto de vista físico, de los circuitos del dolor (Hom & Manufo, 1997; Soares, 1999).

Como el dolor es concebido como incontrolable, frecuentemente se encuentra en la etiología de perturbaciones tanto físicas, cefaleas, como psicopatológicas, depresión.

Considerado al inicio, únicamente como resultado de una lesión física, los nuevos modelos de conceptualización de salud y de enfermedad, basados en la perspectiva holística del ser humano, demostraron que ningún factor aislado (patofisiológico, psicológico o social) puede explicar adecuadamente el estatus del dolor crónico, defendiendo el determinismo recíproco entre los fenómenos biológicos e psicológicos y, destacando el factor tiempo, como preponderante de la evolución y cronicidad (Turk, 1994).

En este sentido, The International Association for the Study of Pain (IASP), define el dolor como "una desagradable experiencia sensorial y emocional, asociada con un real o potencial daño en los tejidos o, descrita en términos de tales daños" (Borg, 1999; Soares, 1999; Kanner, 1997). Se acentúa así, el carácter subjetivo del dolor, siendo simultáneamente una sensación física y una reacción emocional a esa misma sensación (Kanner, 1997).

El dolor crónico, se caracteriza específicamente por resistir a los tratamientos, bien como por la no disminución de su intensidad. Su cronicidad produce grandes alteraciones en el estilo de vida, en las actividades y las relaciones sociales del individuo, al mismo tiempo que produce una implementación de comportamientos de enfermedad, en perjuicio de comportamientos saludables. Ya que el dolor crónico, por definición, presenta una duración superior a seis meses, los comportamientos sintomáticos ocurren continuamente, lo que aumenta la probabilidad de asistir a fenómenos de condicionamiento y aprendizaje. Algunos autores (Fordyce & Steger, 1995) consideran que el problema mayor del dolor crónico, no es su intensidad, sino su duración, en la medida en que, cuando el dolor cesa, el retorno a un comportamiento saludable puede ser una gigantesca tarea.

Por lo tanto, existe una gran diversidad en la forma como la sensación del dolor se expresa, porque ésta dependerá de la interrelación entre alteraciones biológicas, estado psicológico y contextos socio-culturales, tales como, el etiquetamiento o las presiones sociales (Soares, 1999; Skevington, 1995; Horn & Manufo, 1997; Turk, 1996)

Esta nueva perspectiva impulsó la comunidad científica a desarrollar estudios para el entendimiento de la influencia de los fenómenos psicológicos en el dolor crónico y, los resultados encontrados fueron sorprendentes. Dworkin e Massoth (1994), afirman que del 30 al 50% de los pacientes que buscan tratamiento en la atención de salud primaria, no sufren desórdenes específicamente diagnosticables. Deyo, en 1986, destaca que en más del 80% de las personas que presentan quejas de enfermedades de espalda, no es posible identificar bases físicas que expliquen esta enfermedad.

Sobre la base de estas afirmaciones, parece evidente que los factores psicosociales desempeñan un papel fundamental en la duración del dolor crónico, especialmente en el locus de control, los estilos de coping, la ansiedad, la depresión y la auto-eficacia (Soares, 1999; Home & Manufo, 1997).

Hipertensión Arterial

La Hipertensión arterial se define como una tensión arterial superior a 140/90, de una forma continuada (Oparil, 1992). Actualmente, la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo en las enfermedades cardiovasculares y, éstas son la principal causa de muerte de los países industrializados. Se constituye también como elevada morbilidad, estando directamente relacionada con el agravamiento (o inclusive con el origen) de la insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica (Devereux, 1987), accidentes cerebro-vasculares, insuficiencia renal (Schwartz & Strong, 1987) e nefropatía diabética.

Hoy se considera que la causa de la hipertensión es multifactorial, envolviendo factores genéticos, fisiológicos, comportamentales y del entorno (Glasgow e Engel, 1987). La comprensión de las limitaciones de la aplicación del modelo médico tradicional (principalmente debido a los efectos prolongados de la farmacoterapia), trajo la necesidad de que las nuevas terapéuticas médicas de tratamiento de la hipertensión, pasaran a integrar factores comportamentales en la evaluación e intervención de esta patología.

La comunidad científica y médica, asume de esta manera, la necesidad de una conceptualización y principalmente, de una intervención de la hipertensión basada en un modelo holístico, de integración de las múltiples variables fisiológicas, psicológicas, sociales y culturales.

Cefaleas

Las cefaleas son consideradas en la sociedad actual como un problema médico con elevada prevalencia. Existen más de quince tipos de cefaleas, pudiendo agruparlas en tres grandes categorías: cefalea inflamatoria, cefalea de tensión y cefalea vascular o jaqueca. El 85 a 90% de las cefaleas son cefaleas de tensión.

La mayoría los tratamientos médicos utilizados se basan en el modelo médico tradicional, especialmente sólo en los síntomas físicos, a través del uso de ansiolíticos, vasoconstrictores, anti-inflamatorios, analgésicos y barbitúricos.

A pesar de esto, estos tratamientos han probado su ineficacia muchas veces, debido a los efectos secundarios de los medicamentos y a la dependencia, que puede producir tolerancia a la medicación, disminuyendo su eficacia.

Actualmente, la intervención psicológica ha demostrado tener éxito en personas con estas patologías.

Estrés

No solamente es en el dolor crónico en el que es posible comprobar el papel preponderante de las variables psicológicas. La homeostasis individual también resulta de la capacidad del individuo de mantenerse diariamente fuerte y estable ante las adversidades.

Sin embargo, el individuo se enfrenta diariamente a las adversidades, con presiones externas que provocan una gran tensión o presión en el individuo. Esta presión provoca estrés al individuo, variable que va a tener un papel fundamental en la salud y el bienestar del mismo.

Al mismo tiempo, constituyéndose en una gran tensión, el estrés se convierte claramente en un factor de riesgo para la aparición de enfermedades. La noción de que el estrés puede influenciar enfermedades no es nueva, el propio Platón afirmaba que "todas las enfermedades del cuerpo proceden de la mente o del alma".

La percepción que el sujeto hace de un hecho y las anteriores experiencias de coping, son los factores más importantes para condicionar la respuesta de estrés. Así, en el ser humano, esta respuesta es individualizada, variando no sólo *inter* como también *intra* individualmente, lo que determina que las estrategias a ser utilizadas tengan en cuenta la realidad individual.

Uno de los principales autores en intentar comprender la relación existente entre el estrés y la enfermedad fue Cannon, al estudiar tribus primitivas y, con el fenómeno que denominó "*muerte voodoo*". En estas tribus primitivas, cuando los idígenas estaban enfermos, llamaban al curandero, que utilizaba un hueso de gallina para prever la muerte del individuo. Si el hueso de gallina se partía, el curandero prescribía y preveía la muerte de la persona. Sin embargo, el enfermo, de hecho, siempre acababa por morir, no por la enfermedad, pero por prescripción, por *muerte voodoo* o anticipada.

Cannon comprobó que lo que pasaba era que, con la amenaza de muerte, era tanto el estrés y tan grande el miedo, que despertaba un estrés exageradísimo, provocando una inundación de hormonas de estrés (adrenalina y noradrenalina) en el cuerpo, que afectaban el ritmo cardíaco, provocando arritmias que damnificaban el músculo cardíaco, causando la muerte. Los casos de muerte súbita actuales, se explican muchas veces por el mismo mecanismo.

También en contexto clínico, es posible observar estos efectos: dos tercios de las visitas a los médicos de familia son motivadas por síntomas relacionados con el estrés. Este está directamente relacionado con las principales causas de muerte en los EUA: enfermedades del corazón, cáncer y enfermedades pulmonares. También existen otras enfermedades relacionadas con el estrés como: las alergias, arritmias, asma, ansiedad, diabetes, dismenorrea, jaquecas, neurodermatitis y úlcera péptica.

Asimismo, la vivencia de elevados niveles de estrés durante la recuperación de una lesión, se traduce posteriormente en dificultades en la recuperación de la misma (Oleske, Andersson, Lavender & Hahn, 2000).

Aunque no esté claramente definido si los hechos cuotidianos son factores de estrés tan fuertes como las grandes pérdidas, existe un punto de consenso entre los investigadores sobre cual es el factor preponderante en esa relación: el modo como el sujeto se enfrenta a los cambios. El sentimiento de autocontrol, la red de amigos y ciertos factores de la personalidad, como la flexibilidad y la perseverancia, fueron señalados como que predicen un coping eficaz.

Estos datos no sólo retoman la necesidad de asumir una perspectiva holística del ser humano, como cuestiona todo el imperialismo racionalista que todavía domina casi todos los sectores de la Sociedad actual, como la Medicina y/ o la Educación.

Comprensión de la Unidad Humana: una nueva Pro-actividad

Los datos provenientes de los diversos estudios referidos, asociados a fuertes evoluciones sociales, constituyen una de las mayores herencias del siglo XX, permitiendo la liberación del ser humano de muchos determinismos que le eran impuestos en las más diversas áreas y que lo llevaron a percibir que poco podía hacer frente a la mayoría de las das condiciones y dominios cruciales de su existencia, como destaca Moreira (2005):

"*El ser humano se ha liberado de estas amarras que lo aprisionaban a una condición de determinismo y pasividad, en las más diversas áreas existenciales*"

1. El determinismo del proyecto de Dios para cada uno y el hecho de cargar la cruz hasta el final, está a ser substituido por la libertad de cada uno de, no sólo de escoger la religión que quiere, sino también si es aquel el proyecto de vida que quiere para él (por ejemplo, divorciarse);

2. Al determinismo de la ascendencia socio-económica se contrapone actualmente la tendencia da democratización del acceso a las oportunidades y recursos. El énfasis dejó de estar en el origen familiar o social y pasó a estar en las capacidades y en el esfuerzo.

3. Al determinismo de que nada se podía hacer con relación al estado de salud, se impone ahora el papel activo que cada persona tiene en el mantenimiento de su salud y su responsabilidad (cuidado con la alimentación, estilos de vida, etc.);

4. El fatalismo de las variables psicológicas, la idea de "es igual que su padre o su madre", se sustituyen por la conciencia del desarrollo y la influencia de determinados factores en la evolución de esas mismas variables, por lo que es posible intervenir al nivel de esas variables;

5. El concepto de salud como ausencia de enfermedad, se ha visto alterado, así como el concepto linear de Salud, substituido por la complejidad de varios factores, como reconoce la Organización Mundial de Salud: "salud como un estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente como ausencia de enfermedad";

6. El fatalismo neurológico, cada vez más cuestionado, se está sustituyendo por la noción da plasticidad neuronal, que demuestra que el desarrollo tanto estructural como funcional del cerebro, está lejos de ser un estanque, sino que depende, entre otras cosas, de la estimulación;

7. El determinismo de la inteligencia y del recorrido académico, está siendo sustituido por la conciencia de la importancia de la estimulación que los niños reciben en las etapas precoces y posteriormente al alcanzar las condiciones mínimas (tanto en términos de satisfacción de las necesidades básicas, incluso físicas -alimentación, como en términos de las condiciones mínimas que favorecen un desarrollo académico adecuado (por ejemplo, sin que el niño precise canalizar su foco de atención para la gestión de determinadas emociones negativas o de circunstancias que vive en casa, tales como, abusos (al propio niño o a alguien de su familia).

8. Hoy más que nunca, se tiende a concebir la ciencia como estando al servicio de los hombres, de ahí que los avances del conocimiento se tiendan a reflejar rápidamente en consecuencias en la vida de las personas. Esta tendencia comenzó a ser muy dominante en las áreas tecnológicas, pero ahora comienza a ser muy fuerte, la conciencia de usar lo que se sabe para mejorar la vida de las personas al nivel de las más diversas disciplinas de la salud" (Moreira, 2005).

CONTROL, SALUD Y BIENESTAR

Jesús A. Salas-Auvert
Estados Unidos

Frecuentemente nos preguntamos por qué algunas personas sufren dolencias físicas o psicológicas mientras otras parecen sanas y felices aun cuando enfrenten adversidades similares en la vida. El enfoque cognitivo-conductual sobre la salud y la psicopatología ha adoptado un modelo causal de vulnerability-estrés (p. ej. Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Alloy, Abramson, Raniere y Dyller, 1999). De acuerdo a dicho modelo, los estresores ambientales activan las predisposiciones biológicas y psicológicas de la persona. El resultado de dicha interacción puede ser la enfermedad y psicopatología o puede ser lo contrario, es decir, bienestar y salud.

En 1975 Richard Lazarus propuso que los rasgos de personalidad influencian la forma como las personas interpretan sus circunstancias de vida. Las interpretaciones a su vez, afectan las reacciones emocionales y fisiológicas que las personas experimentan en la exposición a dichas circunstancias. De forma similar, Abramson y Alloy (Abramson et at., 1989; Abramson et al, 1999) acuñaron el término "vulnerabilidad cognitiva" para referirse a factores de riesgo cognitivos distales que preceden la aparición de psicopatología. El constructo de control percibido constituye una de esas dimensiones interpretativas y un determinante importante sobre nuestra capacidad para manejar el estrés efectivamente.

Definiciones de control

Control es un constructo muy utilizado en la literatura psicológica. De acuerdo a Thompson, Armstrong y Thomas (1998), la percepción de control incluye los siguientes componentes: (1) la intención de lograr un resultado particular deseable, (2) capacidad percibida (personal o vicaria) para alcanzar la meta y (3) la conexión percibida acción-resultado. Los teóricos e investigadores han propuesto diferentes definiciones de control.

Control Real

Control real se refiere a la capacidad real de manipular intencionalmente una transacción ambiental (interna o externa al individuo) para alcanzar los resultados deseados (Adler, 1929; Bandura, 1997, 1977; Thompsom, 1981). Este tipo de control implica disponer del conocimiento y habilidades instrumentales reales, así como del poder real de decisión. Así, control real se refiere a la capacidad real de decidir e influenciar los eventos y de crear nuestras circunstancias de vida.

Control Percibido

La creencia de que uno tiene control sobre un fenómeno frecuentemente es tan importante como tener el control real del mismo (Bandura, 1977; Glass y Singer, 1973; Lefcourt, 1973; Taylor y Brown, 1988). Los investigadores y teóricos del comportamiento han formulado diferentes definiciones de control percibido.

Auto-eficacia. Auto-eficacia se define como la creencia en que uno dispone de las habilidades instrumentales necesarias para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para alcanzar los logros deseados (Bandura, 1997, 1977; Brehm y Brehm, 1981). Este tipo de control percibido puede aplicarse a los diferentes sistemas de comportamiento: control cognitivo, control afectivo, control conductual y control fisiológico. Consecuentemente, las personas con alta auto-eficacia son típicamente orientadas a las tareas y a resolver problemas como la forma de aumentar sus oportunidades de lograr sus metas. Por el contrario, personas con baja auto eficacia tienden a percibir los estresores como inmanejables y a concentrarse en sus deficiencias percibidas. Esto, a su vez, hace que las personas con baja auto-eficacia sean propensas a experimentar mas diestrés cuando enfrentan un estresor, a tener menos compromiso con sus metas y a abandonar sus intentos de solucionar sus problemas prematuramente, (Bandura, 1977, 1997).

Comprensión y Atribución Causal. Explicación/atribución como control se refiere a la capacidad percibida de comprender y/o predecir una transacción ambiental. Las distintas explicaciones y atribuciones causales que una persona formula sobre un evento, hace que una persona se sienta con diferentes grados de control (Averill, 1973; Krantz, 1980; Thompsom, 1981). La comprensión y predicción están generalmente asociadas con sentirse en control y la falta de comprensión e incertidumbre están asociados con falta de control percibido. Más aún, una de las primeras reacciones a la pérdida de control es el deseo de ganar mayor información para poder comprender lo que sucede y predecir lo que ocurrirá (Fiske y Taylor, 1984).

Las personas tienen predisposiciones a formular distintos tipos de atribuciones causales, en el sentido de percibir que la fuente de control está fuera de sí (locus de control externo) o dentro de sí (locus de control interno). Cuando la persona se percibe como la fuente del control, se maximiza la percepción de control. Así, las personas con locus de control interno (generalizado o específico a una situación) perciben el reforzamiento como dependiente de su propia conducta. Por el contrario, las personas con locus de control externo creen que sus acciones tienen un impacto mínimo en los resultados deseados ya que éstos están controlados por fuerzas externas a ellas (Rotter, 1966).

Optimismo : Otra dimensión atribucional es la predicción de resultados. Optimismo se refiere a la expectativa generalizada de resultados favorables y el pesimismo consiste en una expectativa generalizada negativa (Scheier y Carver, 1985). Weinstein (1993) destacó la asociación entre controlabilidad y optimismo. La capacidad percibida de *predecir una transacción ambiental deseada* hace que la persona se sienta en control (Seligman 1975; Chorpita y Barlow, 1998). Por el contrario, el pesimismo está asociado con falta de control percibido.

Comentarios sobre las definiciones de Control

Dimensiones de control . Estas tres definiciones del control percibido son en realidad dimensiones de un mismo constructo. Control percibido es un constructo complejo y multidimensional (Carver y Scheier, 1981; Langer, 1983; Petterson y Seligman, 1987; Rotter, 1990). Por ejemplo, si una persona dice: "Yo sé cómo resolver ese problema porque estoy familiarizado con la técnica que se va a utilizar para lograr el resultado deseado". La persona está expresando percibir una alta auto eficacia, percibir un locus de control interno, comprender por qué puede lograr el objetivo y puede predecir un resultado favorable (optimismo). De hecho, los análisis factoriales sobre la escala de locus de control elaborada por Rotter (1966) indican que la escala no solo mide la dimensión internalidad-externalidad, sino también expectativa de resultados (Levenson, 1974, 1981). Las tres dimensiones de control tienden a conrelacionar positivamente. Por ejemplo, las personas con alto control interno también tienden a ser más optimistas. Esto no quiere decir que las tres dimensiones deban estar presentes para poder sentirse en control. Así, una persona puede percibirse controlada aun cuando no disponga de auto eficacia para modificar el mismo. Por ejemplo, "Estaba tan preocupada con este dolor de cabeza. Sin embargo después del examen médico estoy tranquila porque sé que no es algo realmente peligroso". En el ejemplo mencionado la persona manifiesta no tener control para acabar con el dolor de cabeza; sin embargo, comprender el origen y esperar un desenlace favorable es suficiente para percibir control.

Control percibido y control cognitivo. El definir el constructo de *control percibido* como sinónimo de *control cognitivo* es inapropiado si las cogniciones se definen como ideas e imágenes. Las cogniciones representan uno de los cuatro sistemas comportamentales que pueden ser objeto de control; los otros tres sistemas son las conductas, las emociones, las respuestas fisiológicas. Así, una persona puede *percibir* control o falta de control en otros sistemas conductuales no cognitivos. Más aún, la percepción de control incluye un aspecto racional (Ejemplo, "Sé que tengo control") y otro experiencial (Ejemplo: "Me siento en control"). Como señalan Salas-Auvert y Felgoise (2003), estas dos dimensiones del control percibido usualmente van juntas, pero pudieran no estar en sincronía (Ejemplo: "Intelectualmente se que yo tengo control, pero cuando siento esa angustia no me siento en control").

Control percibido y la ilusión de control. El constructo de control percibido es considerado como el tipo de control que tiene un mayor impacto en la respuesta de estrés, salud y bienestar (Cohen, Evans, Stokols, & Krantsz, 1980; Sarafino, 1998; Thompson, 1981). Quizás los experimentos sobre el fenómeno conocido como *ilusión de control* demuestran claramente la afirmación previa. Por ejemplo, Sanderson, Rapee y Barlow (1983) estudiaron el impacto de la ilusión de control en 20 pacientes con desorden de pánico que recibieron inhalaciones de aire enriquecido con 5.5% de dióxido de carbono (CO_2) por 15 minutos. Estudios previos han establecido que respirar aire con CO_2 provoca ataques de pánico en la mayoría de las personas diagnosticados con desorden pánico. Antes de exponer a los participantes a las inhalaciones de aire con CO_2, se les informó la existencia de una caja localizada enfrente de ellos que *podría* iluminarse durante la inhalación. Se les dijo que, mientras la luz estuviera encendida, ellos podrían disminuir, si quisieran, la cantidad de CO_2. Para ello solo tendrían que manipular una perilla localizada en la silla donde iban a estar sentados. También se les animó a que solo bajaran el nivel de CO_2 si era absolutamente necesario. En realidad, la manipulación de la perilla no tenía ningún efecto sobre la cantidad de CO_2 administrada. Para la mitad de los participantes la luz se encendía al azar a lo largo de los 15 minutos de exposición al CO_2; mientras que para otra mitad, la luz nunca se encendió. Este grupo sin ilusión de control -ya que creyó que nunca tuvo oportunidad de controlar la cantidad de CO_2- reportó un mayor número de

síntomas de ansiedad y mayor intensidad en los mismos que el primer grupo (con ilusión de control). Más aún, el 80% de los participantes en el grupo sin ilusión de control reportó experimentar un ataque de pánico durante la inhalación de CO_2 comparado con 20% en el grupo con ilusión de control. Estos resultados ilustran cómo percibirse en control, aun cuando no se disponga de control real, disminuye el efecto de emocional negativo ante la exposición a un estresor.

Control vicario . Además, una persona puede sentirse en control aun cuando no perciba ni auto eficacia para modificar el fenómeno ni comprensión del mismo. Por ejemplo, "Yo no entiendo lo que me van a hacer, pero me siento tranquilo con respecto a mi enfermedad porque confío plenamente en mi equipo médico". Este tipo de control obtenido a través de otros es denominado *control vicario* . Por ejemplo, se ha encontrado que las percepciones de control vicario están asociadas a una mejor adaptación en pacientes expuestos a intervenciones invasivas (p. ej.,, angioplastias, cirugía de bypass; Helgelson, 1992) o pacientes tratados por cáncer de mama (Taylor, Lichtman, & Wood, 1984).

Para muchas personas, la fe en Dios y en sus creencias religiosas les provee un sentido de control sobre eventos negativos, reales o potenciales, sobre los que la persona no percibe tener suficiente capacidad de control activo (Bergin, 1991; Carver et al., 1989; Druckman y Swets, 1988; Lazarus y DeLongis, 1983). Estas creencias implican la idea que sus vidas y el universo es controlado por un ser (otro poderoso) benevolente y bondadoso puede tenr un efecto positivo en la salud y el bienestar de las personas (p. ej.,, Bergin, 1991; Kass, Friedman, Leserman, Zuttermeister y Benson, 1991; McIntosh y Spilka, 1990). Ejemplos de estas creencias son: "Yo confío en que Dios me dará salud", "Yo acepto lo que Dios tenga dispuesto para mí con respecto a mi cáncer", "Si soy un buen cristiano, Dios me dará salud". Estas creencias pueden entenderse de manera activa, es decir, que Dios ayuda a la persona a ayudarse a sí misma; otras personas interpretan sus creencias religiosas de manera pasiva, es decir, que el control descansa en Dios y por ello la persona no se siente responsable de actuar en favor de su salud (Holt, Clark, Kreuter y Rubio, 2003).

Desarrollo de control real y percibido

Las investigaciones en genética y neuropsicología sugieren que la capacidad de sentirse en control y de ejercer auto-control es parcialmente heredada (p. ej. Pedersen, Gatz, Plomin, Nesselroade y McClearn, 1989). Sin embargo, la discusión de dichos hallazgos va más allá del enfoque de este capítulo en cual se centra en el papel de factores psicosociales en el desarrollo de control.

La teoría de apego de Bowlby, y más recientemente la teoría cognitivo-conductual propuesta por Chorpita y Barlow, sugieren que experiencias tempranas de falta de control crean una vulnerabilidad psicológica que predispone a la persona hacia experimentar estados crónicos de afecto negativo y psicopatología (Barlow, 2000; Bowlby, 1969, 1973; Chorpita, 2001; Chorpita y Barlow, 1998; Han, Weisz y Weiss, 2001). La calidad de la relación del niño con sus figuras de apego es crucial en el desarrollo de la percepción de control (Chorpita y Barlow, 1998; Thompson, 1998). Dada la alta indefensión del niño en los primeros años de su vida, casi la única

manera de tener algún grado de control sobre el ambiente es a través de las personas que le cuidan. Así, a través del proceso de apego el niño puede aprender a tener sentido de control y predicción. Específicamente, el niño aprende hasta qué punto la respuesta del adulto-figura de apego es controlada por su conducta. Por ejemplo, cuando el niño experimenta consistentemente resultados reforzantes que dependen de su comportamiento desarrolla un estilo de apego seguro. Así el niño aprende que puede influenciar a sus padres para satisfacer sus necesidades o deseos y que sus comportamientos tienen un efecto predecible en los otros (Thompson, 1998). En consecuencia, el apego seguro está asociado con alta auto-eficacia, locus de control interno, optimismo, alta auto-estima y confianza en otros. Por el contrario, cuando los padres son repetidamente inaccesibles, insensibles o inconsistentes para satisfacer las necesidades físicas y psicológicas del niño, éste desarrolla estilos de apego inseguro y aprende a percibir los eventos como fuera de su control y predictibildad. Tanto Bowlby como Chorpita y Barlow proponen que los efectos de las relaciones de apego tempranas tienden a mantenerse a lo largo de la vida. Existe amplia evidencia empírica que soporta estas proposiciones (p. ej, Davis y Phares, 1969; Skinner, 1986).

La percepción de falta de control en el niño tambien surge de un estilo parental caracterizado por ser invasivo, sobreprotector y dominante (Biocca, 1985; Chorpita y Barlow, 1998; Shear, 1991; Riskind, Williams, Altman et al, 2004). Por otra parte, los padres que promueven el apego seguro típicamente ofrecen a sus hijos las oportunidades para ejercer control sobre su ambiente y desarrollar abilidades nuevas para afrontar las demandas ambientales (Chorpita y Barlow, 1998). Esta hipótesis también está basada en un amplio número de estudios (p. ej, Carton y Nowicki, 1994; Chandler, Wolf, Cook, y Dugovics, 1980; Gordon, Nowicki, y Wichern, 1981; Nolen-Hoeksema, Wolfson, Mumme y Guskin, 1995). Por ejemplo, Dumas, LaFreniere y Serketich, (1995) realizaron un estudio sobre la naturaleza de las interacciones madre-hijo(a) en una muestra de 126 niños pre-escolares clasificados como socialmente competentes, agresivos o ansiosos. A los niños se les pidió realizar una tarea mientras las madres observaban el proceso. Las interacciones madre-hijo durante la realización de la tarea fueron video grabadas y evaluadas en términos del uso de intentos de manipulación positiva (risa, afecto, asistencia) o manipulación negativa (críticas destructivas, desaprobación, sarcasmo). Se encontró que, comparado con las madres de los niños agresivos y socialmente competentes, las madres de los niños ansiosos usaron más intentos de manipulación negativa, y menos propensas a aceptar o estimular los esfuerzos del niño para alcanzar un control de la situación.

A los estilos de interacción padres-hijo(a) como factores que influencia el desarrollo de la percepción de control propuestos por Chorpita y Barlow, se puede agregar el modelamiento por parte de los padres hacia los hijos. Específicamente, las actitudes y conductas para resolver problemas que los padres modelan para sus hijos representa otra manera como los niños aprenden a percibir diferentes grados y tipos de control. El incremento en la capacidad para resolver problemas contribuye al desarrollo de control real y percibido, así como al desarrollo del bienestar en general (D'Zurilla y Nezu, 1999).

En resumen, modelo presentado por Chorpita y Barlow (Chorpita, 2001; Chorpita y Barlow 1998) considera tres proposiciones básicas: (1) un estilo parental caracterizado por ser cariñoso, sensible y consistente, pero mientras que al mismo tiempo se fomenta la autonomía del niño, es el ideal para desarrollar una adecuada percepción de control; (2) con el tiempo, la experiencia de control llega a formar parte de una percepción de control generalizada y estable que se manifiesta a través de rasgos como locus de control interno, optimismo, auto-eficacia y estilo de apego seguro; (3) una baja percepción de control en el niño actúa como una vulnerabilidad que media entre la exposición a eventos estresores y la

psicopatología. Al contrario, una adecuada percepción de control actúa como un factor protector contra la psicopatología.

Control, Salud y Enfermedad

En general, los resultados de numerosos estudios indican que un bajo control percibido, no solo afecta negativamente la recuperación de enfermedades, sino que predispone a la aparición de las mismas. En las investigaciones realizadas en pacientes con cáncer se ha encontrado que la experiencia de bajo control percibido sobre la enfermedad es un predictor significativo de la primera reaparición de la enfermedad y la muerte como consecuencia de la misma (Andersen, Kiecolt-Glaser, & Glaser, 1994; Antonini & Goodkin, 1988; DiClemente & Temoshok, 1985; Jensen, 1987; Watson, Greer, Rowden et al., 1991). Una relación similar se ha observado entre control y enfermedades cardiovasculares. Específicamente, una percepción de bajo control, un locus de control externo y pobre disciplina están asociados a una mayor reactividad cardiovascular y a un mayor riesgo de enfermed cardiovascular (Bugental, Blue, Cortez, et al., 1993; Karasek, Therorell, Scwartz, et al., 1982; Schnall, Allred, Morrison & Carlson, 1990). La percepción de control también puede contribuir a la salud de forma indirecta. Por ejemplo, se ha observado que el control percibido está asociado a una mayor adopción de conductas saludables en pacientes con enfermedad coronaria del corazón (p. ej. Echtel, van Elderen, y van der Kamp, 2003; Shepperd, Maroto, y Pbert, 1996).

El impacto del control percibido también se ha estudiado en pacientes con enfermedades crónicas tales como artritis reumatoide, diabetes, dolor crónico, SIDA, Parkinson's, etc. Se ha encontrado que la percepción de control que el paciente tiene sobre su enfermedad afecta como éste maneja la misma. Típicamente, los pacientes con enfermedades crónicas carecen de control sobre la mayoría de los síntomas. Sin embargo, hay aspectos asociados a la enfermedad que pueden estar bajo el control del paciente y ello puede mejor su adaptación. Por ejemplo, el programa para pacientes artríticos conducido en el Centro de Artritis de Stanford enfatiza el auto-manejo de las enfermedades a través de educación, relajación y nutrición. Se ha encontrado que los pacientes que mejoraron en su enfermedad (p. ej. reducción del dolor, número de visitas al médico) fueron aquellos con mejores expectativas y mayor ganancia de auto-eficacia sobre conductas relacionadas con la artritis (Lorig & Fries, 1990).

Control, vejez y salud

Las limitaciones físicas y psicológicas asociadas a la vejez generan una disminución del control real y percibido de la persona. Dicha perdida constituyen en sí-misma estresores crónicos que deben ser afrontados adecuadamente. En el conocido estudio realizado por Rodin y Langer (1977), los residentes de un ancianato a quienes se les dio control sobre ciertos aspectos de su ambiente (p. ej. horario y tipo de comida, horario y tipo de película) vivieron más tiempo que otros residentes del mismo lugar, pero que no tenían control sobre esos aspectos de su entorno. En un estudio longitudinal de 7 años conducido por Mossey y Shapiro (1982) en 3128 personas mayores de 65 años, se examinó la correlación entre indicadores subjetivos y objetivos de salud y la mortalidad. Específicamente, se evaluaron la

auto-percepción de salud ("Dada su edad, ¿Usted diría que su salud es excelente, buena, regular, pobre o mala?), así como indicadores objetivos de su salud (reportes médicos de la condición de la salud, frecuencia de problemas de salud que requirieron hospitalización y/o cirugía). Los resultados revelaron que la percepción de los participantes sobre su salud fue un predictor de mortalidad más preciso que las medidas objetivas aportadas por los médicos. Por ejemplo, los participantes que describieron su salud como pobre o mala, a pesar de que sus medidas objetivas, indicaban una salud buena o excelente (es decir, participantes pesimistas) mostraron significativamente mayor riesgo de morir que los participantes como buena percepción de salud a pesar de tener indicadores objetivos de que salud era pobre o mala (participantes optimistas). Alexander, Langer, Newman, Chandler y Davies (1989), también estudiaron la relación control-mortalidad en ancianos. Específicamente, ellos compararon la mortalidad en dos grupos de residentes en un ancianato. A un grupo de ancianos se les enseñó técnicas de auto-control (relajación, dos formas de meditación), mientras que al segundo grupo no se les impartió entrenamiento. Se encontró que el grupo con mayor auto-control vivió más tiempo que los ancianos del grupo al que no se educó en técnicas de auto-control.

Control, bienestar y psicopatología

Bienestar . Dentro del modelo cognitivo-conductual es ampliamente aceptado que la experiencia de control es una de las variables mas críticas en el bienestar o psicopatología de las personas (Alloy, Kelly, Mineka y Clements, 1990; Bandura, 1989; Barlow, 2002; Beck, 1976; Seligman, 1991, Taylor y Brown, 1988). El grado de control que una persona percibe tener sobre los estresores es una de las variables más poderosas para determinar su impacto emocional, fisiológico y conductual. Bienestar psicológico está asociado con sentirse con suficiente control de nuestro ambiente interno (cogniciones, emociones, conductas y fisiología), así como del ambiente externo (interpersonal, material, político, económico, etc). En general, las poblaciones "normales" o "no clínicas" reportan sentir mayor control en sus vidas que las poblaciones clínicas, aun cuando en algunas circunstancias dicha percepción sea una ilusión. Por ejemplo, las personas normales tienden a ser más optimistas acerca de su capacidad para lograr control y tienden a sobreestimar su control comparado con lo que realmente son capaces (Lewinsohn, Mischel, Chaplin, y Barton, 1980; Seligman, 1991; Taylor y Brown, 1988). También tienden a sobreestimar su invulnerabilidad y a subestimar sus riesgos (p. ej.,, Weinstein, 1984, 1993), así como a percibir su auto eficacia generalizada significativamente mayor que la auto-eficacia percibida en personas con desórdenes de ansiedad (p. ej.,, Bandura, 1988; Salas-Auvert, 2002). En general, las personas "normales" tienden a explicar experiencias en las que fallaron en sus intentos de lograr control de una manera que protege su percepción de control interno. Esto lo logran a través de atribuirle los resultados negativos de sus acciones a causas situacionales y pasajeras o la condición humana más que a causas internas y permanentes (Peterson y Seligman, 1987; Seligman, 1991).

Los estudios han encontrado que el control percibido (p ej.., optimismo, auto-eficacia) está asociado con mayor satisfacción en la vida (Chang, Maydeu-Olivares, y D'Zurilla, 1997; Scheier y Carver, 1993; Seligman, 1991), mejor estado de ánimo (Marshall, Wortman, Kusulas, Hervig, y Vickers, 1992), mayor auto-estima (Scheir, Carver y Bridges, 1994) y mejor ajuste psicológico en adultos (Chang, 2002; Scheirer y Carver, 1992; Scheirer, Carver y Bridges, 2001). El control percibido afecta el bienestar interno no solo directamente, sino indirectamente, a través de la forma como las personas afrontan los eventos en sus vidas. Así, la forma como la persona afronta sus problemas puede conducir bien sea a una disminución o magnificación de la respuesta de estrés específicamente, una alta capacidad percibida para resolver problemas está asociada a una reducción en la respuesta de

diestrés ante la exposición a una adversidad. Por ejemplo, en un estudio realizado por Nezu y Ronan (1985) se encontró que, enfrentando similares niveles de estrés elevados, la personas con baja capacidad para resolver problemas experimentaron niveles de depresión significativamente más elevados que los participantes con alta capacidad para resolver problemas.

El control percibido también tiene impacto en las conductas de logro Los resultados de numerosas investigaciones han indicado que las personas con locus control interno como rasgo demuestran mas iniciativa para mejorar sus condiciones ambientales, resisten más efectivamente ante las adversidades, están más interesadasn en obtener información nueva que pueda ser útil para su conducta futura, y atribuyen mayor valor a los refuerzos provenientes de sus habilidades (Rotter, 1966; Lefcourt, 1976). Por ello, las personas más efectivas para manejar las diversas áreas de sus vidas (p. ej, salud, matrimonio, bienestar personal, desempeño laboral, deportivo, académico) son aquellas que experimentan un fuerte control personal. Ellas asumen sus responsabilidades ya que ven en sus habilidades y esfuerzo la manera de obtener los resultados deseados.

Falta de suficiente control percibido En general, las teorías contemporáneas sobre psicopatología, así como los resultados de un creciente número estudios, indican que el origen y mantenimiento de los problemas emocionales está asociado con sentirse o estar fuera de control (Barlow 2002; Barlow, Chorpita y Turovsky, 1996; Mineka y Zinbarg, 1996). Dicha falta de control percibido puede relacionarse, bien sea a los eventos internos y/o externos, asi como a los eventos negativos y/o positivos en la vida. Se ha encontrado que las personas con locus de control externo, baja auto-eficacia, baja capacidad de resolver problemas y pesimismo afrontan los estresores con mayor vulnerabilidad a sus effectos nocivos (Bandura, 1988; Nezu y Ronan, 1985; Schill, Ramanaiah y Toves, 1982). Las areas clínicas donde se ha conceptualizado la falta de suficiente control percibido como un aspecto central del trastorno son: Desórdenes de ansiedad (p. ej.,, Bandura, 1988; Barlow, 2002; Dattilio y Salas-Auvert 2000; Mineka, 1985), desórdenes asociados al estrés (p. ej.,, Everly y Lating, 2002), desórdenes depresivos (p. ej.,, Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Beck, 1976, 1987; Seligman, 1975), desórdenes de alimentación (p. ej.,, Jeffrey, 1987; King, 1989), alcoholismo y adicciones (p. ej.,, Marlatt, 1983; Nathan, 1986), desórdenes de control de impulsos (p. ej.,, Black, 1998), desórdenes de deficit de atención con y sin hiperactividad (p. ej.,, Barkley, 1998; Murphy, 1995), y desorden de personalidad limítrofe (p. ej.,, Layden, 1997; Linehan, Cochran, y Kehrer, 2001). Por razones de espacio me limitaré a las areas de anxiedad y depresión para ilustrar la relación: falta de control percibido-trastorno.

Trastornos de ansiedad . Seligman (1975) y Barlow (2002) conceptualizan la ansiedad como el resultado de no poder predecir y controlar eventos percibidos como negativos y peligrosos. Dicha falta de control y preditibilidad hace que la persona sienta la necesidad de estar a la defensiva y que experiemente una alta reactividad fisiológica. Esta necesidad de estar en guardia se debe a que la persona no sabe cuando va a afrontar el evento aversivo y ademas se siente insegura de su capacidad para manejarlo efectivamente. Las personas con trastornos de angustia con frencuencia perciben no tener suficiente control sobre sus emociones (p. ej, "Tengo tanto miedo de tener otro ataque de panico), sobre sus cogniciones (p. ej, "No puedo detener estos pensamientos que me cruzan rápidamente por la mente"), sobre su cuerpo/fisiología (p. ej, "Me da miedo no poder tragar"), sobre sus conductas (p. ej, "Lo que mas me asusta es ponerme nervisoso y tartamudear o que no me salgan las palabras cuando me toque hablar en el seminario"), o miedo a no tener suficiente control sobre su ambiente externo (p. ej, "Me preocupa tanto no saber como manejar ese proyecto nuevo."). Los distintos trastornos de angustia frecuentemente involucran la falta de control percibido en todas las areas, pero

algunos trastornos implican unas áreas más que otras. Por ejemplo, las personas con trastorno de pánico experimentan mayormente miedo a perder control de sus emociones, (principalmente ansiedad) o perder control de su cuerpo y enfermarse de algo que amenaze su vida (p. ej.,, Barlow y Cerny, 1988; Clark, 1986; Dattilio y Salas-Auvert, 2000; McNally, 1990); las personas con trastorno obsesivo-compulsivo sienten mayormente miedo a perder control de sus cogniciones, impulsos y conducta (p. ej.,, Rachman y Shafran, 1998; Salkovskis, 1998); la incertidumbre sobre eventos aversivos potenciales es el aspecto central en el trastorno de ansiedad generalizada (p. ej.,, Borkovec, Shadick, y Hopkins, 1991)

Trastornos depresivos **.** La teoría de la depresión desesperanzada formulada por Abramson, Metalsky y Alloy, (1989; 1995) propone que la desesperanza es suficiente causa para generar cierta clase de depresión. Dicha teoría propone tres factores de vulnerabilidad distintos: (1) atribuciones causales estables y globales sobre los eventos negativos; (2) la producción de auto-afirmaciones negativas acerca de sí-mismos; y (3) la tendencia a percibir que los eventos negativos tienen y tendrán muchas consecuencias negativas. De acuerdo a esta teoría, un estilo explicativo caracterizado por atribuciones causales permanentes (p. ej, Nunca podré superar mi baja auto-estima"), generalizadas (p. ej, "Yo no le importo a nadie") e internas (p. ej,"Siempre he sentido que hay algo malo en mí, como que nací con un defecto de fábrica") de los eventos negativos tiende a incrementar el riesgo hacia la depresión cuando la persona enfrenta estresores (Alloy y Clemens, 1992). Con este tipo de atribución, la persona disminuye -sin la intención de hacerlo- el control percibido en las situaciones de adversidad. Un efecto similar se observa cuando la persona se explica a sí-misma los eventos positivos como causados por algo externo (p. ej, "Eso fuere pura suerte"), temporal (p. ej, "Gané la competencia de hoy, pero no se que pasará con las que vienen") y específico de la situación (p. ej, "En este caso, las cosas salieron bien"). Los estudios indican que el surgimiento de síntomas depresivos como consecuencia de la exposición a estresores es magnificado cuando la persona tiene un estilo explicativo pesimista (p. ej.,, Abramson et al., 1989; Chang, 2002; Metalsky, Halberstadt, y Abramson, 1987). Con esta forma de procesar la información, las personas con estilos explicativos persimistas son propensos a sobre generalizar y a ver tendencias negativas a partir de adversidades específicas a una situación. Encadenan un evento negativo con otros, bien sea pasados y presentes y usan esa percepción para predecir un futuro pesimista (Riskind, 1997; Riskind, Long, William y White, 2000). Dicha tendencia les predispone a percibir una pérdida de control y con ello experimentan desesperanza e indefensión. Dada la predisposición del individuo vulnerable de buscar indicadores de pérdida de reforzadores y de indefensión ante las situaciones difíciles, ellos están propensos a abandonar una tarea prematuramente después de encontrar adversidades e interpretarlas como señales de las catástrofes y desesperanza anticipadas. Al interrumpir las tareas, sin darse cuenta el individuo vulnerable está confirmando -sin la intención consciente de hacerlo- su visión negativa de si mismo, otras personas y/o del mundo.

La teoría de auto-control de Rehm (1977) es compatible con la teoría de la desesperanza y sugiere que la depresión resulta de déficit en el proceso de auto-monitoreo (p. ej.,, atender a los eventos negativos e ignorar los positivos), auto-evaluación (p. ej.,, disponer de estándares exageradamente altos para evaluar el comportamiento; errores atribucionales que contribuyen con la auto-evaluación negativa) y auto-reforzamiento (p. ej.,, mayor frecuencia de auto-castigos que de auto-reforzamientos). Entre otras consecuencias, estas formas de procesar la información resultan en déficit de control percibido.

Excesiva necesidad de control. Un problema asociado a la baja percepción de control es la necesidad excesiva de control. El temor a la perdida de control es un miedo común, aun en personas sin trastornos clínicos evidentes. Sin embargo, en algunas personas este miedo puede llegar a ser muy intenso. A mayor miedo a perder control, mayor es necesidad consciente de sentirse control. Una necesidad exagerada de control puede generar una variedad de problemas para la persona. En algunas personas, el temor es principalmente a perder el control interno, bien sea de sus emociones e impulsos, cogniciones, conductas o respuestas fisiológicas. Por ejemplo, una proporción significativa de las personas con trastorno obsesivo-compulsivo experimentan cogniciones, y/o impulsos que no desean tener y que les generan un intenso miedo de perder el control. Como consecuencia, ellos se auto-imponen el tratar de tener un control consciente, total y permanente del comportamiento temido. Así, se mantienen hipervigilantes, observándose constantemente con la intensión de bloquear o evitar las conductas en cuestiona y evitar con ello las catástrofes anticipadas. como por ejemplo, golpear o matar a alguien, gritar en un lugar público, abusar sexualmente a alguien (Rachman, 2003). Esta necesidad exagerada de auto control tiende a generar efectos negativos importantes en diferentes áreas de la vida del paciente. Por ejemplo, la búsqueda exagerada de control cognitivo puede crear una sobrecarga de información. Ello, a su vez, tiende a causar una disminución en la capacidad de prestar atención y a reducir la velocidad en el procesamiento de la información. Los casos más graves ocurren en personas con trastorno obsesivo-compulsivo en quienes la necesidad de control es tal que paraliza a la persona y ésta no puede funcionar.

En otros casos, el miedo se centra más en perder control sobre el ambiente externo. Por ejemplo, a un individuo con excesiva necesidad de control puede asustarle viajar por avión ya que no conoce quien pilotea. Por las mismas razones, una persona puede rehusar una invitación social (p. ej, ir de paseo con un grupo de amigos) porque esa persona no va a manejar al lugar y eso lo hace sentirse sin control. La necesidad excesiva de control también manifestarse en relaciones interpersonales. Así, las personas con alta necesidad de poder buscan sobreproteger, dominar y controlar los destinos de las otras personas (p. ej. hijos, pareja, subordinados, etc.) interfiriendo con ello el crecimiento personal, académico y o profesional de éstas. Finalmente, la necesidad exagerada de control está asociada a una tendencia hacia el dogmatismo el cual provee a la persona con una ilusión de control: el creer que se dispone de visión absolutamente cierta y clara de la realidad.

Exceso de control percibido. Tal y como lo advirtiera Rotter (1966), un locus de control interno excesivo es también disfuncional. Los intentos activos de controlar una situación tienden a ser contraproducentes cuando las demandas de la situación exceden la capacidad de persona de controlarlas. Por ejemplo, los estudios sobre las variables cognitivas en el patrón de compartamiento Tipo A indican que sugieren que las personas con excesivo convencimiento en su capacidad de controlar los eventos (Friedman, 1989; Friedman, Thorensen, Gill, Ulmer, Powell, Price, et al., 1986; Jacob y Chesney, 1981; Seeman, 1991) y el deseo exagerado de ejercer control social y de dominancia sobre las otras personas (Brown y Smith, 1992; Houston, Chesney, Black, Cates, y Hecker, 1992) evidencian mayor reactividad cardiovascular (p. ej,, incrementos en la secreción de adrenalina y sus efectos tales como taquicardia) que personas con niveles normales en estas variables. De igual modo, un paciente con cáncer convencido de su capacidad de vencer la enfermedad, tenderá a interpretar la falta de recuperación como una falla personal

y a sentirse deprimido (Grey y Doan, 1990; Spiegel, 1991). De modo similar no es raro observar en nuestros pacientes deprimidos o angustiados un exagerado sentido de responsabilidad no solo por su propio comportamiento, sino también por el comportamiento de otras personas. Para estos pacientes esa ilusión de control personal es una fuente de frecuentes sentimientos culpa, decepción de sí mismos e ira consigo mismos (Salkovskis, Rachman, Ladouceur y Freeston, 1992).

Además, una auto-confianza y optimismo excesivos pueden a llevar a persona a creer que es invulnerable e inmune a los riesgos (p. ej, accidentes, enfermedades, divorcios, fracasos económicos,). En consecuencia, esta percepción puede llevar a la persona a tomar riesgos innecesarios y no tomar las precauciones razonables. Por ejemplo, el adolescente que maneja con exceso de velocidad sintiéndose seguro de que nada le sucederá, o el alcohólico que ordena una bebida alcohólica porque cree que el/ella será capaz de controlarse cuando quiera.

La excesiva percepción de control también puede generar problemas cuando esa creencia de control es repentinamente desconfigurada por un evento significativo. Por ejemplo, un fuerte accidente automovilístico, una violación sexual o un diagnóstico médico de alguna enfermedad que represente riesgos importantes para la salud (p. ej., cáncer, esclerosis múltiple, sida, etc.) puede generar una reacción traumática en la persona. En estos casos, la persona tiende a pasar al otro extremo y ahora sentirse con una exagerada falta de control percibido.

Renuncia a los intentos de control

Los estudios han revelado que la relación control-estrés no es uniforme en todos los casos y que no todas las personas buscan tener un control activo e instrumental de los estresores.

Control como estresor. No todas las personas perciben tener mas control como algo positivo. Por ejemplo, Averill (1973) reportó que, a pesar de que la mayoría de las personas experimentan menos estrés cuando tienen control sobre los estresores, en aproximadamente veinte por ciento de las personas el efecto es el opuesto: El control sobre el estresor aumenta su nivel de estrés. Existen diversas razones por las que la persona puede percibir el control sobre un proceso-resultado como un estresor: (a) No desear tener la responsabilidad sobre el logro del resultado; (b) Tener un alto locus de control externo y baja auto-eficacia; c) Tener una baja expectativa de lograr en resultado esperado (pesimismo) y miedo al fracaso. Debido a una variedad de razones, abundan ejemplos de personas que son apáticas a lo que les rodea, que se sienten alejados o que son irresponsables. Quizás una de las máximas expresiones de esta baja motivación por tener control son las personas con desorden de personalidad dependiente quienes voluntariamente prefieren que otros controlen sus vidas

Control sin control. Algunas veces los intentos deliberados de control sobre nuestras experiencias pueden ser contraproducentes, aumentando el efecto que se desea eliminar. Por ejemplo, el intento de control exagerado sobre un pensamiento, una emoción o una sensación física tiende a aumentar la frecuencia con la que la persona experimenta lo que quiere evitar (p ej. "este dolor en el pecho", "estas imágenes de matar a alguien", "esta angustia"). En estos casos, la estrategia apropiada es la aceptación, la cual implica tomar lo que se nos ofrece y estar dispuesto a manejar la experiencia que tenemos. Fiske y Taylor (1984) denominan este tipo de control como secundario porque en lugar de tratar de cambiar activamente el ambiente (control primario), la persona se acomoda a las fuerzas ambientales (internas o externas) y las acepta.

Control y terapia cognitiva-conductual

Una de las metas más importantes de la terapia cognitivo-conductual es facilitar en los pacientes la comprensión de los determinantes psicosociales que afectan y moldean sus vidas y ayudarles a desarrollar mas control sobre esas fuerzas (p. ej. Bandura, 1989; Barlow, 2002; Beck, 1976; D'Zurilla y Nezu, 1999; Hollon y DeRubeis, 2004). En consecuencia, las intervenciones psicologicas buscan indentificar y modificar en el paciente los factores que interfieren con el desarrollo de mayor control (real y/o percibido) en sus vidas. Específicamente, la modificación de un inadecuado control percibido (exceso o defecto) y de un defectuoso control real son dos de los mecanismos de accion atraves de los cuales opera la terapia-cognitiva-conductual para producir resultados.

Las personas pueden presentar problemas similares por diferentes razones o pueden expresar un problema similar de un modo distinto. Así, las metas en la terapia cognitivo-conductual se logran con una combinación de enfoques y técnicas que se ajustan al problema y caso individual. En esta sección me limitaré a discutir exclusivamente aspectos de la conceptualización de casos y de su tratamiento asociados al constructo de control.

Estrategias de Intervención

Los dos estrategias de intervención cognitivo-conductuales dirigidas a facilitar en la persona un mayor control real y/o percibido y con ello reducir el diestrés físico y/o psicológico son: (1) Desarrollar y aplicar acciones instrumentales distintas a las que la persona suele utilizar para manejar los estresores en cuestión; (2) Aprender a percibir los estresores así como la capacidad y motivación para manejarlos de manera distinta a la forma usual como la persona suele hacerlo. Los cambios en esta área pueden incluyen aprender a aceptar la falta de control real (parcial o total) sobre un estresor, así como aprender a no intentar tomar acciones instrumentales directas dirigidas a aumentar el control sobre el estresor.

Tres tipos de respuestas pueden ser manipuladas a voluntad para aprender nuevas destrezas o una nueva perspectiva sobre una situación: respuestas conductuales, cognitivas y fisiológicas. Además, la manipulación de estos tres tipos de respuesta permite el control indirecto de las respuestas emocionales. Los cambios en estas áreas conductuales con frecuencia ocurren simultáneamente. El desarrollo u optimización del control real y percibido es parte de un proceso que ocurre a largo de la terapia psicológica.

Los cambios psicológicos en la terapia psicológica tienen lugar a través de intervenciones que modifican la las variables mediadoras y moderadoras relevantes al problema en cuestión. Por ello es útil para el terapeuta evaluar los cambios en el control real y/o percibido del paciente durante el proceso de la terapia mas que solamente al principio o al final de la misma. Disponer de una información mas precisa le permite al terapeuta hacer los correctivos necesarios lo antes posible para facilitar o acelerar el tratamiento.

Tipos de problemas asociados al control y tratamiento

En líneas generales existen cuatro tipos de problemas asociados a control: una falta de suficiente control real, una falta de suficiente control percibido; un exceso de control percibido y un exceso de necesidad de control. Un desorden psicológico puede ser lo suficientemente complejo para involucrar todos los tipos problemas de control. Así, dependiendo de la conceptualización de cada caso, las estrategias y técnicas de intervención serán diferentes.

(1) Bajo control real. El trastorno psicológico por el que consulta el paciente puede estar asociado a un bajo control real susceptible de ser mejorado. En estos casos la labor terapéutica consiste en ayudar al paciente a aumentar su control real. Para ello, el terapeuta debe ayudar al mismo a desarrollar u optimizar la ejecución de destrezas motoras, cognitivas, verbales o fisiológicas relevantes para influenciar el evento en cuestión y lograr el resultado deseado. Por ejemplo, enseñar al paciente a relajarse, a resolver problemas, a tomar decisiones, a hablar asertivamente, a manejar su atención de manera mas productiva, a regular la temperatura de sus manos a través de biorretroalimentación, a meditar, etc. Este grupo de intervenciones está basado en el llamado modelo de maestría (Wolpe, 1969) o afrontamiento focalizado en la solución instrumental de problemas (Lazarus, 1981; D'Zurilla y Nezu, 1999). Dicho modelo implica buscar activamente modificar la capacidad de respuesta real del paciente para modificar el evento negativo. Ejemplos de técnicas comunes son: juego de roles, modelaje participativo, entrenamiento en relajación, exposición y ensayo conductual, bioretroalimentación.

(2) Bajo control percibido. Cuando el problema está asociado a un bajo control percibido, las intervenciones psicológicas buscan identificar y modificar en el paciente los factores que interfieren con el desarrollo de mayor control percibido en sus vidas. Para aumentar el control percibido, el terapeuta ayuda a que paciente disponga de información nueva que le ayude a comprender y predecir mejor el estresor, aprender a usar la información disponible de manera distinta y con ello percibir una situación desde un nuevo ángulo que permite tomar diferentes cursos de acción o pasividad con respecto a la misma. En la práctica clínica, es crucial que el terapeuta preste atención a la presencia, ganancia o pérdida de control en sus pacientes, a su impacto en la vida de los mismos y diseñe estrategias de como restaurar en control u optimizarlo. Existen una variedad de técnicas de intervención para facilitar el desarrollo del control percibido o para ayudar a persona a restaurarlo de nuevo: entrenamiento en el manejo de atención, auto-instrucción, psico-educación y reestructuración cognoscitiva. Por ejemplo, una de las intervenciones típicas en los protocolos de tratamiento dentro del enfoque cognitivo conductual es educar al paciente acerca de la naturaleza y tratamiento del desorden psicológico por el que consultan. Así, el paciente gana control a través de una información que le permite comprender su problema y predecir mejor lo que sucederá. Describir cada una de estas técnicas va mas allá de la intención de este capítulo; para ello el lector puede referirse Robert Leahy (2003) y Judith Beck (1995), quienes presentan dos revisiones excelentes de como implementar estas técnicas.

(3) Exceso de control percibido . Las personas con exceso de control percibido normalmente no buscan ayuda psicológica o psiquiátrica porque no creen tener problemas, o no ven la conexión entre sus creencias de excesivo control y sus problemas. Generalmente, estas personas reciben asistencia psicológica cuando alguien (p. ej padres, pareja) o algo (p. ej orden de la corte, orden de su trabajo) los fuerza a buscar ayuda. Para ellos, su percepción es de suficiente control, no de un exceso de control percibido. En estos casos, es muy importante que el terapeuta evalué actitud de cambio del paciente. De acuerdo al modelo revisado de las etapas

del cambio psicológico propuesto por Freeman y Dolan (2001), estas personas típicamente se encuentran en la etapa "no-contemplativa". En esa etapa la persona no piensa acerca de la necesidad de cambiar. Mas aún, cuando esas personas son forzadas a ir a un profesional de la salud mental con la intención de que cambien su comportamiento, con frecuencia ellas pasan a una etapa "anti-contemplativa", la cual se caracteriza por una oposición al cambio (Freeman y Dolan, 2001). En estas etapa iniciales del proceso de cambio, el énfasis debe ser motivar al paciente a reconocer su problema y la necesidad de cambio (etapa precontemplativa y contemplativa; Prochaska y DiClemente, 1982). Para ello el terapeuta debe crear un ambiente seguro que facilite la exploración psicológica. La educación, el entrenamiento en auto-observación, reflejo de sentimientos y comentarios empáticos, el cuestionamiento socrático son algunas de las técnicas mas frecuentemente utilizadas para bajar la defensividad del paciente y fomentar su consciencia del problema. Este enfoque, por ejemplo, se ha utilizado para fomentar la prevención de enfermedades de transmisión sexual en poblaciones de alto riesgo (Coury-Doniger, Levenkron, McGrath, Knox y Urban, 2000). Otro ejemplo lo constituye la "entrevista motivacional" elaborada por Sobell y Sobell (2003). Estos investigadores formularon un protocolo para ayudar a personas que abusan de alcohol, pero no reconocen el abuso. La "entrevista motivacional" consiste de un cuestionamiento no confrontativo donde se habla con la persona de manera que busca evitar crear resistencia y fomentar un ambiente seguro. El objetivo de la misma es ayudarle a la persona a darse cuenta de su problema de abuso de alcohol.

(4) Excesiva necesidad de control . Muchas veces el conflicto o dificultad que la persona enfrenta no esta bajo su capacidad de control activo. De modo que, otra forma de sentirse en control es a través de la aceptación de la situación y de uno mismo. La aceptación puede ser una meta a lograr en el tratamiento. Recientemente, la teoría psicológica ha reconocido la importancia de la aceptación como un modo de sentirse en control. Este enfoque puede verse como complementario a las intervenciones dirigidas a desarrollar mayor control activo (Carver, Scheier, y Weintraub, 1989; Gray y Doan, 1990; Linehan, 1993). La aceptación involucra paciencia, resignación, confianza y estar dispuesto a manejar la realidad tal y como se nos presenta. Esta actitud debe diferenciarse de la evitación, en la que la persona no está dispuesta a afrontar la realidad potencial o real que le preocupa y para ello niega la realidad, se distrae, y la evade.

El enfoque conocido como Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) propuesta por Hayes y colaboradores (p. ej., Hayes, 2004; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) señala que aceptar es más que tolerar, es adoptar una actitud de no enjuiciar de nuestras experiencias. Para la TAC, en algunos casos la necesidad exagerada y el intento rígido de buscar el control activo y directo de la realidad es lo que mantiene el problema (Hayes, 2004). Una forma de meditación denominada en inglés *"mindfulness"* es una técnica cada vez más usada en combinación con intervenciones cognitivo-conductuales tradicionales para reducir la necesidad exagerada de control (p. ej. Segal, Williams & Teasdale, 2002; Hayes, 2004; Roemer y Orsillo, 2002). En esta forma de meditación la atención se focaliza en el cuerpo, típicamente la respiración, y si la atención se desvía a otras experiencias (p. ej, ideas, recuerdos, emociones), la persona se limita a reconocer el evento mental y a re-focalizar la atención en su respiración. Se diferencia de la relajación en que este tipo de meditación no busca relajar el cuerpo sino estar abierto a la experiencia sin juzgarla y sin controlarla.

Conclusiones

La exposición a eventos estresores en la vida es un predictor de enfermedades y psicopatología, sin embargo muchas personas demuestran una resistencia

significativa a los efectos negativos de dicha exposición. Las diferencias individuales en variables temperamentales y psicológicas explican parcialmente esas diferencias. En las teorías psicológicas, el constructo de control percibido es una de las variables mediadoras claves en la relación entre la exposición a eventos en la vida y el impacto de los mismos.

El bienestar biopsicosocial de las personas es en buena medida determinado por cómo éstas buscan ganar y mantener control sobre sus vidas. En general, sentirse en control es atractivo para las personas. La gente prefiere verse a sí-misma como el origen de su conducta y en control de la misma. Por ello, sentirse en control esta relacionado con sentirse seguro, con buena auto-estima, motivación al logro, proactividad y bajo diestrés. Al contrario, no poseer control, estar bajo en control de otras personas o de algo (p. ej. enfermedad, alcohol, institución, gobierno,) es generalmente percibido como algo negativo La pérdida de control cuando las personas enfrentan un estresor tienden a generar disestrés emocional, a producir una mayor reactividad fisiológica y a provocar un desempeño más pobre en la ejecución de tareas y. Una de las tareas centrales de la práctica psicológica consiste en ayudar a las personas, individual o colectivamente, a aumentar su control sobre la realidad. Muchos estudios han utilizado intervenciones basadas en desarrollar u optimizar control para afrontar estresores de corta o larga duración. En general, los resultados indican que este tipo de intervenciones son exitosos par aumentar el control real y percibido, y mejorar la calidad de vida de las personas. Sin embargo, los efectos de buscar control y percibir control no son siempre adecuados. Cuando la percepción de control es exagerada, la persona tiende a comportarse de manera inapropiada (p. ej, tomar riesgos exagerados como por ejemplo manejar a exceso de velocidad, abuso de drogas, adiciona al juegos de azar). Igualmente, es inadecuada la excesiva necesidad de control cuando el evento en cuestión no es controlable o totalmente controlable. Por ello, también son metas terapéuticas críticas el enseñar al paciente a identificar cuando su necesidad de control o su percepción de control es excesiva y potencialmente destructiva. Así como ayudarle a desarrollar aceptación y disminuir su necesidad exagerada de control o más responsabilidad y disminuir su ilusión de control.

En resumen, a pesar de que en algunas circunstancias, la exagerada percepción o necesidad de control es contraproducente para la adaptación y crecimiento psicológico, la aceptación general es que, al menos en grado moderado, el control percibido y control real son beneficios para las personas y un recurso valioso para enfrentar las dificultades en la vida. Por ello, las personas, grupos y naciones buscan sentirse dueñas de sus destinos y no víctimas de las circunstancias. Las personas y los pueblos con control son las que moldean y transforman las circunstancias, los que construyen un futuro mejor. Por ello, con objetivos preventivos y remediables, los profesionales de la salud mental debemos promover el desarrollo y optimización de un control moderado y flexible como nutriente del crecimiento psicológico y bienestar biopsicosocial individual y colectivo.

Referencias

Abramson, L.Y., Alloy, L.B., & Metalsky, G.I.. (1995). Hopelessnes depression. In G.M.

Buchanan & M.E.P. Seligman (eds.), Explanatory Style, pp. 113-134, Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., y Alloy, L.B. (1989). Hopeless theory of depression: A theory- based subtype of depression. Psychological Review, 96 , 358-372.

Alexander, C.N., Langer, E.J., Newman, R.J., Chandler, H.M., & Davies, J.L. (1989).

*T*ranscendental meditation, mindfulness and longevity. Journal of Personality and Social Psychology, 57 , 950-964.

Alloy, L.B. & Clemens, C.M. (1992). Illusion of control: Invulnerability to negative affect and depressive symptoms after laboratory and natural stressors. Journal of Abnormal Psychology, 101(2) , 234-245.

Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Raniere, D., y Dyller, 1I.M. (1999). Research methods in psychopathology. In P.C. Kendall, J.N. Butcher, G.N., y Holmbeck (Eds.), Research methods in clinical psychology. 2nd. Ed. , New York: Wiley & Sons.

Alloy, L.B., Kelly, K.A., Mineka, S., y Clements, C.M. (1990). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. In J.D. Maser & C.R.

Cloninger (Eds.), Comorbidity of mood and anxiety disorders (pp. 499-543). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Anderson, B.L., Kiecolt-Glaser, K. K., & Glaser R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. American Psyshologist, 49 , 389-404.

Antoni, M., &Goodkin, K. (1988) Host moderator variables in the promotion of cervial neoplasis: 1. Personality facets. Journal of Psychosomatic Research 32 , 327-338

Averill, J.R.(1973) Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. Psychological Bulletin, 80 , 286-303

Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215

Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. Anxiety Research, 1 , 77-98.

Bandura, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. British Psychological Society, 10 , 411-424.

Bandura, A. (1989b). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. British Psychological Society, 10, 411-424.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control . New York: Freeman.

Barkley, R. (1998). Primaty symptoms, diagnostic criteria, prevalence, and gender differences. In R. Barkley (Ed.), Attention deficit hyperactivity disorder, 2 nd . Ed., pp. 56-96. New York: Guilford.

Barlow, D.H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of the emotion theory. American Psychologist, 55 , 1245-1263.

Barlow, D.H. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. (2 nd ed.),. New York: Guilf*ord Press.*

Barlow, D.H. & Cerny, J.A. (1988). Psychological treatment of panic: Treatment manual for practitioners . New York: Guilford.

Barlow, D.H., Chorpita, B.F., & Turovsky, J. (1996). Fear, panic, anxiety, and the disorders of emotion. In D.A. Hope (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation: Perspectives on

Anxiety, panic and fear (Vol. 43, pp. 251-328). Lincoln: University of Nebraska Press.

Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International Universities Press.

Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. Journal of Cognitive Psychotherapy, 1, 5-37.

Beck, J.S. (1995). Cognitive therapy. Basics and beyond . New York: Guilford.

Bergin, A.E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. American Psychologist, 46, 394-403

Biocca, L.J. (1985). The relationship among locus of control, perceived parenting, and sex-role attributes in adolescense. Dissertation Abstracts International, 47 , 2193B.

Black, D.W. (1998). Recognition and treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders. In R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman., & M.A. Richter (Eds.), Obsessive- compulsive disorder . New York: Guilford.

Borkovec, T., Shadick, R.N., y Hopkins, M., (1991). The nature of normal ans pathological

worry. In R.M.. Rapee & D.H. Barlow (Eds.), Chronic anxiety. New York: Guilford.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol. 1. Attachment . New York Basic Books.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Vol. 2. Separation, anxiety and anger . New York Basic Books.

Brehm, S., y Brehm, J. (1981). Psychological reactance: A theory of freedom and control . New York Academic Press.

Brown, P.C. & Smith, T.W. (1992). Social influences, marriage, and the heart: Carodiovascular consequences of inter personal control in husbands and wives. Health Psychology, 11, 88-96

Bugental, D.B., Blue, J., Cortez, V., Fleck, K., Kopeikin, H., Lewis, J.C., & Lyon, J. (1993). Social cognitions as organizers of autonomic and affective responses to social challenge. Journal or Personality and Social Psychology, 64, 94-103

Carton, J.S., y Nowicki, S. (1994). Antecedents of individual differences in locus of control of reinforcement: A critical review. Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 120 , 31-38.

Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1981). Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior. New York: Springwe-Verlag

Carver, C.S. , Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assesing coping strategies: A theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology, 56, 267-283

Chandler, T.A., Wolf, F.M., Cook, B., y Dugovics, D.A. (1980). Parental correlates of locus of control in fifth grades: An attempt at experimentation in the home. Merril-Palmer Quaterly, 26 , 183-195.

Chang, E. (2002). Optimism-pessimism and stress appraisal: Testing a cognitive interactive model of psychological adjustment in adults. Cognitive Therapy and Research, 26, 675- 690.

Chang, E.C., Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T.J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relations to positive and negative affectivity and

psychological well-being. Personality and Individual Differences, 23 , 433-440.

Chorpita, B.F. (2001). Control and the development of negative emotions. In M.W. Vasey & M.R. Dadds (Eds.), The development of psychpathology and anxiety (pp. 112-142). New York: Oxford University Press.

Chorpita, B.F., y Barlow, D.H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. Psychological Bulletin, 117 , 3-19.

Cark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. Behaviour Research and Therapy, 24 , 461- 470.

Coury-Doniger, P.A., Levenkron, J.C., McGrath, P.L., Knox, K.L. & Urban, M.A. (2000). From theory to practice: Use of stage of change to develop an STD/HIV behavioral intervention. Cognitive and Behavioral Practice, 7 , 395-406.

Davis, E.L. y Phares, E.J. (1969). Parental antecedents of internal-external control of reinforcement. Psychological Reports, 24 , 427-436.

Di Clementee, R.J. & Temoshok, L. (1985). Psychological adjustments to having cutaneous malignant melanoma as a predictor of follow-up clinical status. Psychosomatic Medicine, 47 , 81.

Druckman, D. & Swets, J.A. (Eds). (1988). Enhancing human performance: Theories, issues, techniques. Washington, DC. National Academy Press.

Dumas, J.E., LaFreniere, P.J., y Serketich, W.J., (1995). "Balance of power": A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. Journal of Abnormal Psychology, 104 , 104-113.

D'Zurilla, T.J., & Nezu, A.M. (1999). Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention (2 nd . Ed.). New York: Springer.

Echtel, M.A., van Elderen, T., & van der Kamp, L.J.T. (2003). Modeling predictors of quality of life after coronary angioplasty. Annals of Behavioral Medicine, 26 , 49-60.

Evans, G.E., Shapiro, D.H., & Lewis M. (1993). Specifying disfunctional mismatches between different control dimensions. British Journal of Psychology, 84, 255-273

Everly, G.S. & Lating, J.M. (2002). A clinical guide to the treatment of the human stress response . New York: Kluwer/Plenum.

Fiske, S. y Taylor, S. (1984) Social cognition . Menlo park, California: Addison-Wesley.

Freeman, A., & Dolan, M. (2001). Revisiting Prochaska y DiClemente's stages of change theory: Expansion and specification to aid in treatment planning and outcome evaluation. Cognitive and Behavioral Practice, 8 , 224-243.

Friedman, M. (1989). Type A behavior: Its diagnosis, cardiovascular relation and effect of its modification on recurrence of coronary artery disease. The American Journal of cardiology, 64, 12c-19c.

Friedman, M., Thoresen, C.E., Gill, J.J., Ulmer, D., Powell, L.H., Price, V.A., Brown, B., Thompson, L., Rebin, D.D., Breall, W.S., Bourg, E., Levy, R., & Dixon, T. (1986). Alternation of Type A behavior and its effect cardiac recurrences in post myocaridal infarction patients: Summary results of the Recurrent Corony Prevention Project. American Heart Journal, 112, 653-665

Gordon, D.A., Nowicki, S., y Wichern, F. (1981). Observed maternal and child behaviors in a dependency-producing task as a function of children's locos of control orientation. Merrill-Palmer Quaterly, 27 , 43-51.

Glass, D.C., & Singer, J.E. (1973). Experimental studies of uncontrolable and unpredictable noise. Representative Research in Social Psychology, 4 165-183

Gray, R.E., & Doan, B.D. (1990). Heroic self-healing and cancer: Clinical issues for the health professions. Journal of Palliative Care, 6 , 32-41.

Han, S.S., Weisz, J.R., y Weiss, B. (2001). Specificity of relations between children's control- related belief and internalizing and externalizing psychopathology. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69 , 240-251.

Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. In S.C. Hayes, V.M. Follete & M.M. Linehan (Eds.,), Mindfulness and Acceptance , pp. 1- 29. New York: Guilford.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press.

Helgelson, V.S.(1992). Moderators of the relation between perceived control control and adjustment to chronic illness. Journal of Personality and Social Psychology, 63(3), 656- 666.

Hollon, S.D., y DeRubeis, R.J. (2004). Effectiveness of treatment for depression. In R.L. Leahy (Ed.), Contemporary cognitive therapy (pp 45-61) . New York: Guilford.

Hollon, S.D., Evans, M.D., y De Rubeis, R.J. (1990). Cognitive mediation of relapse prevention following treatment for depression: Implications of differential risk. In R.E. Ingram (Ed.), Psychological aspects of depression (pp. 114-136). New York: Plenum Press.

Holt, C., Clark, E.M., Kreuter, M.W., y Rubio, D. (2003). Spiritual health locus of control and

breast cancer beliefs among urban African American women. Health Psychology, 22 , 294-299.

Houston, B.K., Chesney, M.A., Black, G.W., Cates, D.S., & Hecker, M.H.L. (1992). Behvaioral clusters and coronary heart diesaese risk. Psychosomatic Medicine, 54, 447-461

Jacob, R.G., & Chesney, M.A. (1984). Stress management for cardiovascualr reactivity. Annals of Behavioral Medicine, 6(4), 23-27

Jeffrey, R.W. (1987). Behavioral treatment of obesity. Annals of Behavioral Medicine, 9 , 20-24.

Jensen, M. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. Journal of Personality, 55, 317-3425.

Karasek, R.A., Theoroell, T.G., Schwartz, J., Pieper, C., & Alfredson, L. (1982). Job, psychological factors and coronary heart diesease: Swedish prospective findings and U.S. prevalence findings using a new occupational inference method. Advances in Cardiology, 29, 62-67.

Kass, J.D., Friedman, R., Leserman, J., Zuttermeister, P.C., & Benson, H. (1991). Health outcomes and a new measure of spiritual experience. Journal for the Scientific Study of Religion, 30, 203-211

King, M. (1989). Locus of control of women with eating pathology. Psychological Medicine, 19, 183-187.

Langer, E (1983) The psychology of control. Los Angeles: Sage.

Layden, M.A. (1997). Borderline personality disorder. In R. Leahy (Ed.), Practicing cognitive therapy. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.

Lazarus, R. (1981). The stress and coping paradigm. In C. Eisendorf, D.D. Cohen, A. Kleinamn, & P. Maxim (Eds.), Models for clinical psychopathology (PP. 177-214). New York: SP Medical and Scientific Books.

Lazarus, R.S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. American Psychologist, 38, 245-254.

Leahy, R.L. (2003). Cognitive therapy techniques. A practitioner's guide . New York: Guilford.

Leftcourt, H.M. (1973). The function of the illusions of freedom and control. American Psychologist, 28, 417-425

Lefcourt, H. M. (1976) . Locus of control: Current trends in theory and research . Hillsdale, New Jersey: LEA.

Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. Journal of Personality Asessment, 38, 1097-1110

Levenson, H. (1981) Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H.M. Lefcourt (Ed.), Research with the locus of control construct: Assesment methods (Vol. 1, pp. 15-63). New York: Academic Press.

Lewinsohn, P.M., Mischel, W., Chaplin, W., y Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. Journal of Abnormal Psychology, 89, 203-212.

Linehan, M.M (1993). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

Linehan, M.M., Cochran, B.N., & Kehrer, C.A.(2001). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In D.H. Barlow (Ed.), Clinical handbook of psychological disorders , pp.470-522. New York: Guilford.

Lorig, K., & Fries, J.F.(1990). The arthritis helpbook: A tested self-management program for coping with your arthritis . Reading, MA: Addision-Wesley.

Marshall, G.N., Wortman, C.B., Kusulas, J.W., Hervig, L.K., & Vickers, R.R. (1992). Distinguishing optimism from pessimism: Relations to fundamental dimensions of mood and personality. Journal of Personality and Social Psychology, 62 , 1067-1074.

Marlatt, G.A. (1983). The controlled-drinking controversy: A commentary. American Psychologist, 38 , 1097-1110.

McIntosh, D., &Spilka, B. (1990). Religion and physical health: The role of personal faith and control beliefs. In M.L.L. Lynn & D.O. Moberg (Eds), Research on the social scientific study of religion (Vol. 2, pp. 167-194). Greenwich, CT: JAI Press.

Metalsky, G.I., Halberstadt, L.J., y Abramson, L.Y. (1987). Vulnerability to depressed mood reactions: Toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression. Journal of Personality and Social Psychology, 52, 386-393.

Mineka, S. (1985). Animal models of anxiety-based disorders: Their usefulness and limitations . Hillsdale, NJ: Earlbaum.

Mineka, S., & Zinbarg, R., (1996). Conditioning and ethological models of anxiety disorders: Stress-in-dynamic-context anxiety models. In D.A. Hope (Ed.) Nebraska Symposium on Motivantion: Perspectives on anxiety, panic, and fear (Vol. 43, pp. 135-210). Lincoln: University of Nebraska Press.

Mossey, J.M. & Shapiro E. (1982). Self-rated health; A predictor of mortality among th elderly. American Journal of Public Health, 72(2), 800-808.

Murphy, K.R. (1995). Empowering the adult with ADD. In K. G. Nadeau (Ed.), A comprehensive guide to attention deficit disorders in adults , pp. 135-167. New York: Brunner/Mazel.

Nathan, P. (1986). Outcome of treatment for alcoholism: Current data. Annals of Behavioral Medicine, 8, 40-45.

Nezu, A.M. & Ronan, G.F. (1985). Life stress, current problems, problems solving, and depressive symptoms: An integrative model. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53 , 693-697.

Nolen-Hoeksema, S.,Wolfson, A., Mumme, D., y Guskin, K. (1995). Helplessness in children of depressed and nondepressed mothers. Developmental Psychology, 31 , 377-387.

Pedersen, N.L., Gatz, M., Plomin, R., Nesselroade, J.R., & McClearn, G.E. (1989). Individual differences in locus of control during the second half of the life span for identical and fraternal twins reared apart and reared together. Journal of Gerontology, 44, 100-105.

Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (1987). Explanatory style and illness. Journal of Personality, 55, 237-265.

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20, 161-173.

Rachman, S., & Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive disorder. In R. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman y M. Richter (Eds.) Obsessive-compulsive disorders . New York: Guilford.

Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. Behavior Therapy, 8 , 787-804.

Riskind, J.H. (1997). Looming vulnerability to threat: A cognitive paradigm for anxiety. Behaviour Research and Therapy, 35 , 685-702.

Riskind, J.H., Long, D.G., Williams, N.L., & White, J.C. (2000). Desperate acts for desperate times: Looming vulnerability and suicide. In T.E. Joiner, & M.D. Rudd, (Eds.). Suicide science: Expanding the boundaries (pp 105-115. Norwell, MA: Kluwer.

Riskind, J.H., Williams, N.L., Altman, M.D., Black, D.O., Balaban, M.S., & Gessner, T. (2004). Parental bonding, attachment, and development of the looming maladaptive style: Anxiety, danger and schematic processing. Journal of Personality and Social Psychology , 79 , 837-852.

Rodin, J. & Langer, E. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged.. Journal of Personality and Social Psychology , 35, 897-902.

Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorders: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. Clinical Psychology: Science and Practice, 9 , 54- 68.

Rotter, J.B. (1966). Generalized expectanacies for internal verus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80 , 1, Whole # 609.

Rotter, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement. American Psychologist, 45, 489-493

Rotter, J.B., Chance, J.E. y Phares, E.J. (1972). Applications of a social learning theory of personality. Holt, Rinehart & Wintson, New York.

Salas-Auvert, J.A. (2002). Adult attachment disturbances in panic disorder: A comparison with social phobia, and specific phobia. Manuscrito no publicado. Philadelphia College of Osteopathic Medicine.

Salas-Auvert, J.A., & Felgoise, S.H. (2003). The rational-experiential information processing systems model: Its implication for cognitive therapy. Revista Internacional de Psicologia Clinica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology, 3 , 123- 140.

Salkovskis, P.M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obssesional problems. In R. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman y M. Richter (Eds.) Obsessive- compulsive disorders . New York: Guilford.

Sanderson, W.C., Rapee, R.M., & Barlow, D.H. (1983). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5.% carbon dioxide-enriched air. Archives of General Psychiatry, 46, 157-162.

Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. Health Psychology, 4 , 219-247.

Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism in psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. Cognitive Therapy and Researc,, 16 , 201-228.

Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. Current direction in psychological science, 2 , 26-30.

Scheier, M.F., Carver, C.S., & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation. Test. Journal of Personality and Social Psychology, 67 , 1063-1078.

Scheier, M.F., Carver, C.S., & Bridges, M.W. (2001). Optimism, pessimism and psychological well-being. In E.C. Chang (Ed.). Optimism and pessimism: Implications for theory, research and practice (pp 189-216). Washington, DC: American Psychological Association.

Schnall, P. L., Allred, K. D., Morrison, C. A.. & Carlson, S.D., (1990). The relationship between "job-strain." workplace diastolic blood pressure, and left ventricular mass index: Results of a case control s tudy. Journal of the American Medical Association, 63, 129-135.

Schill, Th., Ramanaiah, N. y Toves, C. (1982). Defensive externality and vulnerability to life stress. Psychological Reports, 51 , 878.

Segal, Z.V.,Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression . New York: Guilford.

Seligman, M.E.P. (1991). Learned Optimism. New York: Knopf. Seeman, T. E. (1991). Personal control and coronary artery disease: How generalized expectancies about control may influence risk. Jour nal of Psychosomatic Research, 35, 4-12.

Shear, M.K (1991). The concept of uncontrollability. Psychological Inquiry, 2 (1), 88-93.

Shepperd, J.A., Maroto, J.J., y Pbert, L.A. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. Journal of Research in Personality, 30, 517-534.

Skinner, E.A. (1986). The origin of young children's perceived control: Mother contingent and sensitive behavior. Interpersonal Journal of Behavioral Development, 9, 359-382.

Sobell, L.C., & Sobell, M.B. (2003). Using motivational interviewing techniques to talk to clients about their alcohol use. Cognitive and Behavioral Practice, 10 , 214-221.

Spiegel, D. (1991). Psychosocial intervention and survival time of patients with metastic breast cancer. Advances, 7(3), 10-19.

Taylor, S.E. & Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. Psychological Bulletin, 103 , 193-210.

Taylor, S.E., Lichtman, R.R., & Wood, J.V. (1984). Attributions, belief about control, and adjustment to breast cancer. Journal of Personality and Social Psychology, 46 , 489-502.

Taylor, S. E. (1995). Health psychology. New York: McGraw-Hill

Thompson, R.A. (1998). Early sociopersonality development. In W. Damon (Series Ed.) y N.Eisenberg (Vol. Ed.), Handbook of child psychology. Vol 3.Social, emotional and personality development , (pp. 25-104). New York: Wiley.

Thompson, S.C., Armstrong, W., y Thomas, C. (1998). Illusion of control, underestimation, and accuracy: A control heuristic explanation. Psychological Bulletin, 123(2) , 143-161.

Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J.M., & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer, and depression and anxiety in breast cancer patients. Psychological Medicine, 21 , 51-57

Weinstein, N.D. (1984). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. Health Psychology, 3 , 431-457.

Weinstein, N.D. (1993). Optimistic biases about personal risks. Science, 155 , 1232-1233.

Wolpe, J. (1969) The practice of behavior therapy. New York: Pergamon Press.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD: LA PERSPECTIVA NO LINEAL

Xavier Bornas
Universitat de les Illes Balears

Psicología y salud: la perspectiva no lineal

En el magnífico libro de Gleick (1987), un periodista especializado en temas científicos, se hace un minucioso repaso de los diversos acontecimientos que, a partir de mediados de los 60 y desde disciplinas científicas distintas (meteorología, matemáticas, física, Biología...), fueron confluyendo en lo que se conoce ahora como "teoría del caos", "estudio de la complejidad" o "perspectiva no lineal" y que abarca conceptos como los de sistemas dinámicos, fractales, autoorganización (emergencia de nuevos y más avanzados patrones de comportamiento), caos determinístico, etc., algunos de los cuales pueden resultar familiares. El título del libro (Chaos: Making a new science), ya induce a pensar que en él se describe el nacimiento de algo importante. En efecto, al hablar de una perspectiva no linea, estamos hablando de algo que trasciende el ámbito de una ciencia concreta y mucho más el de una teoría científica vigente en cualquiera de ellas, a pesar de que la denominación "Teoría del Caos" podría inducir a pensar lo contrario. En cierto modo se trata de una filosofía, una forma de ver y de hacer Ciencia, que se puede proyectar, y de hecho lo está haciendo, sobre ciencias particulares, entre ellas la Psicología y sus diversas áreas, como la del desarrollo infantil (Thelen y Smith, 1994), la personalidad (Grigsby y Stevens,2000), la neuropsicología (Freeman, 1999), las emociones (Lewis y Granic,2000), o la clínica (Chamberlain y Bütz,1998) entre otras.

El objetivo de estas páginas es proporcionar una introducción a la perspectiva no lineal, y especialmente a la teoría de los sistemas dinámicos (TSD), en el marco de la Psicología de la Salud [1].

Para comprender la importancia de aquella perspectiva y de la TSD, en general y también en la Psicología, será bueno contrastarla con la perspectiva lineal y ver en qué aspectos va más allá de la misma y, por tanto, qué nos puede aportar con vistas a una mejor comprensión del comportamiento humano. Quizá vale la pena explicitar, ante todo, que la TSD, como cualquier otra teoría científica, asume entre sus premisas esenciales que cualquier sistema dinámico se comporta según unas leyes universales. Esto significa que los conocimientos que se obtengan sobre cualquier sistema dinámico (el clima, una población de insectos, el cerebro humano, etc.) permitirán avanzar en la comprensión de cualquier otro. Por tanto, el interés de la TSD para la Psicología de la Salud no debería limitarse a lo que se llegue a conocer acerca de los sistemas que son objeto de estudio de dicha disciplina (alteraciones psicopatológicas, grupos de riesgo, estrategias de prevención, tratamientos, etc.). Conocer las características de los sistemas dinámicos no lineales es el primer e ineludible objetivo de cualquier psicólogo de la salud que quiera explorar eso que hemos denominado perspectiva no lineal.

Intentaremos en las páginas que siguen facilitarle la consecución de este objetivo, presentando los conceptos básicos de dicha perspectiva de forma rigurosa y asequible. Se trata de conceptos matemáticos, a menudo abstractos, y con formalismos difíciles de entender para quien no está familiarizado con el lenguaje de las matemáticas. Probablemente ahí encontraríamos la explicación de la relativa lentitud con que penetran en la Psicología (a diferencia de lo que puede observarse en otras ciencias) y también de la frecuente sustitución, en nuestra disciplina, de los conceptos matemáticos por metáforas más o menos afortunadas. Francis (1995, p. 257), por ejemplo, las utiliza al hablar de la salud y la enfermedad como atractores (un concepto clave que explicaremos más adelante) en su modelo sobre la autorregulación psicofisiológica y el biofeedback. En un trabajo sobre trastornos de la personalidad (Bornas y García de la Banda, 2001) también adoptamos un punto de vista metafórico al hablar de la evaluación o el tratamiento de dichos trastornos en los términos de la TSD. Procuraremos evitar aquí tanto los formalismos como las metáforas y utilizarlos sólo cuando sea imprescindible o de manifiesta utilidad. A los aspectos de procedimiento o metodológicos les dedicaremos nuestra atención en el apartado que sigue a la presentación de aquellos conceptos clave. Nos referiremos a procedimientos visuales (representaciones gráficas de datos) y numéricos, si bien, por limitaciones de espacio obvias, no podremos más que introducirlos y dar algunas orientaciones generales que faciliten el inicio del análisis de series de datos obtenidas empíricamente.

Finalmente presentaremos algunos ejemplos ilustrativos de la investigación actual orientada por la TSD en el contexto de la Psicología. Concretamente veremos estudios realizados sobre trastornos de ansiedad y depresión, y también revisaremos lo que se está haciendo con una medida no lineal (la Entropía Aproximada) que parece adecuarse bien al tipo de sistemas con que trabajamos los psicólogos.

La perspectiva no lineal como alternativa a algunas deficiencias de los modelos lineales

Si hablamos de una perspectiva no lineal, existe, claro está, una perspectiva lineal. Los planteamientos lineales son, en realidad, los que estamos acostumbrados a utilizar, ya que han dominado la Ciencia en los últimos siglos. Cualquiera de los diseños experimentales más comunes en la investigación psicológica actual puede encuadrarse en la perspectiva lineal por el supuesto de proporcionalidad entre el *input* (p.ej. un tratamiento, ya sea psicológico, farmacológico o mixto) y el *output* (la mejora en la salud del paciente). Aumentar la "dosis" de tratamiento para conseguir el efecto deseado no es más que asumir ese principio de proporcionalidad (linealidad). De forma parecida, la búsqueda de las causas de las alteraciones psicológicas se basa también, de forma implícita o explícita, en dicho supuesto: la gravedad del trastorno induce a pensar en unas causas de magnitud proporcional, llámense condicionamientos, vulnerabilidad, trauma, alteraciones cognitivas, etc. Sin embargo, la práctica cotidiana a menudo nos lleva a cuestionar aquel supuesto. Mejoras notables se producen a veces con intervenciones mínimas (o sin ellas, incluso); cambios bruscos en la salud de los pacientes se producen en momentos no previstos del tratamiento; a veces no se dan mejoras aún aplicando las terapias más eficaces; y en muchas ocasiones las causas del trastorno se desconocen [2].

Dentro de la perspectiva lineal hay que destacar otro déficit importante: la escasa consideración de la variable tiempo, entendida como trayectoria evolutiva del paciente/sistema que estamos tratando. Aquí también la inmensa mayoría de los diseños al uso pecan de dicha falta de consideración. Al hacer una evaluación previa al tratamiento y una posterior (y, quizá, en seguimientos sucesivos), se intenta apreciar el cambio experimentado por el paciente o grupo de pacientes tras el

tratamiento, pero se ignora el curso que ha seguido dicho cambio (el cual suele entenderse gradual, progresivo, lineal en definitiva). Sin embargo, en este caso también la realidad a veces contradice esa suposición, ya que mientras en un grupo de pacientes, unos mejoran con una sola sesión otros necesitan un número muy superior. Siguen, pues, cursos o trayectorias distintas aunque lleguen, en su mayoría, a mejoras significativas y equivalentes. Y no sólo se desconoce el curso. Quizá más grave es la escasa consideración que, a efectos prácticos, recibe la historia reciente del paciente. Sin duda ésta se tiene en cuenta al realizar la evaluación del problema que conduce al diagnóstico. Pero a partir de ahí, el tratamiento se realiza como si el paciente estuviese parado, quieto, estático. En lugar de considerar el paciente como un sistema dinámico en constante evolución, y sobre el cual va a incidir una nueva variable (o conjunto de ellas) que modificarán tanto el sistema como las interacciones del mismo con su entorno, el tratamiento se aplica con la hipótesis/intención de que sólo afecte a aquello que queremos alterar (sea el estado de ánimo, las habilidades sociales, la ansiedad o cualquier otro elemento) y creyendo que el sistema, como decía, parte de cero (o está en un nivel basal establecido). Sin embargo, cada vez parece más claro que la actividad de fondo, permanente, del sistema, juega un papel fundamental en el resultado de cualquier impacto sobre la misma. Esto se está viendo, por ejemplo, con algo tan concreto como los potenciales evocados. La inmensa mayoría de la investigación se ha basado en promediar los potenciales obtenidos tras un elevado número de presentaciones del estímulo. El motivo es que no siempre aparece lo que se busca (p. ej: el P300), es decir, no aparece en todos los ensayos, y, para observarlo con cierta nitidez, hay que hacer muchos ensayos y promediar. Pues bien, recientemente se ha dirigido cierta atención a la pregunta de por qué a veces aparece y a veces no, siendo el estímulo siempre el mismo. Bajo la perspectiva lineal esta pregunta ni siquiera tendría sentido formularla: se da por supuesto que el estímulo evoca el potencial y que factores como el azar, el ruido de la señal cerebral recogida mediante los electrodos, o cualquier otro factor desconocido, hace que no siempre aparezca el ansiado potencial. Desde la perspectiva no lineal, en cambio, la hipótesis es que la aparición del mismo depende no sólo del estímulo sino de la actividad (electrofisiológica) que estaba en curso cuando éste se recibió; en otras palabras, de la dinámica del sistema, de la actividad permanente en que está el cerebro (véase el estudio de Makeig y cols. (2002) o los trabajos de Freeman (1999, 2000, 2003) para tener una visión más global e integradora).

La perspectiva no lineal trata de tomar en consideración esos aspectos que los planteamientos lineales ignoran: falta de proporcionalidad entre inputs y outputs (un ejemplo de ello es el conocido efecto mariposa al que más adelante haremos referencia), y evolución o cambio permanente de los sistemas. Hay que decir en seguida que no se trata de una alternativa que pretenda sustituir la perspectiva lineal, ni se trata de despreciar los evidentes logros alcanzados por la Ciencia (y la Psicología en particular) bajo esa perspectiva. Dicho de otro modo, existen sistemas lineales y hay que estudiarlos mediante enfoques lineales, como se ha venido haciendo hasta ahora. La perspectiva no lineal dice simplemente que hay también sistemas no lineales que funcionan de forma distinta y que para estudiarlos necesitamos otras herramientas conceptuales y metodológicas. Además, probablemente, muchos de los sistemas con que tratamos los psicólogos son de naturaleza no lineal.

Dicho esto, en el siguiente apartado veremos con mayor detalle los elementos esenciales de la perspectiva no lineal, es decir, cómo se conceptualizan y estudian los sistemas dinámicos no lineales.

1. No es éste el lugar adecuado para tratar de definir esta disciplina. En todo caso, no es nuestro propósito hacer una revisión (sino una presentación) e inevitablemente ésta estará sesgada por nuestros intereses de investigación en parcelas concretas de aquella disciplina.

2. En nuestra investigación sobre el miedo a volar (Bornas, Tortella-Feliu, Llabrés y Fullana, 2001; Bornas, Tortella-Feliu, Llabrés, Barceló, Pauli, y Mülhberger, 2002)hemos constatado con frecuencia esa falta de causas que pueda explicar satisfactoriamente la aparición del trastorno .

Sistemas dinámicos: conceptos básicos

La teoría de los sistemas dinámicos (TSD, de la cual la más popular teoría del caos es una rama) se inscribe en el ámbito de las Matemáticas y tiene una destacada presencia en el de la Física y, en menor medida, en otras ciencias como la Química o la Biología y sus respectivos campos aplicados La perspectiva no lineal 7 (ingenierías, por ejemplo). De ahí que la mera definición de lo que son los sistemas dinámicos ya resulte a veces difícil de entender si uno no está algo familiarizado con esas ciencias. Por ejemplo, en la famosa enciclopedia en Internet WIKIPEDIA se lee: "[In engineering and mathematics,] a dynamical system is a deterministic process in which a function's value changes over time according to a rule that is defined in terms of the function's current value."

No se trata de una mala definición, por supuesto, pero es algo críptica para el profano en matemáticas. De hecho un sistema dinámico es aquél que evoluciona en el tiempo de forma determinística y cuyo estado en el futuro tiene que ver con su estado en el presente. La regla a la que se refiere la definición citada puede escribirse como una ecuación o sistema de ecuaciones, pero lo importante para nosotros es que esa regla existe y, por tanto, el sistema se comporta de forma reglada, determinista en el sentido de determinada por dicha regla.

Sin duda se trata de una definición amplia, extensa, donde cabe casi cualquier cosa y en la que muchos fenómenos relacionados con la Psicología y la Salud podrían encajar. Las personas mismas, sin ir más lejos, pueden entenderse como sistemas dinámicos. Sin embargo, para llegar aquí no valía la pena empezar el viaje. Por tanto, para encontrar la utilidad de la definición y de la TSD habrá que examinarla algo más de cerca. Quizá lo que más llama la atención es la extraordinaria complejidad que muestran los sistemas dinámicos no lineales, incluso los más simples (en el sentido de estar gobernados por unas pocas variables y parámetros). Esto se observa con mucha claridad mediante la denominada ecuación logística que veremos un poco más adelante. Antes debemos introducir un concepto esencial para entender aquella complejidad: el espacio de fase. Se trata del espacio que incluye todos los posibles estados (valores) del sistema estudiado. Aunque en términos matemáticos puede tener cualquier número de dimensiones, cuesta imaginar un espacio más allá del tridimensional. Utilizaremos un espacio bidimensional (el plano) para tratar de comprender qué es el espacio de fase.

De hecho, al tratar con sistemas reales (vivos, si se prefiere), lo que obtenemos son indicadores del estado o funcionamiento de los mismos. Así, por ejemplo, al estudiar el sistema cardíaco lo que recogemos son datos de tasa cardiaca, variabilidad de la misma, tiempo entre latidos, etc. Esos son los indicadores del istema, y a partir de ellos tratamos de reconstruir el sistema en su espacio de fase. Supongamos una serie de 1000 datos de tasa cardiaca instantánea, sacados del ECG e un sujeto normal (figura 1) mediante el procedimiento de Berger y cols. (1986). Parece una señal aleatoria en la que difícilmente podemos discernir algún patrón o regularidad. Una forma de reconstruir el espacio de fase del sistema en dos dimensiones consiste en tomar el primer valor como valor en el eje de abscisas (eje horizontal) del plano y el siguiente valor considerarlo sobre el eje de ordenadas (eje vertical), de tal modo que podamos situar un punto en el plano cuyas coordenadas serán x= tasa1 (primer valor de la serie), y= tasa2 (segundo valor de la serie). Las coordenadas del segundo punto en el plano serán x=tasa2, y=tasa3, y así sucesivamente hasta el punto con las coordenadas x=tasa(n-1), y=tasa(n). El resultado, si utilizamos los primeros 100 valores de la serie será el de la figura 2.

La reconstrucción en tres dimensiones se puede hacer de forma parecida, siendo las coordenadas del primer punto x= tasa1, y= tasa2 y z= tasa3. Obviamente los métodos matemáticos de reconstrucción del espacio de fase son mucho más complejos, pero lo que ahora nos interesa es simplemente comprender el concepto.

Figura 1- Tasa cardíaca instantánea de un sujeto adulto normal (N=1000)

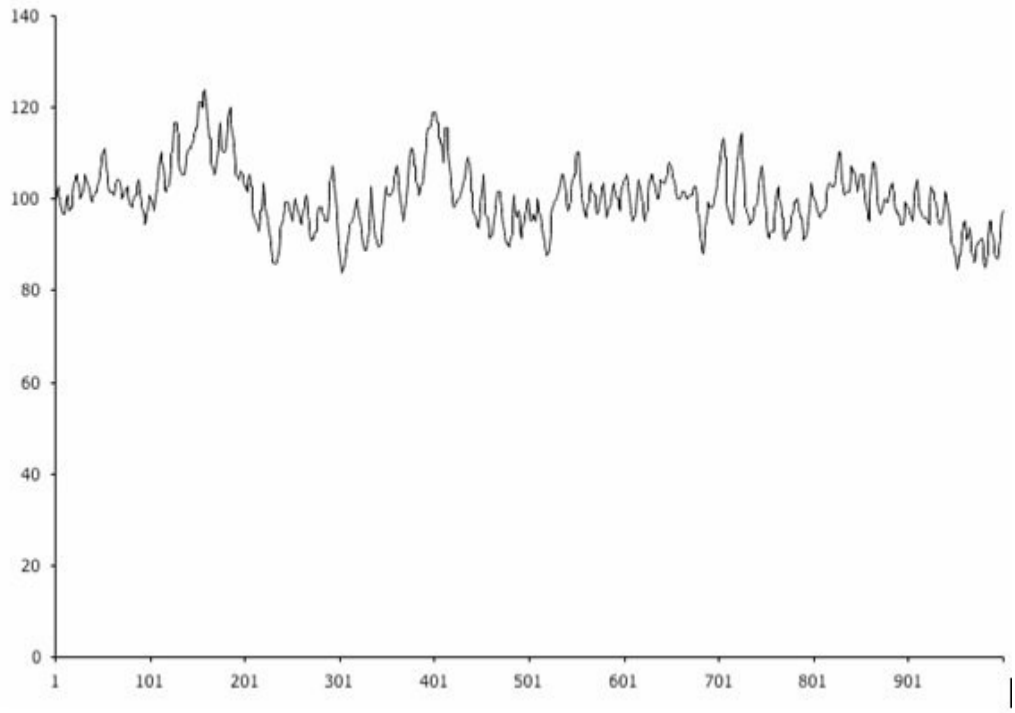
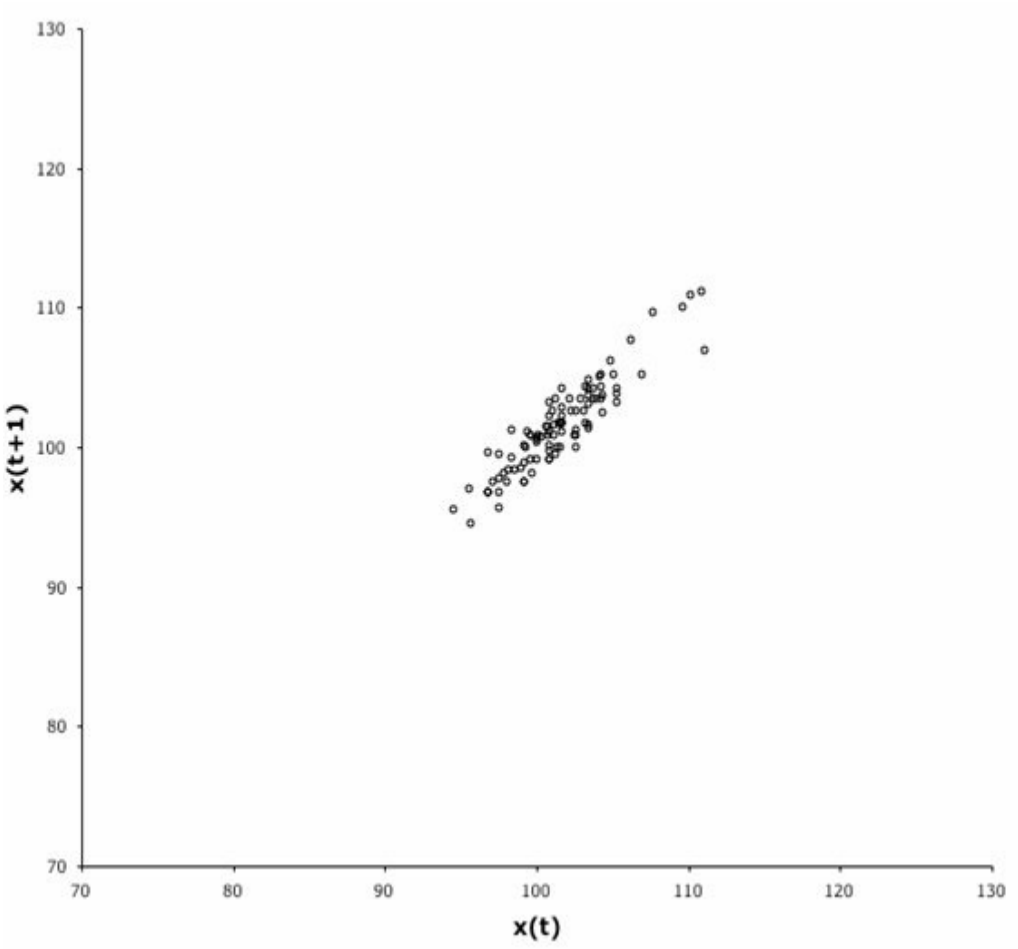
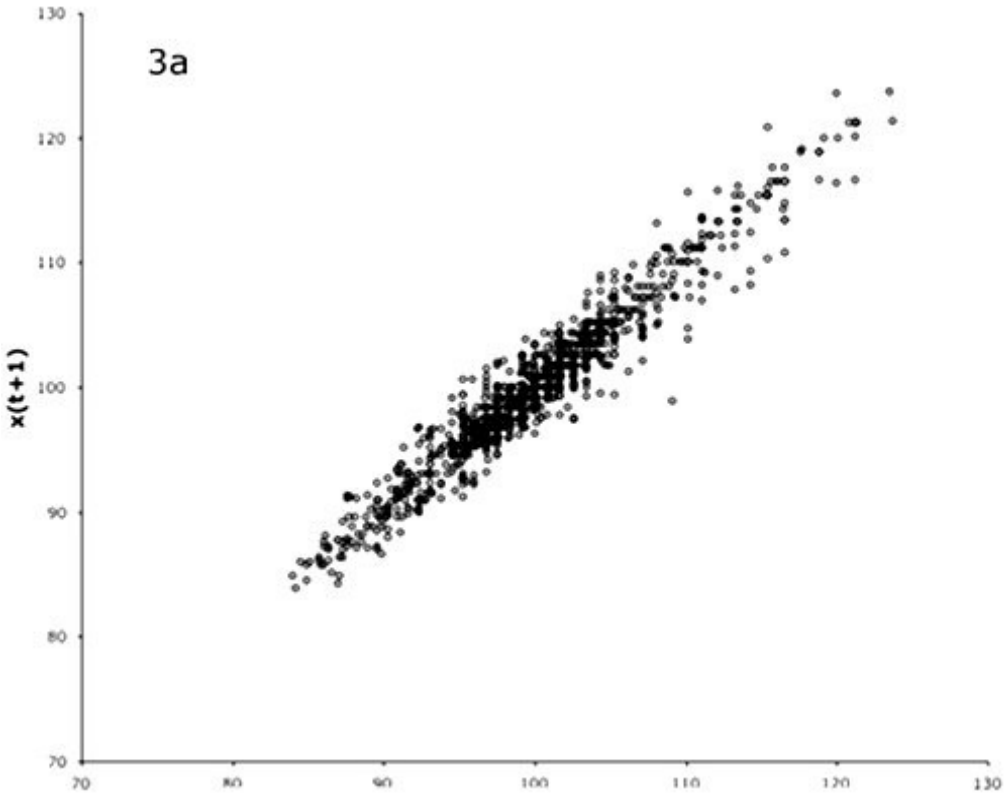


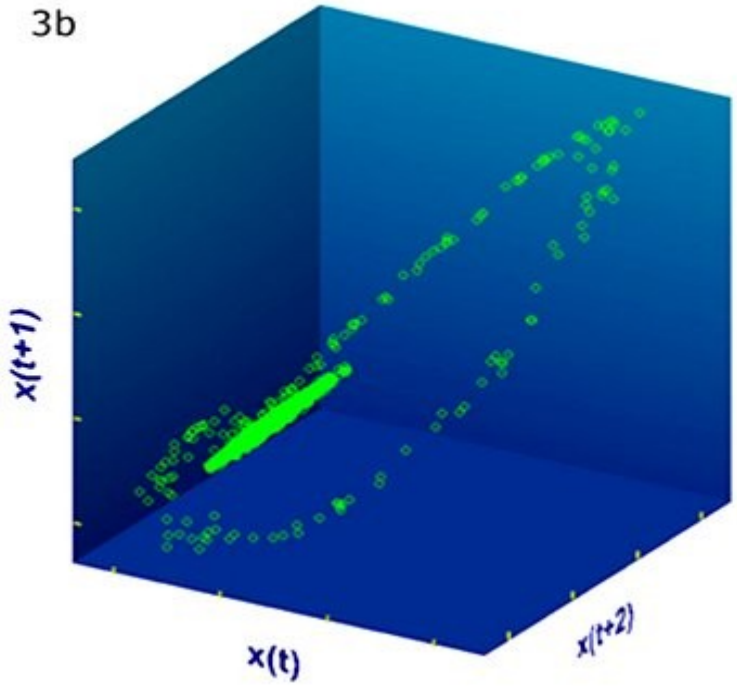
Figura 2- Reconstrucción del espacio de fase (m=2, d=1) a partir de los 100 primeros datos de la serie temporal de la figura 1.



Observando la figura 2 se aprecia que los puntos quedan relativamente agrupados y el plano tiene una gran zona en blanco en la que no hay ningún punto. Hemos dicho antes que el espacio de fase es, por definición, aquél que contiene todos los posibles estados /valores del sistema. ¿Significa todo ello que los lugares sin puntos son estados en los cuales es imposible hallar el sistema en alguna ocasión? Para responder a esta pregunta hay que fijarse en la importancia de la cantidad de datos que hemos empleado para reconstruir el sistema: cien en la serie anterior. No es nada descabellado pensar que si la serie hubiese sido más larga habríamos obtenido un mayor número de puntos distintos sobre el plano y, por tanto, habríamos reconstruido más fielmente el espacio de fase del sistema cardiaco que estamos examinando. En la figura 3a puede verse el plano con todos los puntos de la serie representados. Los mismos datos en un espacio tridimensional se ven en la figura 3b. Ahora bien, esto no significa que el espacio de fase sea el plano entero (el recuadro o el cubo, para entendernos), ya que una de las cosas más fascinantes de los sistemas dinámicos no lineales es que tienden a ocupar unas regiones (los atractores, que en seguida veremos con cierto detalle) y a evitar otras (llamadas repulsoras). En cualquier caso, lo importante ahora es comprender la necesidad de un elevado número de datos para conseguir una reconstrucción adecuada del espacio de fase del sistema.

Figura 3- Reconstrucción del espacio de fase bidimensional (3a) y tridimensional (3b) a partir de los datos de la serie temporal de la figura 1 (N=1000).





La distribución de los puntos en el espacio de fase nos da una primera imagen del sistema con el que tratamos. Si dicha distribución resulta del todo irregular y no podemos distinguir zonas en blanco ni nubes de puntos, entonces lo más probable es que estemos ante un sistema aleatorio. En general, sin embargo, esto no sucede con los sistemas reales. Si bien la señal original puede parecerlo (como la que hemos visto en la figura 1), la reconstrucción hecha a partir de la misma puede revelar interesantes regularidades que, desde la perspectiva lineal, quedarían ocultas. Y éstas se manifiestan en el espacio de fase mediante agrupaciones (nubes) de puntos, zonas en blanco, y otras características más complejas.

En términos más apropiados, lo que buscamos en el espacio de fase son los atractores, es decir, valores o regiones de valores hacia los cuales tiende (es atraído) el sistema en su evolución en el tiempo. Una metáfora usual para divulgar el concepto de atractor es la del cuenco. Si ponemos un garbanzo en cualquier punto de la superficie interior del cuenco, el garbanzo acabará en el fondo (más o menos en el mismo lugar dependiendo de su perfección esférica y de cómo sea el fondo del cuenco). El garbanzo sería el sistema y el cuenco el atractor. Vale la pena, sin embargo, ir algo más allá de la metáfora para comprender mejor el concepto.

Antes hemos mencionado la ecuación logística:

$$x_{t+1}=r\, x_t(1 - x_t)$$

en la que x_t es el estado actual del sistema, x_{t+1} es el estado en el futuro inmediato, r es un parámetro (una constante) y el término $(1-x_t)$ se introduce para reflejar el límite que existe al crecimiento de x en las sucesivas iteraciones. Expliquémoslo algo más.

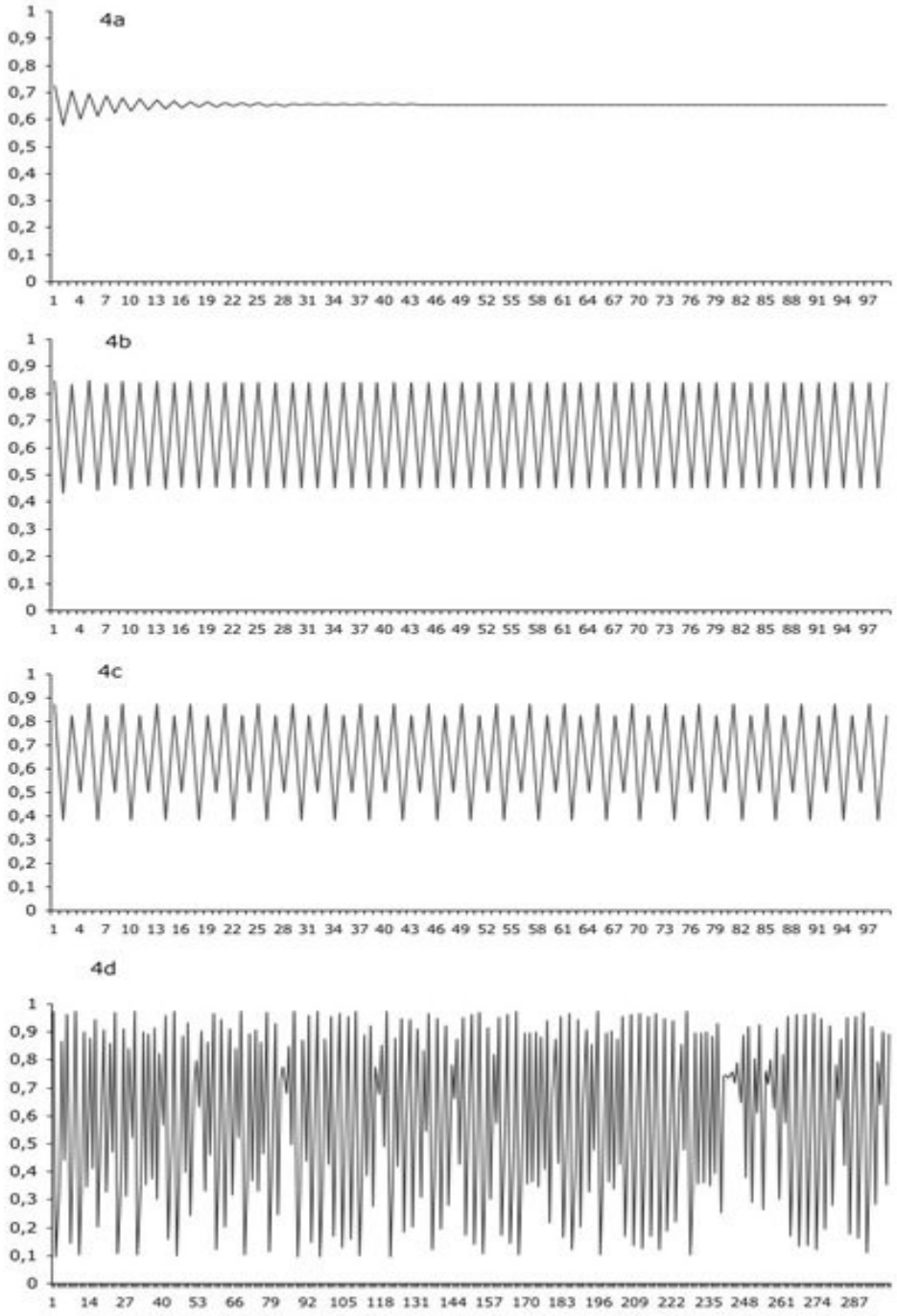
Esta ecuación procede del campo de estudio de las poblaciones[3] y el crecimiento de las mismas, y x designaría el número de individuos de una población determinada. La ecuación es un modelo que permite predecir cuántos individuos tendrá esa población en el futuro. Básicamente dependerá del valor de r (que podría representar la tasa de reproducción de los individuos de la población). Supongamos primero que la ecuación es simplemente $x_{t+1}=r\, x_t$

Está claro que si partimos de 10 individuos ($x_t=10$), y $r=2$, entonces en el momento siguiente el número de individuos se habrá duplicado ($x_{t+1}= r\, x_t =20$). Ahora el valor de x_t (en realidad x_{t+1}) es igual a 20, y si repetimos la operación tendremos que $x_{t+2}=40$ ($20*r$, siendo $r =2$). Este proceso de repetición en matemáticas se denomina iteración, y si lo seguimos podremos predecir el valor de x en cualquier momento futuro (x_{t+n}). Si lo hiciéramos, veríamos que el número de individuos de la población estudiada va creciendo sin parar, pero esto no ocurre en la realidad. De ahí la necesidad de introducir el término $(1-x_t)$, que frena, por así decirlo, ese crecimiento, y que representaría factores como la disponibilidad de comida, la probabilidad de ataques por parte de depredadores, las enfermedades, etc.).

Si el estudio del crecimiento poblacional parece ajeno al tema que nos ocupa, puede pensarse en la ecuación logística en otros términos. Por ejemplo, x podría denotar el estado de ánimo de un paciente depresivo y r podría representar la dosis de determinado fármaco (o, si se quiere, algún parámetro de una terapia psicológica). Lo importante ahora es que la ecuación nos relaciona el estado presente (estado de ánimo actual) con el que tendrá en distintos momentos

futuros. Cabe observar aquí que el factor tiempo está presente pero la escala temporal no está establecida; cada iteración podría representar una hora, un día, una semana, un mes o cualquier otro período de tiempo.

Figura 4- Valores del sistema representado por la ecuación logística para r=2.9 (4a), r=3.5 (4b), r=3.6 (4c) y r=3.9 (4d), mostrando un atractor fijo, ciclo límite 2, ciclo límite 4 y un atractor caótico, respectivamente.



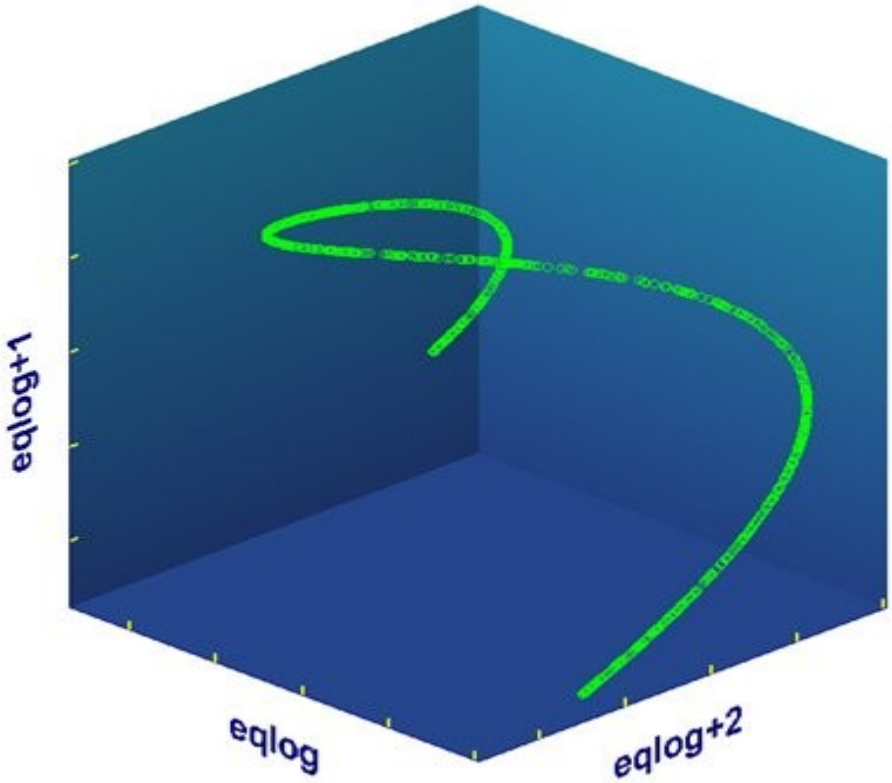
En la figura 4 se puede apreciar la evolución del sistema en función del valor que tenga el parámetro r. Para cualquier valor de r<3 el sistema tenderá a estabilizarse en un valor fijo (figura 4a). A este valor lo llamamos atractor fijo y si el sistema entra en él permanecerá ahí indefinidamente. La predicción, pues, resulta sencilla si sabemos el valor inicial (xt) y el valor de r. Si aplicásemos este modelo al crecimiento poblacional, diríamos que para valores de r<3 la población se estabilizará en un número de individuos fijo al cabo de n iteraciones y no se moverá de ahí. Aplicado al estado de ánimo, podríamos predecir algo parecido: para dichos valores de r<3 el paciente mostrará un estado de ánimo estable al cabo de n iteraciones (que podrían ser días, por ejemplo).

Es obvio que en la realidad eso no sucede: ni las poblaciones permanecen tan estables ni el estado de ánimo se muestra tan imperturbable. Quizá la figura 4b ofrece un modelo más ajustado a la realidad. Lo que observamos ahí es, técnicamente hablando, un atractor de ciclo límite 2. El sistema también se estabiliza pero no en un valor fijo sino en dos, y va oscilando entre ellos indefinidamente. Esto ocurre para valores de r comprendidos entre 3 y 3.45 aproximadamente (hay que tener en cuenta que, dependiendo del proceso de generación de los datos – tipo de ordenador, número de decimales, etc., —estos valores pueden variar ligeramente). Probablemente este comportamiento oscilante nos recuerde algunas fluctuaciones del estado de ánimo observables en determinados trastornos psicopatológicos. De hecho, en las personas sin trastornos el estado de ánimo también fluctúa a lo largo del tiempo: todos tenemos días mejores y peores. Sin embargo, probablemente no lo hace con la regularidad que muestra la figura 4b y no oscila entre sólo dos valores. La figura 4c muestra otro atractor de ciclo límite, pero en este caso se pueden ver cuatro valores que se van sucediendo (repitiendo) a lo largo del tiempo. Quizá esto se parezca un poco más a los cambios espontáneos en el estado de ánimo de las personas.

Pero lo realmente interesante queda reflejado en la figura 4d: aquí vemos un atractor extraño o caótico. Aunque pueden observarse ciertas oscilaciones, e incluso secuencias de un mismo valor, no vemos ningún patrón discernible. Aparentemente el sistema muestra un comportamiento errático, aleatorio, azaroso. En el fondo, sin embargo, ese comportamiento es determinístico, viene determinado por la ecuación logística y, específicamente, por el valor r=3.9. Es un comportamiento tan reglado como el que se ve en la figura 4a, pero parece caótico y de ahí la expresión "caos determinístico". Siguiendo con el ejemplo del estado de ánimo, seguramente la figura 4d es la que mejor refleja las fluctuaciones cotidianas del mismo: dos o tres días de buen humor, oscilaciones entre la alegría y la tristeza, algunos momentos de desánimo, otros de euforia, en una sucesión que no es sino la vida misma.

La pregunta que viene a continuación es: ¿no podemos entonces predecir el comportamiento del sistema cuando el valor de r lo lleva a un atractor caótico? Viendo la figura 4d, la respuesta parecería obvia: no. Y por tanto, podríamos pensar que todo este estudio resulta inútil para uno de los principales objetivos de nuestra ciencia, como es la predicción del comportamiento humano. Sin embargo, la respuesta no es exactamente "no". Para explicar la respuesta correcta necesitamos recuperar el concepto de espacio de fase y tratar de reconstruir el sistema tal como vimos anteriormente. Generamos una serie de datos a partir de las iteraciones de la ecuación logística siendo r=3.9, y hacemos una reconstrucción en tres dimensiones (y con un retardo = 1).

Figura 5- Reconstrucción del espacio de fase (m=3, d=1) a partir de las 300 iteraciones de la ecuación logística para r=3.9.



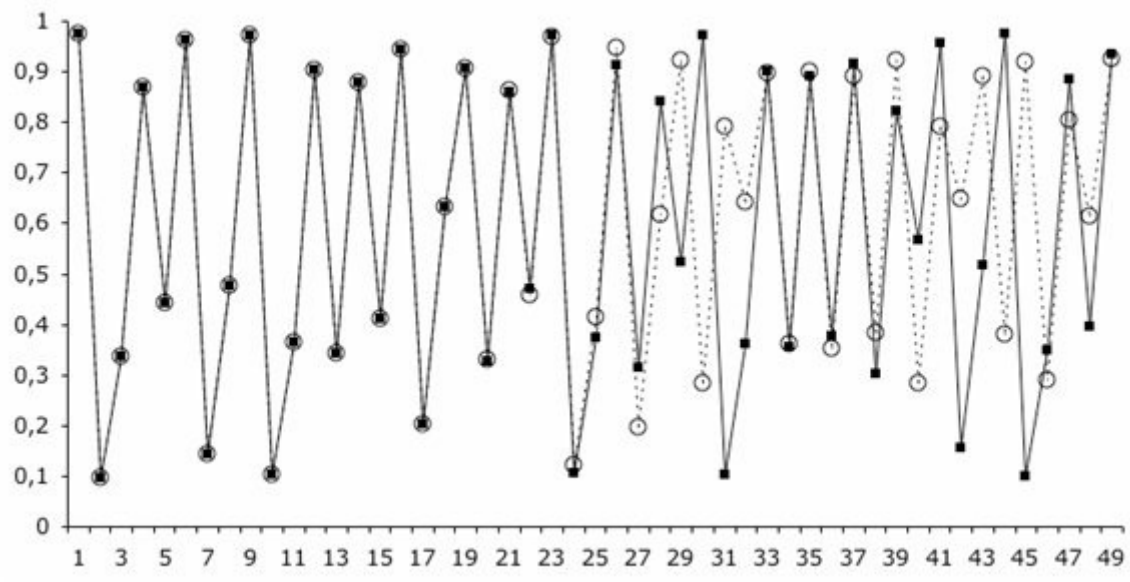
Como se ve en la figura 5, a pesar del comportamiento caótico del sistema que hemos visto en la figura 4d, el espacio de fase reconstruido muestra un patrón muy claro y delimitado ("bounded"). El sistema representado por la ecuación logística (recordemos que sólo nos estamos refieriendo al caso en que r=3.9) no es aleatorio: los puntos no se distribuyen de forma irregular y azarosa en el espacio de fase sino que conforman un patrón. Por tanto, lo que no podemos predecir es el valor individual que tendrá el sistema en el futuro, pero sí podemos saber que se inscribirá en el patrón general, en el espacio de fase. Esto nos lleva a reiterar la importancia de una adecuada reconstrucción de dicho espacio a partir de los datos empíricos recogidos.

En relación a la predictibilidad del comportamiento futuro de los sistemas dinámicos hay dos conceptos más que son esenciales: el de cuenca de atracción y el de sensibilidad a las condiciones iniciales. Para entender el primero vale la pena recordar la metáfora del cuenco y el garbanzo. Decíamos que el cuenco era el tractor, y ahora hemos visto que no era del todo correcto (las metáforas tienen valor didáctico pero suelen ser imprecisas). En realidad, la parte interior del cuenco es la cuenca de atracción del atractor (que no es más que un valor numérico, que podría denotarse con unas coordenadas x, y, z, que harían referencia al punto más bajo del suelo de nuestro cuenco, al que el garbanzo acabaría por llegar). ¿Qué representa la superficie interior del cuenco? Pues el conjunto de puntos (valores) a partir de los cuales el sistema irá a parar al atractor (será atraído hacia aquel valor -- o conjunto de valores si no es un atractor fijo). En el borde del cuenco existirán

puntos tales que si soltamos el garbanzo en cualquiera de ellos, éste caerá fuera del cuenco, y por tanto, esos puntos no forman parte de la cuenca de atracción. Por tanto, conocer la cuenca de atracción es importante para acertar en la predicción: ¿caerá el garbanzo en el interior del cuenco? Por suerte o por desgracia, los psicólogos tratamos con sistemas y atractores más complejos y necesitamos algo más que un cuenco y un garbanzo para determinar las cuencas de éstos. Pero una vez conocido el concepto, y siguiendo con las metáforas, ya que utilizamos frases como "cayó en una depresión" quizá podríamos ver esa depresión como un atractor (valores bajos en un cuestionario como el BDI o indicadores conductuales más objetivos) y tratar de averiguar algo sobre su cuenca de atracción. Incluso, yendo un poco más lejos con esta metáfora, la gravedad de la depresión quedaría representada por la profundidad del cuenco/atractor: sin duda requiere más energía sacar el garbanzo de un cuenco casi llano que de uno parecido a un pluviómetro.

El segundo concepto esencial en relación a la predictibilidad es el de sensibilidad a las condiciones iniciales. A partir del famoso caso de Lorenz[4], que al reducir el número de decimales con que realizaba complicados cálculos matemáticos en modelos meteorológicos de predicción, vio que los resultados eran completamente distintos, se habla del efecto mariposa, entendido como el enorme efecto (un tornado, por ejemplo) de una pequeñísima causa (el aleteo de una mariposa a miles de kilómetros). El sistema (en este caso el clima) sería sensible a muy leves cambios en las condiciones iniciales (entendidas como el momento a partir del cual empezamos a observar el comportamiento del sistema). Volviendo a la ecuación logística cuando describe un comportamiento caótico, en la figura 6 se puede comparar la evolución del sistema cuando se varía el valor inicial en una diezmilésima. Al cabo de muy pocas iteraciones (veinte aproximadamente) los valores de cada serie empiezan a divergir hasta alcanzar discrepancias extremas, como se ve en la 30 por ejemplo. Y pasando al terreno psicológico, quizá esta sensibilidad a las condiciones iniciales nos ayudaría a comprender algunas conductas extremas (por ejemplo de violencia doméstica) que consideramos desproporcionadas bajo la perspectiva lineal que nos induce a buscar una causa o causas igualmente extremas.

Figura 6- Primeras 50 iteraciones de la ecuación logística (r=3.9) para un valor inicial x=0.5 (línea discontínua, círculos) o para x=0.5001 (línea continua, cuadrados).



I

El estudio de los sistemas dinámicos reales: procedimientos

Para el estudio de los sistemas dinámicos reales existen procedimientos visuales y numéricos, pero en todos los casos se requiere un elevado número de datos para reproducir el espacio de fase del sistema de forma adecuada y poder estudiar a partir de ahí las características especificas del sistema. A La perspectiva no lineal 15 y a menudo obtener series de miles de datos en Psicología resulta imposible, excepción hecha de las series psicofisiológicas (como el EEG o el ECG). Son éstas, de hecho, las que centran buena parte de la investigación actual basada en la TSD. Sin embargo, disponemos ya de algunos algoritmos que permiten trabajar con series más cortas y que probablemente aportarán valioso conocimiento en un futuro no muy lejano. El caso más claro lo constituyen los algoritmos diseñados para estudiar la irregularidad o entropía del sistema, como la entropía aproximada (Approximate Entropy, Pincus, 1995), la entropía muestral (Sample Entropy, Richman y Moorman, 2000) o la entropía multiescala (multiscale entropy, Costa et al., 2002).

Ya hemos visto una forma sencilla de reconstruir el espacio de fase en dos o tres dimensiones [5] y obtener una idea del sistema con el que estamos tratando. El retardo a utilizar depende en cada caso, y a menudo su valor se establece mediante la función de autocorrelación aplicada a la serie temporal, siendo d el momento en el que dicha función se sitúa por debajo de 1/e˜0.36 (e es un número irracional y su valor aproximado es e˜2.7182818...). De todas maneras una buena forma de empezar es variar el valor de d y ver qué representación gráfica aparece. Este primer examen se puede lograr mediante los programas de cálculo o paquetes estadísticos más conocidos (SPSS o MS Excel por ejemplo), generando series (variables en columnas) a partir de la serie original copiada y pegada con el retardo elegido, aunque existe software más específico que permitirá análisis más avanzados del sistema, como el Chaos Data Analyzer (Sprott y Rowlands, 1995; http://sprott.physics.wisc.edu/cda.htm). Un análisis visual distinto se puede obtener mediante el análisis de recurrencia, para lo cual se puede emplear el software VRA (Visual Recurrence Analysis) de Eugene Kononov (http://home.netcom.com/~eugenek/download.html).

En cuanto a los métodos numéricos, que sin duda proporcionan un conocimiento más preciso de las características del sistema, hay que decir, ante todo, que su utilización no es nada fácil. Se puede medir, por ejemplo, la complejidad de un sistema mediante la estimación de la dimensión de correlación del mismo, pero para ello hay que (a) entender qué significa la dimensión de correlación, (b) entender el procedimiento por el cual se estima, y (c) tener el software adecuado para lograrlo. Seguramente la dificultad está en los dos primeros puntos, ya que es relativamente fácil disponer del software adecuado (que, además, suele ser gratuito). Lo mismo podríamos decir de otras características importantes de los sistemas dinámicos. Por ejemplo, la sensibilidad a las condiciones iniciales se puede evaluar mediante el cálculo del máximo exponente de Lyapunov. Seguramente el software más completo de que disponemos actualmente es el TISEAN (Hegger, Kantz y Schreiber, 1999; http://www.mpipks-dresden.mpg.de/~tisean/TISEAN_2.1/index.html). Por otra parte, existen programas específicos para la estimación de otras características (como la entropía muestral descrita en Richman y Moorman (2000), que se puede calcular mediante un programa gratuito disponible en http://www.physionet.org/physiotools/sampen/). A pesar de todo, nuestra experiencia nos indica que, a menudo, se requiere que algún experto haga los programas específicos que se necesitan para análisis particulares. Esto, que es una dificultad añadida, tiene una explicación bastante sencilla: la aplicación de la TSD a los sistemas reales (en el sentido de no matemáticos) es bastante reciente y los procedimientos de análisis se están desarrollando con gran rapidez pero están en una fase inicial de crecimiento. Es probable que con los años lleguemos a disponer de software amigable que permita realizar la inmensa mayoría de análisis no lineales de interés en campos aplicados, del mismo modo que tenemos el SPSS para poder efectuar la inmensa mayoría de análisis estadísticos requeridos en la investigación psicológica actual. En todo caso, y al hilo de este último comentario, el grado de profundización al que cada uno quiera llegar es algo muy personal (más allá de unos fundamentos imprescindibles). No son pocos quienes utilizan el SPSS sin tener conocimientos sólidos acerca de conceptos tales como la esfericidad, las matrices de covarianza o la homocedasticidad. Algo parecido ocurrirá con los métodos de análisis no lineal, para profundizar en los cuales existen excelentes textos: Kantz y Schreiber (1997), Heath(2000) o Sprott(2003).

---

3. También se conoce como ecuación de Verhulst ya que se atribuye a este matemático belga: Pierre François Verhulst (1804-1849)

4. Edward Norton Lorenz (1917-), estadounidense, profesor emérito del Massachussetts Institute of Technology, matemático y meteorólogo, y mundialmente conocido por sus estudios sobre la sensibilidad de los sistemas dinámicos a las condiciones iniciales, sintetizados en lo que denominó butterfly effect, efecto mariposa que ha llegado a formar parte de la sabiduría popular de nuestros días.

5. El número de dimensiones (m) para reconstruir el espacio de fase (la llamada mínima dimensión de reconstrucción) suele obtenerse mediante la prueba FNN (false nearest neighbor), incluída en el software citado en este apartado.

Aplicaciones de la perspectiva no lineal

Dejando de lado lo que no son más que apropiaciones indebidas de conceptos como el de caos para emplearlos en pseudoexplicaciones de la conducta humana, las aplicaciones que se han realizado hasta hoy podrían dividirse en dos grupos. En el primero tenemos investigaciones que dibujan un marco de referencia en términos propios de la TSD o la perspectiva no lineal, aunque luego los procedimientos de análisis son convencionales. En el segundo encontramos la investigación no lineal propiamente dicha, es decir, la que entiende que trata con sistemas dinámicos no lineales y además utiliza métodos no lineales para su estudio. En este apartado veremos algunos ejemplos ilustrativos de ambos tipos.

Dentro del primer grupo cabe destacar el modelo de integración neurovisceral en relación a la regulación emocional, presentado por Thayer y Lane(2000) a partir de interesantes trabajos sobre algunos trastornos de ansiedad (Lyonfields, Borkovec y Thayer, 1995; Friedman y Thayer, 1998a, b) y que recientemente ha guiado nuevos estudios, como el de Johnsen y cols.(2003) sobre fobia dental o el de Hansen, Johnsen y Thayer(2003) sobre memoria de trabajo y atención (véase también el artículo de Thayer y Friedman, 2002). Algunos de nuestros estudios recientes sobre el miedo a volar también se han inspirado, en buena parte, en él (Bornas y cols, 2004, 2005). Este interesante y complejo modelo se presenta en términos propios de la TSD y aquí sólo vamos a destacar los aspectos más relevantes que así lo corroboran.

En primer lugar, integra los sistemas atencional, autonómico y afectivo en una red funcional y estructural bastante específica. Funcionalmente esta red incluye la regulación atencional, el condicionamiento clásico, el procesamiento de la información afectiva y la flexibilidad fisiológica y conductual. En cuanto a la estructura, incluye estructuras del SNC – en particular el córtex cingulado y órganos periféricos, en particular el sistema cardiovascular. El concepto de sistema (dinámico) está, pues, en el centro del modelo, y habla de tres (sub)sistemas que funcionan coordinadamente mediante una red.

En segundo lugar, de forma más específica, en el modelo "las emociones se pueden ver como atractores (configuraciones preferidas) en el espacio de fase (repertorio conductual) del organismo" (Thayer y Lane, 2000, p. 203). Vimos anteriormente, mediante el ejemplo de la ecuación logística, que la aparición de un atractor u otro dependía del valor del parámetro r. Pues bien, de forma parecida y salvando todas las distancias, estos autores sugieren como esenciales los parámetros de valencia y arousal (ciertamente los más investigados, a partir de la teoría de Lang). No ofrecen ninguna ecuación; simplemente utilizan el concepto de atractor (y el de cuenca de atracción) para presentar una visión distinta del modo en que emerge una emoción específica (por ejemplo, el miedo). A ello contribuyen no sólo los parámetros anteriores, sino también los estímulos reales del entorno, con sus magnitudes físicas y objetivas. Y, como hemos dicho, también dependerá del funcionamiento del sistema atencional y autonómico. Es importante subrayar que la emergencia de una emoción no se concibe como resultado de ningún "centro de mando". Se debe a la compleja y permanente autoorganización del sistema en su

trayectoria temporal (que incluye permanentes interacciones con el entorno). Por ello se habla de un sistema distribuido.

En tercer lugar, y con relación al sistema autonómico, vale la pena subrayar la importancia que en el modelo se da a la varibilidad de la tasa cardiaca. De hecho, serí el principal indicador fisiológico de la flexibilidad (elevada variabilidad) o rigidez del sistema. Y la forma de evaluarla es relativamente sencilla, pues suele hacerse, viendo si los intervalos entre latidos (más técnicamente el tiempo que pasa entre picos R sucesivos en la señal ECG) varían mucho o no. Para ello bastaría calcular la desviación estándar de la serie de dichos intervalos, aunque hay diversas medidas más ajustadas (como la media cuadrática de los cuadrados de aquellos intervalos consecutivos). También se utilizan medidas espectrales, en concreto la potencia en la banda 0.15Hz a 0.4Hz (o de alta frecuencia) ya que se sabe que refleja bastante bien la variabilidad de la tasa cardiaca mediada por el sistema parasimpático, a la función inhibidora del cual atribuyen los autores del modelo un papel crucial.

En cuarto lugar, y sobre la flexibilidad/rigidez, afirman que "los trastornos afectivos, incluyendo los de ansiedad, son estados emocionales distorsionados en los que el individuo es incapaz de pasar a un atractor o emoción que es apropiada ante un conjunto de demandas ambientales. El individuo está atrapado en un atractor o patrón conductual que no responde a estas demandas, cosa que se manifiesta en inflexibilidad o rigidez a distintos niveles de la organización del sistema. Dicho de otro modo, el individuo es incapaz de seleccionar la respuesta apropiada o, más a menudo, de inhibir la respuesta inapropiada" (Thayer y Lane, 2000, p.203-204).

Las principales hipótesis derivadas de este modelo han sido corroboradas en diversos trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad generalizada (Lyonfields, et al., 1995), fobia a la sangre (Friedman & Thayer, 1998a), trastorno de pánico (Friedman & Thayer, 1998b), fobia dental (Johnsen, et al., 2003) y, más indirectamente, miedo a volar (Bornas y cols, 2004, 2005). Ahora bien, como decíamos anteriormente, los análisis llevados a cabo en todos estos trabajos son de tipo convencional, ya que utilizan la variabilidad de la tasa cardiaca como principal medida psicofisiológica. La variabilidad, sin embargo, no necesariamente indica el grado de complejidad del sistema, ni tampoco tiene por qué darnos la mejor medida de su flexibilidad, aún admitiendo que un sistema con mayor variabilidad es más flexible.

Como enfatiza Pincus (1995, 2000), hay una diferencia fundamental entre los estadísticos de regularidad (como la entropía aproximada, ApEn, o la entropía muestral) y las medidas de variabilidad: "for variability measures, the order of the input is irrelevant – the focus is to quantify the degree of spread about a central value. In contrast, for ApEn, discerning changes in order from apparently random to very regular is the primary statistical focus." (Pincus, 2000, p.142).

En resumen, el modelo de Thayer y Lane(2000) tiene un indudable valor al ser uno de los primeros en presentar los trastornos de ansiedad en términos de la TSD, y al permitir realizar hipótesis contrastables de forma experimental. No hay que olvidar, sin embargo, que se basa en metáforas (las emociones La perspectiva no lineal 20

como atractores, por ejemplo) y que habrá que ver en el futuro si los datos confirman que se trata de paralelismos ajustados a la realidad. En una línea diferente encontramos trabajos que asumen (de forma digamos apriorística) que en Psicología tratamos con sistemas dinámicos y utilizan medidas y análisis no lineales para el estudio de los mismos. A diferencia del grupo anterior, en éste no hallamos ningún modelo parecido. Por tanto, a título ilustrativo citaremos algunos trabajos

realizados también sobre trastornos de ansiedad y depresión, y también intentaremos ilustrar la utilidad de las medidas no lineales resumiendo diversos estudios que tiene en común el hecho de emplear una de las que está recibiendo más atención, la entropía aproximada.

El grupo de Yeragani ha realizado varios estudios en los que calcula la mínima dimensión de reconstrucción (del sistema) (mediante el algoritmo presentado por Cao, 1997), la dimensión de correlación, el máximo exponente de Lyapunov (recordemos que permite estimar la sensibilidad del sistema a las condiciones iniciales y, por tanto, la predictibilidad del comportamiento futuro) o la entropía de series temporales RR (intervalos entre latidos cardíacos) para demostrar que estas medidas pueden ayudar a una mejor comprensión de alteraciones como la depresión o el trastorno de pánico (Rao & Yeragani, 2001; Yeragani, Pesce, Jayaraman, & Roose, 2002; Yeragani, Pohl, Jampala, Balon, Ramesh, & Srinivasan, 2000; Yeragani, Rao, Smitha, Pohl, Balon, & Srinivasan, 2002). Brevemente, cabe destacar que encontraron valores más bajos del máximo exponente de Lyapunov tanto en depresivos como en pacientes con trastorno de pánico, y la complejidad (evaluada con la estimación de la mínima dimensión de reconstrucción) se encontró más elevada en los pacientes que en controles normales, si bien no hallaron diferencias en la dimensión de correlación (otra medida de complejidad). Si bien los resultados de estos trabajos tienen un gran interés por el mero hecho de emplear índices propios de la TSD, se ve en seguida que no son en absoluto resultados concluyentes y, a veces, son contradictorios. Además, el uso de dichos índices ha sido bastante criticado: la dimensión de correlación, por ejemplo, parece funcionar perfectamente para el estudio de sistemas caóticos creados matemáticamente y de baja dimensionalidad (como el que corresponde al conocido atractor de Lorenz). No hay evidencia, sin embargo, de que los sistemas biológicos sean de este tipo, sino que probablemente sean más complejos (mayor dimensionalidad). No deja de ser, pues, una hipótesis, que los índices válidos para los primeros lo sean también para los segundos (Kantz y Schreiber, 1997; Heath, 2000).

En parte por estas críticas, y también por la dificultad de disponer de series de miles de datos para poder utilizar dichos índices, Pincus (1995) introdujo la Entropía Aproximada o ApEn(6) que permite emplear series relativamente cortas (N˜100). Como ya hemos mencionado anteriormente, Richman y oorman(2000) presentaron una optimización denominada Entropía muestral (Sample Entropy, SampEn). Actualmente la ApEn es una medida no lineal utilizada por investigadores de muy diversas áreas, como la anestesiología (Bruhn, Ropcke,& Hoeft, 2000; Sleigh, Olofsen, Dahan, Goede, & Steyn-Ross, 1991), ecreción hormonal (Pincus, Veldhuis, & Rogol, 2000; Svensson, Veldhuis, Iranmanesh, Bengtsson, & Johannsson, 2002), envejecimiento (Lipsitz, 2002; Pikkujämsä, Mäkikallio, Sourander, Raïhä, Puukka, Skyttä et al. 1999), diferencias de género (Kuo & Yang, 2002), neurociencia (Bhattacharya, 2000), estado deánimo Yeragani, Pohl, Mallavarapu M. y Balon, R., 2003) y cardiología (Pincus, 2000; Vigo, Nicola Siri, Ladrón de Guevara, Martínez-Martínez, Fahrer, Cardinali, et l. 2004; Wagner & Persson,1998; Wessel, Voss, Malberg, Ziehmann, Voss, Schirdewan, et al., 2000). En general, los resultados de estos trabajos concuerdan con el principio general expresado por Guastello(1994, p.6) a partir de la reiterada constatación de que las señales fisiológicas (el ECG por ejemplo) procedentes de organismos sanos se caracterizan por la irregularidad: el organismo es un sistema adaptativo complejo, y la turbulencia o la complejidad de su conducta es lo que le capacita para el más amplio rango de respuestas adaptativas. Así, valores bajos de ApEn (que significan mayor regularidad) se han hallado en el EEG frontal (Fp1, Fp2) de pacientes anestesiados (Bruhn et al., 2000). Penttilä, Helminen, Jartti, Kuusela, Huikuri, Tulppo et al. (2003) hallaron que el bloqueo vagal mediante fármacos (glycopyrrolate) redujo significativamente la ApEn (medida sobre series RR) haciendo así menos variable el sistema, ya que el input vagal se sabe que es un

determinante mayor de la variabilidad de la tasa cardiaca. Vigo et al. (2004) informaron de valores más bajos de ApEn en pacientes deprimidos que en pacientes no deprimidos (ambos con angina de pecho o infarto de miocardio reciente). Valores más bajos de ApEn (así como del estimador de Taken de la dimensión de correlación), se han encontrado también en el EEG de pacientes con aplopejía (Bhattacharya, 2000) y en el estudio de la dinámica de los intervalos entre latidos cardíacos de las personas mayores (Pikkujämsä et al., 1999). En este mismo estudio se hallaron valores de ApEn más elevados durante el sueño que durante el día en los cuatro grupos de edad analizados (<15 años, 15-39, 40-60, y >60). Aunque niveles más elevados de complejidad (ApEn) parecen estar, pues, asociados con la salud, Perna, Caldirola, and Bellodi (2004) hicieron un trabajo sobre la respuesta respiratoria en pacientes con trastorno de pánico e informaron de valores más elevados en estos pacientes que en los controles normales, lo cual, por otro lado, confirma la observación clínica de la irregularidad respiratoria como signo del pánico.

(6) Lo que mide la ApEn es la probabilidad logarítmica de que secuencias de patrones que están próximos (dentro del rango r, que suele ser entre el 15 y el 20% de la desviación estándar de la serie) para m observaciones contiguas permanezcan próximas en la siguiente comparación (Pincus, 2000, p. 141).

Una reflexión para terminar

La Psicología de la Salud trata con sistemas dinámicos: personas y grupos de personas. Asumiendo esta premisa, la Psicología de la Salud debe acercarse a la TSD para disponer de las herramientas conceptuales y metodológicas que ésta le proporciona y que le permitirán el estudio riguroso de aquellos sistemas y de su comportamiento. Prescindir de dichas herramientas y mantener la perspectiva lineal como la única posible, adecuada o inteligible, significa renunciar a todo un universo de fenómenos de enorme interés para la Psicología y que tras la aparente aleatoriedad o la extrema complejidad, esconden algún orden al que sólo podemos acceder con aquellos recursos. Hay que reconocer, sin embargo, que el camino no es fácil. Por una parte, la misma TSD es un campo relativamente joven, en especial su vertiente aplicada.

Por ello existen todavía muchas dudas que dificultan la investigación. ¿Cuáles son los mejores índices para conocer un sistema biológico? ¿Son adecuados los que funcionan para caracterizar los sistemas matemáticos? ¿Son equiparables los sistemas biológicos y los matemáticos en cuanto a complejidad? ¿Podemos extrapolar los conocimientos obtenidos mediante procedimientos de simulación a contextos psicológicos reales? Y así podríamos seguir con una lista interminable. Por otra parte, existen deficiencias en la formación del psicólogo que acentúan la sensación de "estar ante algo demasiado complicado", que suele producirle el primer contacto serio con la TSD.

Pero también es verdad que ya disponemos de (a) las herramientas conceptuales, (b) algunos procedimientos concretos de análisis, y (c) diversas aplicaciones realizadas en nuestra área. Nuestra sugerencia para el psicólogo es que persista ante las dificultades buscando colaboraciones con expertos (matemáticos, especialistas en estadística, o científicos de cualquier disciplina que utilicen la perspectiva no lineal en su trabajo). Sin duda ello requerirá un esfuerzo formativo importante, pero la formación continuada no debería ser algo inusual en nuestra profesión. Esperamos haber contribuido modestamente, a través de estas páginas, a aumentar la curiosidad por la perspectiva no lineal y a facilitar el inicio de este esfuerzo que, sin duda, vale la pena realizar.

Referencias

Berger, R. D., Akselrod, S., Gordon, D., y Cohen, R. J. (1986). An efficient algorithm for spectral analysis of heart rate variability. IEEE Transactions

on Biomedical Engineering, 33, 900-904.

Bhattacharya, J. (2000). Complexity analysis of spontaneous EEG. Acta Neurobiologiae Experimentalis, 60, 495-501.

Bornas, X., Fullana, M.A., Tortella-Feliu, M., Llabrés, J., y García de la Banda, G. (2001). Computer-assisted therapy in the treatment of flight phobia: a

case report. Cognitive and Behavioural Practice,8, 234-240 Bornas, X., Llabrés, J., Noguera, M., López, A., Barceló, F., Tortella, M., et al. (2004). Self-implication and heart rate variability during exposure to flightrelated stimuli. Anxiety, Stress, and Coping, 17(4), 331-339. Bornas, X., Llabrés, J., Noguera, M., López, A., Tortella, M., y Fullana, M. A. (2005). Looking at the heart of low and high heart rate variability fearful flyers: self-reported anxiety when confronting feared stimuli. Biological Psycholgy, in press.

Bornas, X., Tortella-Feliu, M., Llabrés, J., Barceló, F., Pauli, P., y Mülhberger,

A. (2002). Clinical usefulness of a simulated exposure treatment for fear of flying. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2, 247 262.

Bornas, X., Tortella-Feliu, M., Llabrés, J., y Fullana, M.A. (2001). Computerassisted exposure treatment for flight phobia: a controlled study. Psychotherapy Research, 11, 259-273.

Bornas, X., y García de la Banda, G. (2001). Trastornos de la personalidad: un enfoque desde la teoría del caos. Psicología Conductual, 9(3), 471-488.

Bruhn, J., Ropcke, H., y Hoeft, A. (2000). Approximate entropy as an electroencephalographic measure of anesthetic drug effect during desflurane anesthesia. Anesthesiology, 92, 715-726. Cao, L. (1997). Practical method for determining the minimum embedding dimension of a scalar time series. PHYSICA D, 110, 43-50. La perspectiva no lineal 25

Chamberlain, L., y Bütz, M. R. (Eds.). (1998). Clinical Chaos: A therapist's guide to nonlinear dynamics and therapeutic change. Washington: Taylor y Francis.

Costa, M., Goldberger, A. L., y Peng, C.-K. (2002). Multiscale entropy analysis of complex physiologic time series. Physical Review Letters, 89(6).

Francis, S. E. (1995). Chaotic phenomena in psychophysiological selfregulation. In R. Robertson y A. Combs (Eds.), Chaos Theory in Psychology and the Life Sciences. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Freeman, W. J. (1999). How brains make up their minds. London: Phoenix.
Freeman, W. J. (2000). A proposed name for aperiodic brain activity: stochastic

chaos. Neural Networks, 13, 11-13.

Freeman, W. J. (2003). Neurodynamic models of brain in psychiatry. Neuropsychopharmacology, 28, 54-63.

Friedman, B. H., y Thayer, J. F. (1998). Anxiety and autonomic flexibility: a cardiovascular approach. Biological Psychology, 49, 303-323.

Friedman, B. H., y Thayer, J. F. (1998). Autonomic balance revisited: panic anxiety and heart rate variability. Journal of Psychosomatic Research,

44, 133-151.

Gleick, J. (1987). Chaos: Making a new science. New York: Viking. Grigsby, J., y Stevens, D. (2000). Neurodynamics of Personality. New York:

Guilford. Guastello, S. J. (2004). Progress in applied nonlinear dynamics: Welcome to NDPLS Volume 8. Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences, 8, 1-15.

Hansen, A. L., Johnsen, B. H., y Thayer, J. F. (2003). Vagal influence on working memory and attention. International Journal of Psychophysiology, 48, 263–274.

Heath, R. A. (2000). Nonlinear dynamics. Techniques and applications in Psychology. Mahwah,NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Hegger, R., Kantz, H., y Schreiber, T. (1999). Practical implementation of nonlinear time series methods: The TISEAN package. Chaos: An Interdisciplinary Journal of Nonlinear Science, 9(2), 413-435.

Johnsen, B. H., Thayer, J. F., Laberg, J. C., Wormnes, B., Raadal, M., Skaret, E., et al. (2003). Attentional and physiological characteristics of patients with dental anxiety. Journal of Anxiety Disorders, 17, 75-87.

Kantz, H., y Schreiber, T. (1997). Nonlinear time series analysis. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Kuo, T. B. J., y Yang, C. C. H. (2002). Sexual dimorphism in the complexity of cardiac pacemaker activity. American Journal of Physiology – Heart and Circulatory Physiology, 283, H1695-H1702.

Lewis, M. D., y Granic, I. (Eds.). (2000). Emotion, development, and selforganization. Dynamic systems approaches to emotional development. Cambridge: Cambridge University Press.

Lipsitz, L. A. (2002). Dynamics of stability: The physiologic Basis of funtional health and Frailty. Journal of Gerontology: Biological Sciences, 57A, B115-B125.

Lyonfields, J. D., Borkovec, T. D., y Thayer, J. F. (1995). Vagal tone in generalized anxiety disorder and the effects of aversive imagery and worrisome thinking. Behavior Therapy, 26, 457-466.

Makeig, S., Westerfield, M., Jung, T. P., Enghoff, S., Townsend, J., Courchesne, E., et al. (2002). Dynamic brain sources of visual evoked responses. Science, 295, 690-694.

Penttilä, J., Helminen, A., Jartti, T., Kuusela, T., Huikuri, H. V., Tulppo, M. P., et al. (2003). Effect of cardiac vagal outflow on complexity and fractal correlation properties of heart rate dynamics. Autonomic Autacoid Pharmacology, 23, 173-179.

Perna, G., Caldirola, D., y Bellodi, L. (2004). Panic disorder: from respiration to the homeostatic brain. Acta Neuropsychiatrica, 16, 57-67.

Pikkujämsä, S. M., Mäkikallio, T. H., Sourander, L. B., Raïhä, I. J., Puukka, P., Skyttä, J., et al. (1999). Cardiac Interbeat Interval Dynamics From Childhood to Senescence Comparison of Conventional and New Measures Based on Fractals and Chaos Theory. Circulation, 393-399.

Pincus, S. (1995). Approximate entropy (ApEn) as a complexity measure. Chaos, 5(1), 110-117. La perspectiva no lineal 27

Pincus, S. M. (2000). Approximate entropy in cardiology. Herzschrittmachertherapie und Elektrophysiologie, 11, 139–150.

Pincus, S. M., Veldhuis, J. D., y Rogor, A. D. (2000). Longitudinal changes in growth hormone secretory process irregularity assessed transpubertally in healthy boys. American Journal of Physiology - Endocrinology and Metabolism, 279, E417–E424.

Rao, R. K. A., y Yeragani, V. K. (2001). Decreased chaos and increased nonlinearity of heart rate time series in patients with panic disorder. Autonomic Neuroscience: Basic & Clinical, 88, 99-108.

Richman, J. S., y Moorman, J. R. (2000). Physiological time-series analysis using approximate entropy and sample entropy. Am J Physiol Heart Circ Physiol, 278, H2039-H2049.

Sleigh, J. W., Olofsen, E., Dahan, A., Goede, J. D., y Steyn-Ross, A. (1991). Entropies of the EEG:The effects of general anaesthesia. International Journal of Bifurcation and Chaos, 1, 512-547.

Sprott, J. C. (2003). Chaos and time-series analysis. New York: Oxford University Press.

Sprott, J. C., y Rowlands, G. (1995). Chaos Data Analyzer: The professional version (software program). Nueva York: American Institute of Physics.

Svensson, J., Veldhuis, J. D., Iranmanesh, A., Bengtsson, E., y Johannsson, G. (2002). Increased Orderliness of Growth Hormone (GH) Secretion in GH-Deficient Adults with Low Serum Insulin-Like Growth Factor I. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 87(6), 2863–2869.

Thayer, J. F., y Friedman, B. H. (2002). Stop that! Inhibition, sensitization, and their neurovisceral concomitants. Scandinavian Journal of Psychology, 43, 123-130.

Thayer, J. F., y Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. Journal of Affective Disorders, 61, 201-216.

Thelen, E., y Smith, L. B. (1994). A dynamic systems approach to the development of cognition and action. Cambridge, Massachussetts: The MIT Press.

Vigo, D. E., Nicola Siri, L., Ladrón de Guevara, M. S., Martínez-Martínez, J. A., Fahrer, R. D., Cardinali, D. P., et al. (2004). Relation of depression to heart rate nonlinear dynamics in patients >60 years of age with recent unstable angina pectoris or acute myocardial infarction. The American Journal of Cardiology, 93, 756-760.

Wagner, C. D., y Persson, P. B. (1998). Chaos in the cardiovascular system: an update. Cardiovascular Research, 40, 257-264.

Wessel, N., Voss, A., Malberg, H., Ziehmann, C., Voss, H. U., Schirdewan, A., et al. (2000). Nonlinear analysis of complex phenomena in cardiological data. Herzschrittmachertherapie und Elektrophysiologie, 11, 159-173.

Yeragani, V. K., Pesce, V., Jayaraman, A., y Roose, S. (2002). Major depression with ischemic heart desease: effects of paroxetine and nortriptyline on long-term heart rate variability measures. Biological Psychiatry, 52, 418-429.

Yeragani, V. K., Pohl, R. B., Jampala, V. C., Balon, R., Ramesh, C., y Srinivasan, K. (2000). Increased QT variability in patients with panic disorder and depression. Psychiatry Research, 93, 225-235.

Yeragani, V. K., Pohl, R., Mallavarapu, M., y Balon, R. (2003). Approximate entropy of symptoms of mood: an effective technique to quantify regularity of mood. Bipolar Disorders, 5, 279-286.

Yeragani, V. K., Rao, K. A. R. K., Smitha, M. R., Pohl, R. B., Balon, R., y Srinivasan, K. (2002). Diminished chaos of heart rate time series in patients with major depression. Biological Psychiatry, 51, 733-744.

INFLUENCIA DEL ESTADO EMOCIONAL EN LA SALUD FISICA

Enrique Barra Almagiá
Universidad de Concepción

Introducción

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 adopción de 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 que 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, Guijarro & 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 los individuos con alta AN es más probable que 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 distractivo 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 ellas 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 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). Y 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 que 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 que es más probable que disparen 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 (ej. 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. Y 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 cardiaca 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, predicción 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 parte 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 (Consedine, 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 psicosomáticos, 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 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 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 solo 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 dos funciones importantes: por una parte reflejar y reducir la ansiedad asociada, y por otra parte, 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 a 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 que sean 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.

Segerstrom, 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.

LA RECONSOLIDACIÓN DE LA MEMORIA: UN CONCEPTO DESAFORTUNADO

Roberto A. Prado-Alcalá
Miguel A. Díaz del Guante
María E. Garín-Aguilar
Arnulfo Díaz-Trujillo
y Gina L. Quirarte

Instituto de Neurobiología
Universidad Nacional Autónoma de México
Campus Juriquilla, Querérato, Qro. - México

La mayor parte de la investigación neurobiológica relacionada con los mecanismos de la memoria se apoya en dos postulados: 1) que la información derivada de una experiencia de aprendizaje es guardada en un almacén temporal, la memoria de corto plazo, que es frágil y tiene una capacidad limitada; 2) que esta información puede pasar a un almacén definitivo, la memoria de largo plazo, resistente a la degradación y de muy alta capacidad (Squire, 1987). Ya en 1890 William James hablaba de estos tipos de memoria, a los que llamó primaria y secundaria.

La memoria de corto plazo nos permite manejar información que utilizaremos inmediatamente; pero que también rápidamente puede perderse, por ejemplo, ver un número en el directorio telefónico y marcarlo. Si esa información no es de relevancia posterior, no la recordaremos unos minutos más tarde. En cambio, si la información es importante o se presenta reiteradamente, puede pasar a residir en la memoria de largo plazo. Ésta nos permite recordar datos del pasado reciente y remoto (qué cené anoche, la ruta para llegar a mi lugar de trabajo, el número telefónico de mi casa). El proceso de transferencia de la información de la memoria

de corto plazo a la memoria de largo plazo es conocido con el nombre de consolidación (McGaugh, 2000).

La primera referencia documentada acerca de la consolidación se remonta al siglo I de la era común, expresada de la siguiente manera por Quintiliano, un educador romano: "(...) en el transcurso de una noche se incrementa fuertemente la fuerza de la memoria", y agrega que "la fuerza del recuerdo (...) pasa por un proceso de maduración durante ese tiempo transcurrido" (citado por Dudai, 2004). El término "consolidación", en el contexto del estudio de la memoria, fue introducido por Müller y Pilzecker (1900), quienes lo emplearon en una monumental monografía de 300 páginas, en la que reportaron 40 experimentos diseñados para identificar las leyes que gobiernan la formación y evocación de la memoria. En este trabajo dieron una base objetiva a la observación de Quintiliano. Observaron que si inmediatamente después de aprender sílabas sin sentido, se presentaban nuevos estímulos, la memoria del material original decaía, es decir, se interfería con el establecimiento de la memoria de largo plazo. Unos años antes, en 1882, Ribot hizo una recopilación de estudios clínicos de personas que habían sufrido algún traumatismo craneal; su principal observación fue que había una alta probabilidad de olvidar los eventos ocurridos inmediatamente antes o después del traumatismo. Estas y otras observaciones clínicas similares representan un apoyo para la hipótesis de la consolidación, que postula que la memoria formada después de una experiencia inicial, al principio es frágil, y con el transcurso del tiempo se estabiliza y se torna menos vulnerable a la interferencia.

Las observaciones clínicas dieron lugar a observaciones controladas que confirieron a la consolidación el estatus de fenómeno susceptible al análisis experimental. El protocolo clásico para estudiar la consolidación es el entrenamiento de evitación inhibitoria, también conocido como prevención pasiva, seguido por la administración de tratamientos amnésicos, tales como choques electroconvulsivos, hipoxia, hipotermia, inhibidores de síntesis de proteínas, y toda una gama de drogas que afectan el funcionamiento del sistema nervioso, particularmente la transmisión sináptica. En una situación típica de evitación inhibitoria, una rata albina es colocada en un compartimiento iluminado, separado por una puerta deslizable de otro oscuro. Cuando la puerta es abierta, la rata, debido a su fotofobia innata, cruza al compartimiento oscuro; una vez que ha cruzado, se le administra un leve choque eléctrico en las patas. Veinticuatro horas después se repite el procedimiento, omitiendo el choque, y se puede observar que la rata no pasa de nuevo al compartimiento en el que se le aplicó el choque el día anterior. Esta conducta de inhibición motora implica que la rata almacenó en la memoria de largo plazo la experiencia que le generó aversión. En contraste, las ratas que nunca recibieron el choque durante la primera sesión, vuelven a pasar al compartimiento oscuro al día siguiente.

¿Cómo se estudia la consolidación? Básicamente entrenando roedores en la tarea de evitación inhibitoria y administrando un tratamiento amnésico, a intervalos crecientes, a grupos independientes de animales. Los resultados que se encuentran en la literatura son muy consistentes y concluyentes: los tratamientos aplicados inmediatamente después del entrenamiento producen un estado amnésico muy acentuado, o sea que prácticamente no hay memoria; conforme se incrementa el intervalo entre el entrenamiento y la aplicación del tratamiento, el estado amnésico es menor, hasta que llega un punto en el que el tratamiento es totalmente ineficaz, es decir, la memoria se encuentra intacta; este momento define la conclusión del proceso de consolidación. La duración de este proceso varía desde unos cuantos segundos o minutos (Duncan, 1949; McGaugh, 1966) hasta algunas horas (Shadmehr & Holcomb, 1997), dependiendo del tipo de tarea y del agente amnésico estudiados.

Un avance significativo en el estudio de la consolidación de la memoria fue el descubrimiento de McGaugh y Breen (1961), de que la aplicación de picrotoxina, inmediatamente después del entrenamiento, durante el período de consolidación, produce facilitación de la memoria. Este efecto fue confirmado en otros experimentos del grupo de McGaugh, así como en otros muchos laboratorios (McGaugh, 1966, 2000). Las drogas que producen facilitación del aprendizaje incluyen a la estricnina, pentilenetetrazol, anfetamina, nicotina, cafeína, fisostigmina, etc., que en general incrementan la excitabilidad neuronal.

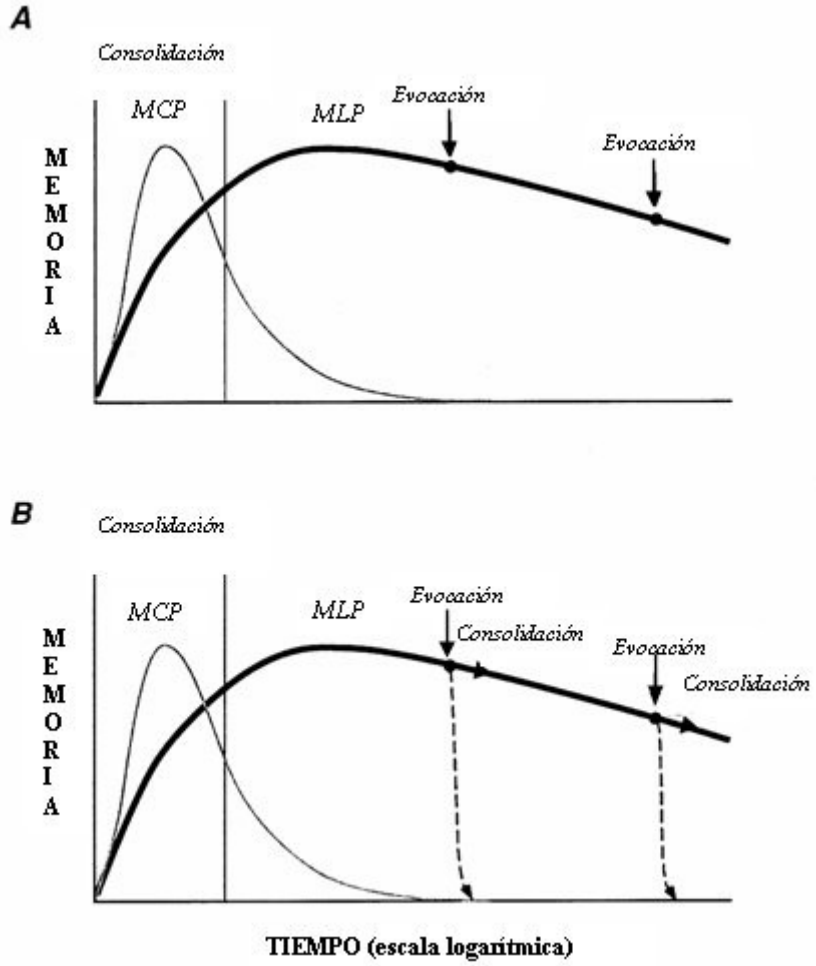
Recapitulando, la investigación acerca de la consolidación de la memoria se funda en las hipótesis de que la memoria de reciente formación es vulnerable a la acción de eventos que ocurren cercanamente al entrenamiento, que pueden mejorarla o deteriorarla, y que se estabiliza con el paso del tiempo. La falta de efecto sobre la memoria de tratamientos amnésicos administrados varias horas después de la experiencia de aprendizaje, se toma como evidencia de que la memoria se ha consolidado (McGaugh, 2000).

La hipótesis de la consolidación de la memoria se apoya igualmente en la evidencia experimental referida a que las deficiencias mnemónicas producidas por la aplicación de tratamientos después del entrenamiento son permanentes (e.g., Chevalier, 1965; Luttges & McGaugh, 1967). Otra característica fundamental que se asocia a la transferencia de información del almacén de corto plazo al de largo plazo es que para cada experiencia de aprendizaje habrá una única consolidación (Dudai, 2004).

Ha transcurrido un poco más de 100 años desde que el concepto de consolidación se incorporó al lenguaje de la psicología experimental (Müller & Pilzecker, 1900) y éste ha dado origen a literalmente miles de experimentos acerca de la neurobiología de la memoria. Sin embargo, precisamente en el centenario de este artículo apareció una publicación del grupo de Joseph E. LeDeux, en la que el concepto de consolidación fue puesto en duda (Nader et al., 2000); estos autores reportaron que la retención de una tarea ya consolidada también puede ser abolida si se interfiere con el funcionamiento de la amígdala cerebral, administrándole un inhibidor de la síntesis de proteínas poco después de que la memoria es reactivada, esto es, si el tratamiento se administra 24 horas después del entrenamiento e inmediatamente después de una prueba de retención. A esta publicación le siguió otra del mismo grupo (Debiec et al., 2002), en la que describieron el mismo efecto, pero ahora aplicando el inhibidor en el hipocampo. En ambos casos los autores concluyeron que después de la experiencia de aprendizaje se echa a andar el proceso de consolidación, pero que una vez consolidada esa memoria, al ser reactivada se repite el mismo proceso de consolidación. A este fenómeno le denominaron reconsolidación (Figura 1). Es importante recalcar que para que se produzca la amnesia de la memoria consolidada, es menester que ésta sea reactivada; si se aplica un tratamiento amnésico sin haber hecho tal reactivación, entonces no se produce la amnesia. De esta manera, para que haya reconsolidación, debe haber reactivación de la memoria original.

A pesar de que el efecto amnésico inducido después de ocurrir la consolidación de la memoria ya había sido descrito hace varias décadas y también recientemente (Misanin et al., 1968; Pryzbyslawski & Sara, 1997; Schneider & Sherman, 1968), la comunidad científica le prestó poca atención. Sin embargo el reporte de Nader et al. (2000), publicado en la prestigiada revista Nature, suscitó una acalorada controversia, que aún sigue vigente (Anokhin et al., 2002; Biedenkapp & Rudy, 2004; Cammarota et al., 2004; Dudai, 2004; McGaugh, 2004; Nader, 2003; Nader et al., 2000; Sara, 2000; Vianna et al., 2001).

Figura 1 - Representación esquemática de los conceptos de consolidación (A) y reconsolidación (B). MCP, memoria de corto plazo; MLP, memoria de largo plazo (Modificado de Dudai, 2004).



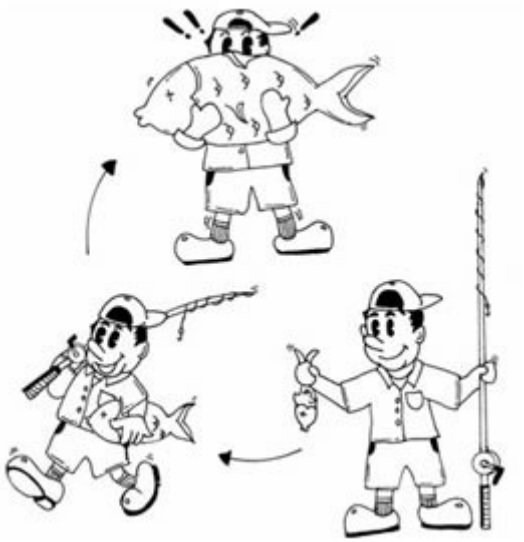
Lo que el nuevo concepto de reconsolidación significa es que la información derivada de una experiencia de aprendizaje puede quedar grabada en la memoria de largo plazo a través del proceso de consolidación, pero que cada vez que se recuerda esa experiencia, es decir, cuando se reactiva esa memoria, ésta vuelve a ser lábil y se vuelve a consolidar. La parte medular de este nuevo concepto es que cuando la memoria es reactivada puede ser borrada si durante el período de labilidad se aplica algún tratamiento que interfiera con la actividad cerebral.

Además sería factible que durante el período de labilidad, nuevos elementos presentes durante la reactivación pueden ser incorporados a la memoria original, y esta nueva memoria puede consolidarse. Siguiendo con esta propuesta, al ser reactivada esta memoria modificada, nueva información que está presente en ese momento puede asociarse a ella y ser consolidada. De esta manera, tendremos que a lo largo del tiempo, el contenido de la evocación o recuerdo de una experiencia lejana podría ser muy diferente de la experiencia que dio lugar a la memoria original.

Un ejemplo típico de este fenómeno podría ser el del tío que en una reunión familiar reciente narra cómo la primera vez que fue a pescar cogió un pez de casi un metro y medio de largo; unos años antes decía que el pez medía un metro. Sin embargo, existe una fotografía del tío, con el pez. El bicho medía 50 centímetros (Figura 2). La teoría de la reconsolidación explicaría esta anécdota fácilmente. Cada vez que el tío narraba su hazaña, por fuerza se reactivaba la memoria del suceso, quedando en un estado lábil. Si al hacer la descripción del pez (y para impresionar a su auditorio) decía que tenía algunos centímetros más de largo, entonces esta nueva visualización se asociaba con el recuerdo de la experiencia, y al reconsolidarse la memoria, en ella quedaba guardada el nuevo tamaño, y así sucesivamente (esto no descarta explicaciones alternativas, entre otras, que el tío es un mitómano o que padece de mala memoria).

Desde un punto de vista práctico se puede pensar en aplicaciones a la clínica. Por ejemplo, el principio de la reconsolidación podría utilizarse en el tratamiento de fobias. Se le pediría al paciente que reviviera (recordara) la experiencia traumática que es la fuente de su fobia. Al reactivar su memoria el terapeuta podría introducir en la situación estímulos placenteros que se asociarán con el recuerdo traumático; de esta manera, al reconsolidarse la memoria resultante (la original combinada con los estímulos placenteros), las nuevas respuestas emocionales desencadenadas por el recuerdo de la vivencia original ya no estarían cargadas con componentes de ansiedad.

Figura 2 - El relato del pescador se refiere a un pez grande, cuando en realidad fue pequeño. ¿Reconsolidación, mitomanía o mala memoria?



Lo más importante que puede desprenderse de esta incipiente revolución conceptual, es que se echarían por tierra dos de los postulados principales que caracterizan al concepto de la consolidación: que como consecuencia de un aprendizaje se desencadena un solo periodo de consolidación (McGaugh, 2000), y que la interferencia con la actividad cerebral producida durante el período lábil de la consolidación trae consigo un estado amnésico permanente (e.g., Chevalier, 1965; Luttges & McGaugh, 1967). Otra consecuencia importante sería la posibilidad de tener que poner en tela de juicio gran parte de la experimentación sobre la memoria que se ha realizado durante el siglo pasado. Prácticamente toda la investigación neurobiológica acerca de la consolidación de la memoria tendría que repetirse con el fin de determinar si el sistema nervioso maneja el proceso de reconsolidación de igual forma en que maneja la consolidación.

Afortunadamente, la ciencia se corrige así misma. La historia nos ha enseñado que las interpretaciones que se dan de los hechos pueden estar equivocadas, o bien que algunas interpretaciones acerca de fenómenos naturales se han basado en observaciones parciales, incompletas de los fenómenos bajo estudio. Parece ser que este es el caso de la incipiente historia de la reconsolidación.

Un denominador común de los experimentos en los que descansa el concepto de reconsolidación es que se induce un estado amnésico después de causar interferencia con la actividad cerebral cuando se reactiva una memoria particular. Sin embargo, en la mayoría de los estudios en donde se han reportado evidencias que apoyan el concepto de reconsolidación solamente se ha realizado una prueba de retención después de la reactivación de la memoria, o bien, un número limitado de pruebas de retención a lo largo de unos cuantos días (e.g., Boccia et al., 2004; Debiec et al., 2002; Misanin et al., 1968; Nader et al., 2000). Estos diseños experimentales impidieron que se pudiera detectar alguna recuperación en la memoria, que podría haberse observado con un período más prolongado de pruebas de retención; queda pues la duda de si esta deficiencia de la memoria es permanente o pasajera.

Si la deficiencia de la memoria se debiese a la interferencia con la reconsolidación de la memoria, entonces los tratamientos amnésicos administrados inmediatamente después de la reactivación de la memoria deberían producir una deficiencia de larga duración, comparable a la producida por tratamientos aplicados inmediatamente después de una experiencia de aprendizaje, es decir, durante el inicio de la consolidación original. Por otra parte, si las deficiencias observadas después de la reactivación de la memoria no fuesen permanentes, entonces tal hallazgo indicaría que las deficiencias se deben simplemente a influencias temporales de los tratamientos sobre los mecanismos de evocación o recuperación de la memoria.

Así como ocurrió en el caso de la hipótesis de la consolidación, ahora el concepto de reconsolidación está siendo puesto en tela de juicio por dos razones primordiales: la primera es que se han publicado casos en los que la interferencia con la actividad cerebral inducida después de la reactivación de la memoria no produce deficiencias posteriores en la retención (Biedenkapp & Rudy, 2004; Cammarota et al., 2004; Dawson & McGaugh, 1969; McGaugh, 2004; Vianna et al., 2001). La segunda razón es que cuando hay deficiencias en la retención, estas son temporales. En otras palabras, la memoria se recupera con el paso del tiempo, por lo que la deficiencia se interpreta como debida a un impedimento reversible de la evocación de la memoria (Anokhin, et al., 2002; Díaz del Guante et al., 2004; Judge & Quartermain, 1982; Lattal & Abel, 2004; Prado-Alcalá et al., 2005).

Es así como se ha completado un ciclo. Durante cien años prevaleció la hipótesis de que para que la información derivada de cada experiencia de aprendizaje quede guardada en un almacén de largo plazo debe pasar por un proceso de consolidación único. Al cumplirse este siglo, se puso en tela de juicio esta hipótesis al plantearse que el proceso de consolidación puede reiniciarse cada vez que se evoca una memoria residente en el almacén de largo plazo. ¿Cuál de estas dos proposiciones es correcta?

Esta historia es un claro ejemplo de que aunque las interpretaciones que se dan a los datos experimentales pueden ser muy razonables, éstas no son capaces de explicar un fenómeno complejo más allá de lo que el diseño experimental lo permita. Los diseños experimentales que han apoyado la llamada reconsolidación no son adecuados para descartar la hipótesis de la consolidación, ya que no permiten determinar si la amnesia resultante de la interferencia con la actividad cerebral es permanente. En tanto no se cumpla con este supuesto no se puede aceptar la hipótesis de la reconsolidación.

Los experimentos que estudiaron el curso temporal del cuadro amnésico inducido después de la reactivación de la memoria consolidada han mostrado consistentemente que después de varias sesiones de prueba la amnesia desaparece. Así pues, los datos obtenidos a partir de diseños experimentales apropiados permiten rechazar la hipótesis de la reconsolidación. Aunque la hipótesis de la consolidación ha salido bien librada durante cien años, debemos seguir sometiéndola a la prueba experimental, para fortalecerla o, si es el caso, modificarla o descartarla. Solamente así podremos seguir desentrañando los misteriosos acertijos con los que el cerebro nos desafía.

Referencias

Anokhin, K. V., Tiunova, A. A. & Rose, S. P. R. (2002). Reminder effects - reconsolidation or retrieval deficit? Pharmacological dissection with protein synthesis inhibitors following reminder for a passive-avoidance task in young chicks. European *Journal of Neuroscience, 15*, 1759-1765.

Biedenkapp, J. C. & Rudy, J. W. (2004). Context memories and reactivation: Constrains on the reconsolidation hypothesis. *Behavioral Neuroscience, 118*, 956-964.

Boccia, M. M., Acosta, G. B., Blake, M. G. & Baratti, C. M. (2004). Memory consolidation and reconsolidation of an inhibitory avoidance response in mice: Effects of ICV injections of hemicholinium-3. *Neuroscience, 124*, 735-741.

Breen, R. A., and McGaugh, J. L. (1961). Facilitation of maze learning with posttrial injections of picrotoxin. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 54*, 498-501.

Cammarota, M., Bevilaqua, L. R. M., Medina, J. H. & Izquierdo, I. (2004). Retrieval does not induce reconsolidation of inhibitory avoidance memory. *Learning and Memory, 11*, 572-578.

Chevalier, J. A. (1965). Permanence of amnesia after a single posttrial electroconvulsive seizure. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 59,* 125-127.

Dawson, R. G. & McGaugh, J. L. (1969). Electroconvulsive shock effect on a reactivated memory: further examination. *Science, 166*, 525-527.

Debiec, J., LeDoux, J. E. & Nader, K. (2002) Cellular and systems reconsolidation in the hippocampus. *Neuron, 36*, 527-538.

Díaz del Guante, M. A., Quiroz, C., Garín-Aguilar, M. E., Quirarte, G. L. & Prado-Alcalá, R. A. (2004). Recovery from amnesia after multiple retention tests: a case against reconsolidation. 34th Annual Meeting, Society for Neuroscience, San Diego, CA, U.S.A.

Dudai, Y. (2004). The neurobiology of consolidations, or, how stable is the engram? *Annual Review of Psychology, 55*, 51-86.

Duncan, C. P. (1949). The retroactive effect ofelectroconvulsive shock. Journal of *Comparative and Physiological Psychology, 42*, 32-44.

James, W. (1890) Principles of Psychology, New York: Holt.

Judge, M. E. & Quartermain, D. (1982). Characteristics of retrograde amnesia following reactivation of memory in mice. *Physiology and Behavior, 28*, 585-590.

Lattal, K. M. & Abel, T. (2004). Behavioral impairments caused by injections of the protein synthesis inhibitor anisomycin after contextual retrieval reverse with time. *Proceedings of the National Academy of Sciences, U. S. A., 101*, 4667-4672.

Luttges, M. W. & McGaugh, J. L. (1967). Permanence of retrograde amnesia produced by electroconvulsive shock. *Science, 156*, 408-410.

McGaugh, J. L. (1966). Time-dependent processes in memory storage. *Science, 153*, 1351-1358.

McGaugh, J. L. (2000). Memory – a century of consolidation. *Science, 287*, 248-251.

McGaugh, J. L. (2004). Memory consolidation hypothesis revived but restrained: theoretical comment on Biedenkapp and Rudy (2004). *Behavioral Neuroscience, 118*, 1140-1142.

Misanin, J. R., Miller, R. R. & Lewis, D. J. (1968). Retrograde amnesia produced by electroconvulsive shock after reactivation of a consolidated memory trace. *Science, 160*, 554-555.

Müller, G. E. & Pilzecker, A. (1900). Experimentelle beitrage zur lehre vom gedachtnis. *Zeitschrift für Psychologie. Erganzungsband 1*

Nader, K. (2003). Memory traces unbound. Trends in Neurosciences, 26, 65-72.

Nader, K., Schafe, G. E. & Le Doux, J. E. (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. Nature, 406, 722-726.

Prado-Alcalá, R. A., Díaz del Guante, M. A., Garín-Aguilar, M. E., Díaz-Trujillo, A., Quirarte, G. L. and McGaugh, J. L. (2005). Memory impairment induced by post-retrieval inactivation of the amygdala or hippocampus with tetrodotoxin is attenuated by repeated retention testing: Memory retrieved, not reconsolidated..

Przybyslawski, J. & Sara, S. J. (1997). Reconsolidation of memory after its reactivation. Behavioural Brain Research, 84, 241-246.

Sara, S. J. (2000). Retrieval and reconsolidation: Toward a neurobiology of remembering. Learning and Memory, 7, 73-84.

Shadmeh, R. & Holcomb, H. H. (1997). Neural correlates of motor memory consolidation. Science, 277, 821-825.

Schneider, A. M. & Sherman, W. (1968). Amnesia: a function of the temporal relation of foot-shock to electroconvulsive shock. Science, 159, 219-221.

Squire, L. R. (1987). Memory and Brain. Oxford University Press.

Vianna, M. R., Szapiro, G., McGaugh, J. L., Medina, J. H. & Izquierdo, I. (2001). Retrieval of memory for fear-motivated training initiates extinction requiring protein synthesis in the rat hippocampus. Proceedings of the National Academy of Sciences, U. S. A ., 98, 12251-12254.

PERFILES DE DESARROLLO SOCIAL Y CONFIGURACIONES DE PATRONES DE RIESGO: IMPLICACIONES PARA EL AJUSTE INDIVIDUAL Y SOCIAL

Santoyo, V. C.
Colmenares, V. L.
Morales, Ch., S.
y Figueroa, B. N.

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

Se expone una estrategia genérica que permite la identificación de patrones de conducta de niños de primaria con problemas de adaptación en el ámbito escolar. Se describe la importancia de la detección de problemas de ajuste y adaptación social en la etapa escolar así como sus implicaciones para la psicología de la salud. Con base en el enfoque de desarrollo centrado en personas (Magnusson & Cairns, 1996), se describe una estrategia de evaluación politética, basada en dimensiones múltiples de ajuste y se presentan los resultados de niños cuyo perfil está constituido por indicadores conductuales problemáticos. Para ello y basados en el "Estudio Longitudinal de Coyoacán" se analizan y evalúan perfiles de niños: con necesidades educativas especiales, con bajas habilidades sociales, que son altamente agresivos y niños con baja persistencia académica. Se analizan los perfiles que pueden derivar en factores de riesgo de psicopatología, riesgo para los demás, problemas conductuales y/o motivacionales.

Descriptores: Perfiles de desarrollo, interacción social, factores de riesgo, niños de primaria.

Este trabajo aborda el análisis de factores de riesgo que los niños en edad escolar encuentran en un escenario educativo. Centrar el estudio de campo dentro del ámbito de una escuela primaria pública es importante debido a que la vida cotidiana de los niños implica una dedicación de varias horas a la actividad escolar. Este ambiente es una fuente importante de estimulación para su socialización. Pueden identificarse varias líneas de estudio y áreas problema dentro de dicho escenario (Santoyo, 1996).

Algunos de los patrones sociales establecidos en la escuela son base sustantiva de configuraciones potenciales de ajuste o desajuste social posterior. Por ejemplo, las "etiquetas" que los profesores o los alumnos ponen a los niños pueden ejercer un efecto adverso relativamente permanente. Ciertos procesos de interacción entre niños imponen restricciones al adecuado funcionamiento dentro del aula; algunos de los resultados académicos adversos se van constituyendo en patrones "coherentes" de desarrollo que facilitan comportamiento antisocial posterior; el tiempo dedicado a las actividades académicas en el aula, en ocasiones está lejos de ser óptimo y por el contrario no constituye la actividad más representativa en término de asignación de esfuerzo; algunos niños exhiben patrones coercitivos en exceso, mientras que otros son receptores y víctimas de los mismos, representando ambos factores de riesgo sustantivo.

En este capítulo se expone una estrategia politética-multimétodo, cuya meta radica en la identificación, análisis y seguimiento de configuraciones de resultados que se consideran como riesgo potencial en el proceso de ajuste de niños de primaria. El trabajo se centra en la estrategia metodológica y se exponen algunos resultados de una muestra de patrones de conducta considerados de riesgo, comparados con los perfiles de comportamiento del resto del grupo, de un estudio longitudinal en curso (Santoyo & Espinosa, 2005 y en prensa).

En general, para el avance del conocimiento científico sobre el desarrollo de procesos de interacción en escenarios naturales y el progreso en el campo de la evaluación y prevención de problemas conductuales, se hace necesario el análisis de: la cualidad y dirección de las interacciones sociales entre el sujeto focal y sus pares o entre aquél y la maestra; las restricciones personales, sociales, normativas, temporales y contextuales; y la ecología social del medio donde se ubica cada niño en el aula o el recreo, e incluso fuera de ellos. Lo anterior implica un estudio detallado de las variables pertinentes y de la interacción entre ellas desde la perspectiva de síntesis de la ciencia del desarrollo (Cairns, Elder & Costello, 1996),

misma que se asume en este trabajo.

Premisas de la Ciencia del Desarrollo

De forma breve, la ciencia del desarrollo establece como principales premisas que:

Un individuo se desarrolla como un organismo integrado.

Los aspectos simples no se desarrollan y funcionan aisladamente y deben analizarse como un todo estructurado.

El desarrollo ocurre de forma dinámica y continua, con base en un proceso de interacción recíproco con su ambiente físico, social y cultural.

El funcionamiento individual depende de e influye en la interacción recíproca entre subsistemas en el individuo.

Las diferencias en las tasas de desarrollo pueden producir diferencias importantes en la organización y configuración de sus funciones psicológicas.

El funcionamiento social y cognoscitivo en el desarrollo tiende a ser organizado y a exhibir continuidad, a pesar de cambios constantes (Magnusson & Cairns, 1996).

Una vez referidas las premisas de la disciplina de síntesis, se procede a analizar de forma breve la relevancia práctica, clínica y social de los procesos estudiados.

Sobre la Justificación Social y Clínica de las Interacciones Sociales

Desde una perspectiva diagnóstica y de predicción, se ha señalado insistentemente que la carencia de habilidades sociales puede ser un factor aptitudinal para el desarrollo de psicopatología (Arkowitz, 1981; Putallaz & Gottman, 1981). Por ejemplo, los niños poco populares generalmente exhiben bajos niveles de logro en la escuela, experimentan dificultades de aprendizaje, muestran deserción escolar y son sujetos de riesgo para exhibir conductas problema y delictivas (Cairns & Cairns, 1994). En contraparte, poseer amigos estables dentro del grupo implica habitualmente un factor de protección para el desarrollo social (Arkowitz, 1981).

Las habilidades sociales pueden abordarse e identificarse desde tres perspectivas complementarias: por su contenido, por sus consecuencias y por la ubicación del sujeto en la ecología social, específicamente dentro de su red social (Santoyo, 1996). En particular, desde la perspectiva de un enfoque funcional centrado en el análisis de sus consecuencias, se parte del supuesto que aquellos sujetos que cuentan con la habilidad para maximizar la tasa de reforzamiento y de minimizar eventos coercitivos pueden considerarse como socialmente competentes. Este enfoque implica, entre otras cosas, identificar la tasa de interacciones iniciadas por el sujeto (Keller & Carlson, 1974), la probabilidad de conducta social positiva (Hartup, Glazer & Charlesworth, 1967) y la combinación de las dos anteriores (LaGreca & Santogrossi, 1980). En este trabajo, para abordar el análisis de las habilidades sociales se ha asumido un enfoque integrativo que incorpora tanto los actos de emisión positiva o negativa hacia otros o los que otros dirigen al sujeto focal, como a las consecuencias de estos y en consideración al contexto o red social en donde cada persona se ubica de manera relativa dentro de un grupo (Santoyo, 1994; 1996).

En general, investigaciones recientes han mostrado la utilidad y validez del estudio de los mapas cognoscitivos compuestos, un indicador de la ubicación sociométrica del niño dentro de grupos naturales para dar cuenta del ajuste individual como una

función de las influencias que ejercen los compañeros (Gest, Farmer, Cairns & Xie, 2003). Así, por ejemplo, los niños agresivos tienden a pertenecer a subgrupos sociales en donde se ubican otros niños también agresivos (Cairns, Cairns, Neckerman, Gest & Gariépy, 1988); los niños "peleoneros" o provocadores tienden a pertenecer a conglomerados de niños que refuerzan esta clase de conducta (Salmivalli, Huttunen & Lagerspetz, 1997); los compañeros dentro y fuera del grupo responden diferencialmente a las conductas de logro de los niños (Sage & Kindermann, 1999); la motivación promedio del grupo de compañeros es un buen elemento para la predictibilidad del cambio en la motivación escolar del niño (Kindermann, 1993); los niños con desordenes emocionales y conductuales se vinculan a subgrupos dentro del aula (Farmer & Hollowell, 1994); la afiliación a compañeros agresivos en la secundaria es un elemento para la predictibilidad de aumento de riesgo de deserción escolar posterior (Cairns, et al, 1988), de actividades criminales (Mahoney, 2000) y/o de paternidad temprana (Xie, Cairns & Cairns, 2001). Como se puede apreciar con estos hallazgos, prestar atención a los procesos de afiliación e interacción social en el contexto escolar es crítico para el trabajo de prevención y el de una mejor comprensión de las trayectorias de desarrollo.

Sobre las estrategias metodológicas

Las redes sociales de los niños proporcionan contextos distintivos para el desarrollo individual (Cairns & Cairns, 1994). Sin embargo, la investigación empírica sobre subgrupos sociales ha sido limitada en parte por las carencias de métodos pertinentes y válidos para identificar agrupamientos sociales (Gest et al, 2003).

En general, es factible centrar la atención en la estructura del grupo y la correspondiente ubicación del niño, con base en mapas sociométricos derivados de las técnicas tradicionales de nominación de "tres mejores amigos". Además, otra técnica útil lo constituye la técnica de "mapas socio-cognoscitivos compuestos" en donde los participantes son inducidos a informar sobre agrupaciones naturales dentro del grupo y éstas se constituyen por consenso y se confirman con criterios de pertenencia derivados de la fuerza de la vinculación (Cairns et al,1988), o bien con base en la metodología de observación conductual para la derivación de mapas socio-conductuales de grupo o mapas "ego-centrados" (Santoyo, 1994, Santoyo y Espinosa, en prensa).

En este trabajo no discutiremos las virtudes de las diversas estrategias sociométricas, solo bastaría indicar que el uso complementario de los mapas socio-cognoscitivos compuestos y el de los mapas socio-conductuales superan en aspectos técnicos y de validez a los centrados simplemente en la nominación convencional. En general, los mapas socio-cognoscitivos compuestos aportan en estructura global ya que los participantes son buenos informantes de las agrupaciones naturales dentro del grupo, mientras que las estrategias conductuales confirman o no dichas afiliaciones demostrando, vía observación naturalista, tanto la elección como el tiempo asignado entre compañeros (para una discusión de estos aspectos ver Santoyo, 1994).

Con la finalidad de contar con indicadores cuantitativos y metodológicamente viables para dar cuenta de la competencia social de los niños se han propuesto tres

clases de índices: efectividad social, correspondencia social y reciprocidad (Santoyo, 1996). Estos índices han mostrado su utilidad, como mecanismos funcionales, para dar cuenta de las diferencias individuales de niños de primaria con respecto a su habilidad para lograr la participación de otros o para involucrarse en conversaciones o juegos propuestos por otros y su uso se ha extendido para dar cuenta de aspectos funcionales de poblaciones especiales. En este caso iniciaremos refiriéndonos a algunos hallazgos representativos de niños con necesidades educativas especiales. En particular, recientemente en su tesis doctoral Rubio (2004) muestra algunos hallazgos que son sintomáticos de algunos de los planteamientos hasta ahora referidos.

Ajuste social de niños con necesidades educativas especiales

Derivado del Estudio Longitudinal de Coyoacán (ELC) (Santoyo y Espinosa en prensa), un primer trabajo dirigido a niños con necesidades educativas especiales (NEE) fue conducido por Pérez (1997) con niños del quinto grado de una primaria pública. La estrategia radicó en seleccionar una muestra de seis niños detectados por las autoridades del centro escolar como niños con NEE y se seleccionó como grupo de comparación una muestra acoplada en edad, grado escolar, grupo y sexo de niños sin dichas necesidades. En general, el estudio mostró, con base en el inventario de competencia interpersonal ICI(Cairns & Cairns, 1994), que estos niños se identifican como poco competentes en diversas áreas (afiliación, popularidad, académica, entre otras) a diferencia de los niños del grupo control. Un dato interesante constituye el hecho de que la maestra los califica todavía como menos competentes de lo que ellos mismos se consideran, sobre todo en las áreas de afiliación y popularidad. Lo anterior emerge como un posible factor de regulación en el que no solo los niños presentan un bajo "auto-concepto" en el campo de la competencia social, sino que la maestra tiene una perspectiva aún más reducida de ellos lo cuál puede ser un factor potencial de acentuación de tal problemática.

Por otra parte, Pérez (1997) mostró con base en datos de observación conductual que los niños con NEE inician menos intercambios sociales que su contraparte de comparación. No obstante, la mayoría de ellos en la zona de recreo mostró una mayor frecuencia de interacciones sociales, lo que sugiere que bajo ciertas situaciones esta población puede ser inducida a exhibir mayor probabilidad de conducta social. Otro dato interesante radica en que la dedicación a la actividad académica no parece diferir entre los dos grupos, incluso en los datos del inventario de competencia interpersonal en la percepción en el área académica no se presentan diferencias significativas entre ambas muestras, lo que sugiere que uno de los problemas más salientes corresponde al área social y no necesariamente a la académica como podría sospecharse.

Finalmente, en los análisis de tipo funcional respecto a los mecanismos de control social que distinguen a ambas muestras se encontró que los niños con NEE son menos eficientes que el grupo de comparación en iniciar interacciones sociales una vez que intentan hacerlo (p.e., muestran baja efectividad social) y son menos sensibles a las iniciativas sociales de sus compañeros (p.e., exhiben menor correspondencia social). En cuanto a la ubicación de los niños dentro de la red social se apreció que los niños con NEE tienden a asociarse con pares con NEE, aspecto que posiblemente limite la flexibilidad y diversificación de sus habilidades sociales al no integrarse con el resto de los compañeros del grupo. Como se aprecia, lo anterior también tiene que ver tanto con aspectos de política educativa como con las promovidas en los programas de integración educativa desarrolladas en diversos países.

En otro contexto, Rubio (2004) desarrolló en la ciudad de Chihuahua con información de 26 grupos de primaria un estudio más amplio con niños con NEE. En

general, se descubrió que existe una frecuencia mayor de niños con NEE que se muestran aislados en su red social, que de niños de un grupo control acoplado. Además, se encontró que existe cierta estabilidad de la estructura de las redes sociales de los grupos de estos niños. Por otra parte, con base en el Inventario de Comportamientos Sociales y Académicos (Rubio y Santoyo, 2004) derivado de las categorías teóricas del Sistema de observación conductual de las interacciones sociales SOC-IS (Santoyo, Espinosa y Bachá, 1994), se encontró que los niños con NEE se perciben con menos capacidades sociales y académicas, los maestros los perciben con todavía más limitaciones en tales áreas que las que dichos niños reportan. Finalmente, con base en observaciones de campo los niños con NEE exhiben menor cantidad de episodios sociales y reducidos índices de efectividad y correspondencia social que sus compañeros del grupo control acoplado.

El hecho de que los niños se perciban con reducidas competencias sociales y académicas es un factor de riesgo que predice una alta probabilidad de problemas de ajuste social en el ambiente académico, lo que ya es en sí un grave problema. Sin embargo, un problema aún más dramático es el hecho de que en los estudios de Pérez (1997) y Rubio (2004) se detectó que los profesores perciben aún con más limitaciones a los niños que las que ellos reportan. En tal sentido y considerando a los profesores como importantes reguladores del comportamiento social del grupo, existe una alta probabilidad de efectos potenciales aún más adversos sobre el ajuste potencial de dichos niños.

En cuanto a la ecología social de los niños con NEE, podemos indicar que existe estabilidad de las redes sociales de los grupos en donde estos niños se ubican (Rubio, 2004), que ellos exhiben baja cantidad de vínculos sociales y que tienden a juntarse entre sí. De acuerdo con lo anterior las posibilidades de ajuste social y de integración educativa se encuentran muy lejanas aún, si no se promueven explícitamente trabajos en donde se aborde de una manera exhaustiva el proceso de integración educativa y social (incorporando tanto a los niños con NEE, como a las autoridades y profesores del centro escolar e incluso a los compañeros). Por ello, no basta con solo postular que ahora nuestro sistema escolar ha caminado hacia las políticas de integración educativa, ni con sólo inscribir a los niños a las escuelas regulares. Es indispensable realizar mayor cantidad de estudios evaluativos y de investigación al respecto y promover de forma más directa indicadores objetivos del ajuste social de los niños y no tanto apoyándose en medidas indirectas subjetivas como única fuente de información.

En la siguiente sección se describe otra estrategia de investigación para determinar perfiles de ajuste de los niños en la escuela. Esta estrategia se basa en la Ciencia del Desarrollo (Cairns, Elder & Costello, 1996) e igualmente los datos presentados se derivan del Estudio Longitudinal de Coyoacán. La finalidad de dicha sección consiste en ejemplificar la estrategia metodológica de integración de información considerando niveles múltiples de análisis.

Perfiles de Ajuste de niños de alto riesgo en el ámbito escolar

Con la finalidad de ejemplificar la forma como procedemos a realizar estudios de integración dentro del Estudio Longitudinal de Coyoacán, exponemos datos conductuales, datos de auto-referencia y escalas paralelas que los profesores de los sujetos focales resuelven para dar un panorama global de diferentes dimensiones de funcionamiento de estos niños. Para ello, procedimos a seleccionar una muestra de niños considerados como niños de alto riesgo en áreas como "agresión", "aislamiento", y baja persistencia en la tarea académica.

La estrategia consistió en identificar y seleccionar a los niños que puntuaron más alto en esas áreas y constituir un perfil de las diferentes dimensiones de

funcionamiento de los sujetos focales. Además, con propósitos de comparación se presentan datos promedio del grupo para facilitar la interpretación de los datos.

En una primera instancia, la estrategia consistió en trabajar con datos del Estudio Longitudinal de Coyoacán (ELC) (Santoyo y Espinosa, en prensa). En general se procedió a observar en muestreos de 6 sesiones de quince minutos cada una dentro del aula y 5 sesiones de diez minutos cada una a la hora de recreo, a cada niño de tres grupos naturales de una primaria oficial del sur de la Ciudad de México. Se utilizó el Sistema de observación conductual de las interacciones sociales SOC-IS (Santoyo, Espinosa y Bachá, 1994) que permite obtener información secuencial y del tiempo asignado a actividades como: actividad académica, ocio, interacción social, juego grupal, juego aislado. Además, el SOC-IS permite identificar quién inicia un intercambio social, cómo se configura un episodio social y cómo concluye, considerando el contexto normativo y de recursos de los escenarios en donde se realizan las observaciones.

Una vez recogida la información de estos muestreos, se procedió a aplicar el Inventario de Competencia Interpersonal ICI (Cairns & Cairns, 1994) en la versión adaptada a nuestro medio (ver Santoyo y Espinosa, en prensa). El ICI es un inventario en dos versiones, una que se aplica a los niños en una modalidad de escalas de auto-referencia y otra versión paralela redactada en tercera persona que es respondida por los profesores de esos niños. En general, es un inventario breve que aborda áreas como "agresión", afiliación, popularidad, académica y un área denominada como "olímpica", la cuál por ejemplo refleja si los niños se consideran buenos para el deporte y se sienten bien con su apariencia.

Por último, al final de cada periodo anual de trabajo se realiza una entrevista, misma que permite obtener información de tipo sociométrico, en la modalidad de los mapas socio cognoscitivos compuestos, que es una versión en la cuál los niños ofrecen información consensuada sobre los subgrupos que constituyen al grupo en general y permite identificar a los niños cuya ubicación dentro del grupo es importante con fines evaluativos. Tal es el caso de los niños aislados, los niños agresivos e incluso los niños populares.

De esta forma, los siguientes casos que trataremos corresponden a los de niños agresivos y niños aislados quienes fueron seleccionados debido a que los primeros cubrían con el criterio postulado por Patterson (1982) respecto a que su frecuencia de emisiones negativas (actos hostiles y agresivos dirigidos a otros sujetos) fuese superior al 6% del total de sus episodios sociales. Los niños aislados fueron seleccionados con base en un criterio sociométrico, utilizando la técnica de los mapas socio cognoscitivos compuestos, identificando a aquellos que no contaran con conexiones significativas dentro del grupo (ver Santoyo, 1994; Santoyo & Espinosa, en prensa). Para seleccionar a los niños poco persistentes en la tarea académica, como un tercer caso, nos basamos en identificar que el tiempo asignado a ocio (cualquier actividad que no corresponda a la actividad académica programada por la profesora) fuese de los más altos del grupo.

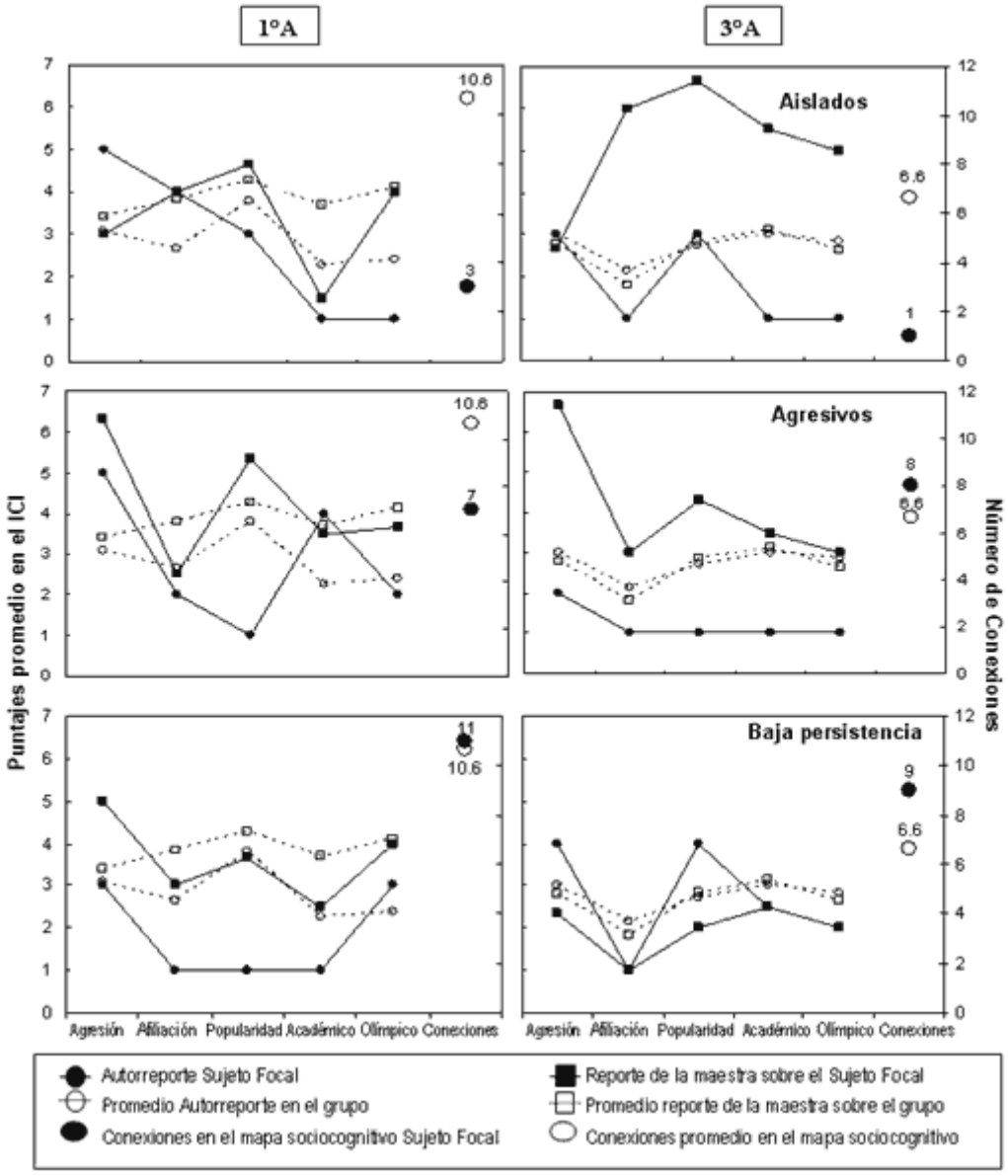
En la siguiente sección se abordan cada uno de los casos tratando de contestar preguntas muy sencillas basadas en los patrones de ajuste social de los niños focales seleccionados como ejemplo.

¿Cuál es el perfil de los niños identificados como coercitivos?

En este caso se seleccionaron dos niños, uno del primero y otro del tercer grado de primaria, identificados como coercitivos con base en el criterio conductual de Patterson (1982).

En un primer nivel, con base en el ICI (Cairns & Cairns, 1994) respondido por los docentes que conocen a los sujetos focales, se ratifican los datos conductuales en tanto que los profesores identifican a los niños como altamente agresivos, a juzgar por la respuesta a reactivos como "siempre discute", "siempre está peleando", lo que puede apreciarse en la figura 1 en la cuál datos cercanos a 7 corresponden a una baja competencia interpersonal y datos cercanos a 1 implican alta competencia social. Es interesante notar que el auto-reporte de los niños en esa escala es un tanto mayor en competencia interpersonal que la evaluación que la profesora hizo. Se aprecian, además, diferencias individuales entre el niño de primero y el de tercero en tanto que el mayor de ellos no se identifica como agresivo, mientras que el niño menor si se reconoce como tal. Esto posiblemente tenga alguna relación con que el niño de tercero se considera muy alto en todas las áreas de competencia interpersonal como lo reflejan los puntajes cercanos a 1 en todas las áreas.

Figura 1 - Perfiles de Competencia Interpersonal de los niños focales en comparación con el promedio del grupo natural al que pertenecen (líneas), en donde puntajes cercanos a 1 indican alta competencia interpersonal. Los puntos separados (ubicados en la escala de la derecha), corresponden a las conexiones significativas en el mapa sociocognitivo compuesto.



En general, la diferencia con el resto del grupo es notable, lo cuál confirma la validez del dato conductual con el cuál fueron seleccionados. Además, resulta interesante analizar los puntajes que la maestra asigna a ambos niños en los factores de popularidad y académico, en tanto que considera a estos dos niños como ligeramente menos populares que sus compañeros, pero no hace diferencia en términos de lo académico para ninguno de los dos casos.

Otra de las medidas que se representan en las gráficas de la figura 1 es el número de conexiones en el mapa socio cognoscitivo compuesto, que nos indica cuántas conexiones son reconocidas por consenso de los compañeros del grupo para cada uno de los sujetos. Así, el número de conexiones significativas para el niño de primer grado es ligeramente inferior al promedio de conexiones que los demás compañeros del grupo tienen, mientras que para el niño de tercer grado dicho número es similar al grupal. En cualquiera de los dos casos podemos sugerir que estos niños cuentan con un buen número de conexiones a diferencia de la creencia generalizada de que los niños agresivos son rechazados. Lo que si podemos indicar es que el hecho de haber rotulado a los niños como agresivos, puede en algunos casos sesgar la opinión de los docentes en cuanto al funcionamiento de los alumnos

en otras áreas, como sería el caso de la opinión de la profesora sobre el resto de las áreas para el niño de tercero y en el área de popularidad para el niño de primer grado. Es impactante apreciar como estos niños difieren en diversos sentidos del perfil promedio del resto del grupo.

Si bien los datos de las medidas indirectas proporcionadas por el ICI brindan una perspectiva relativamente clara de cómo los sujetos focales son identificados y caracterizados en su contexto, la información conductual puede aportar indicadores situacionales más precisos y sistemáticos al respecto y ofrecer una visión más integrada de conjunto.

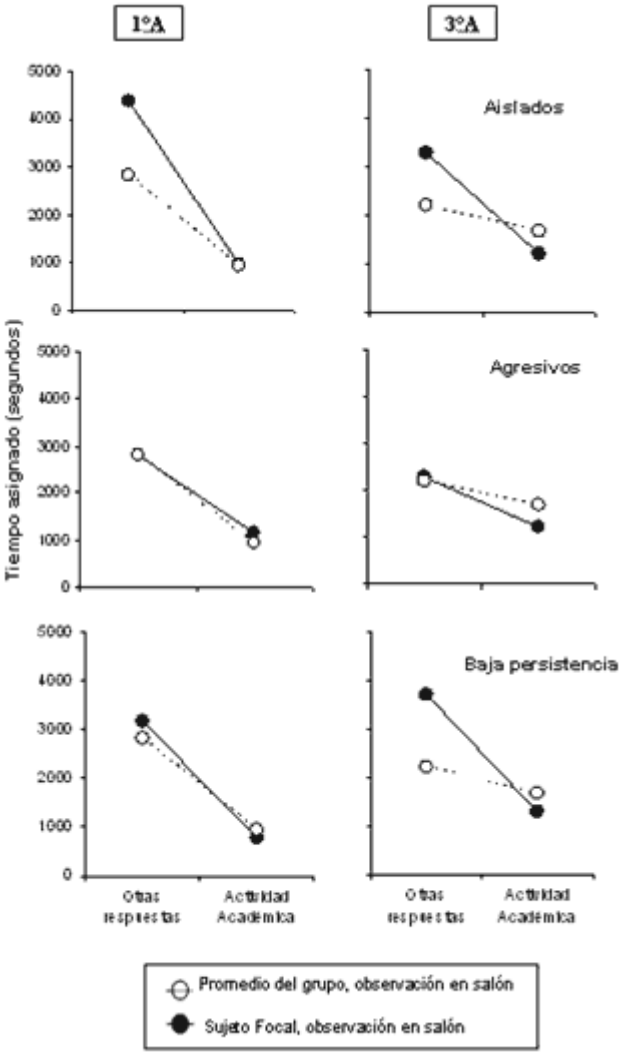
Además de las diferencias obvias en coerción, identificadas entre los niños focales agresivos y el resto del grupo, hay otros elementos que caracterizan a estos sujetos.

Por una parte resulta curioso que los niños coercitivos también exhiben una mayor frecuencia de emisiones positivas que el resto del grupo (datos no mostrados en este texto). Lo cuál puede interpretarse que al menos en el salón de clase exhiben intentos por iniciar interacciones sociales, aunque en la zona de recreo éstas iniciativas decrecen. No obstante, los niños no reciben de parte de sus compañeros tantos intentos de inicio de interacciones sociales en la misma proporción. Esta información se confirmará más adelante en la figura 3, la cuál muestra que la efectividad y la correspondencia social del niño de tercer grado son mucho más reducidas que las del resto del grupo.

En estos casos no podemos desechar la hipótesis de que el aula representa un escenario mucho más supervisado y con mayor de normatividad para las interacciones sociales que la zona de juego, por ello las diferencias exhibidas en los dos escenarios.

En general, todos los niños dedican en promedio más tiempo a "ocio" que a la actividad académica, sobre todo los niños del primer grado (ver Figura 2). Es posible, entonces, que estemos presenciando un efecto de desarrollo o de un mayor control normativo ejercido por la profesora, lo que implica que niños más pequeños exhiben una mayor cantidad de "ocio" que los niños mayores del tercer grado.

Figura 2 - Tiempo asignado por los sujetos focales a la actividad académica y a otras respuestas en comparación con el promedio de su grupo. A la izquierda, los niños de primer grado, y a la derecha, los de tercero. En orden de arriba hacia abajo, los sujetos seleccionados por ser aislados, agresivos y poco persistentes en la tarea académica.

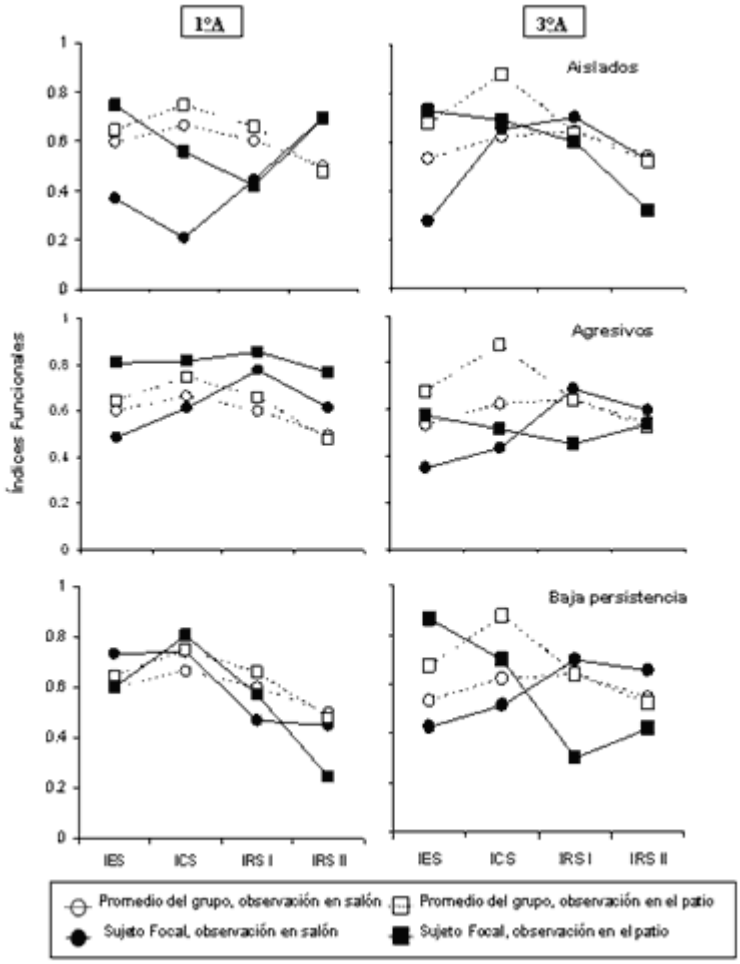


Pero no es en la asignación de tiempo relativo a "otras respuestas" en lo único en que difieren los sujetos agresivos de otros niños con otras características o perfiles y representa, más bien, un proceso motivador interesante ya que la profesora no logra inducir en los niños del grupo una mayor participación en la tarea académica. Si bien este problema es educativamente importante, puede llegar a constituirse en un factor adicional de riesgo para estos niños en la medida en que el reforzamiento para conductas deseadas incompatibles con la agresión puede llegar a ser muy reducido dado el perfil de ellos y por tanto el valor relativo de agresión puede mantenerse elevado tal y como lo proponen especialistas en comportamiento antisocial en distintos foros (p.e., Wilson & Herrnstein, 1985). Es posible entonces que el patrón coercitivo, con el curso del desarrollo comience a competir con conductas académicas deseadas. Esta hipótesis debe tomarse con cautela, aunque da indicios interesantes para ser estudiados longitudinalmente.

En cuanto a los índices funcionales, la figura 3 confirma que ambos niños resultan menos efectivos dentro del aula que sus compañeros de grupo, quienes los buscan en menor medida pero aún así aquellos no responden eficientemente a las iniciativas positivas de los demás. El hecho de que los índices de correspondencia social sean reducidos (alrededor del .5), indica que la mayoría de las interacciones sociales en las que se involucran estos sujetos (positivas o negativas) son iniciadas por ellos mismos y que cuando son otros quienes toman la iniciativa no responden

adecuadamente a ellas. Sin embargo, en la zona de juego los índices funcionales difieren.

Figura 3 - Índices funcionales de los sujetos focales en comparación con el promedio de su grupo. A la derecha, los niños de primer grado, y a la izquierda los de tercero. En orden de arriba hacia abajo, los sujetos seleccionados por ser aislados, agresivos y poco persistentes en la tarea académica. IES e ICS cercanos a 1 representan alta efectividad y correspondencia, respectivamente; IRS I e IRS II cercanos a .5 representan alta reciprocidad.



En la zona de recreo el niño coercitivo de primer grado es altamente efectivo y responsivo y sus índices de reciprocidad son mayores al .75, lo cuál confirma la asimetría de sus interacciones sociales, indicador que en otras áreas como la

coerción conyugal representa un elemento para hacer predicción y es precursor de violencia (López y Santoyo, 2004).

Por otra parte, los índices funcionales para el sujeto de tercer grado en el recreo representan una reducida efectividad y correspondencia social con respecto al promedio del grupo, aunque la reciprocidad o simetría exhibida se muestra como similar a la del resto del conjunto.

En suma, las diferencias debidas al contexto son indicativas de que el patrón conductual de tipo coercitivo tiene una funcionalidad diferente de acuerdo al contexto o escenario dentro del ámbito escolar. Así, mientras que en el aula estos niños pueden ser "molestos" para sus compañeros o la profesora, en la zona de juego pueden ser el centro de atención y son capaces de generar interacciones y juego grupal de manera más efectiva.

¿Cuál es el perfil de los niños identificados como aislados?

Las figuras 1 y 2 muestran resultados diferentes para los niños focales de primero y tercer grados. Ambos niños exhiben un alto auto-concepto incluso por arriba del que exhibe el promedio del grupo, aunque no desechamos la posibilidad de un sesgo evaluativo a favor del respondiente o un auto-concepto "inflado", lo cuál es muy común en estos estudios (Cairns & Cairns, 1994).

En ambos casos, el promedio de conexiones significativas entre pares es muy inferior al promedio grupal. Nótese también en la figura 1 un efecto de desarrollo esperado en el cuál los niños conforme crecen exhiben una mayor selectividad en sus relaciones interpersonales y la selección de amigos, por lo que la reducción del número de conexiones entre el primero y el tercer grado no es sorprendente. El caso del niño del tercer grado es digno de reflexión debido a que la profesora asigna puntajes evaluativos en el ICI muy por encima del que asigna al promedio del grupo, lo que representa la probabilidad de que el niño, además de ser considerado de poca competencia interpersonal pudiera ser tratado diferencialmente al grupo.

Los niños aislados no difieren del resto del grupo en cuanto a cómo asignan su tiempo a la actividad académica, aunque es notable que el niño de primer grado difiera sustantivamente con el resto del grupo en cuanto a la asignación de tiempo a "ocio", lo cuál implica una reducida motivación académica.

Como puede esperarse, los índices funcionales de los niños aislados son muy reducidos respecto a los del promedio del grupo, sobre todo en cuanto al índice de efectividad social (IES), el cuál representa en ambos casos que sólo 4 de cada 10 veces logra la atención de sus compañeros. El caso parece aún más problemático para el niño de primer grado quien exhibe además una reducida correspondencia social, ya que muestra incompetencia para responder a las iniciativas de sus compañeros. Finalmente, en ambos casos los datos de reciprocidad social (IRS)[1] se alejan del .5, lo cuál implica para esos índices asimetría en las relaciones sociales.

En suma, los datos sugieren que, además de la competencia interpersonal detectada como un tanto deficiente, la funcionalidad de las iniciativas e interacciones sociales recibe poca atención de parte de sus pares lo que indica bajo nivel de reforzamiento para sus emisiones sociales y que estos niños carecen de habilidades que los ubiquen como adecuados estímulos sociales para sus compañeros. Por otra parte, los niños tampoco son adecuadamente responsivos a las iniciativas de sus pares, factor que indica que no refuerzan el comportamiento social de sus pares y ello hace poco probable que vuelvan a ser elegidos por aquellos. Finalmente, sus relaciones no son simétricas lo que representa una

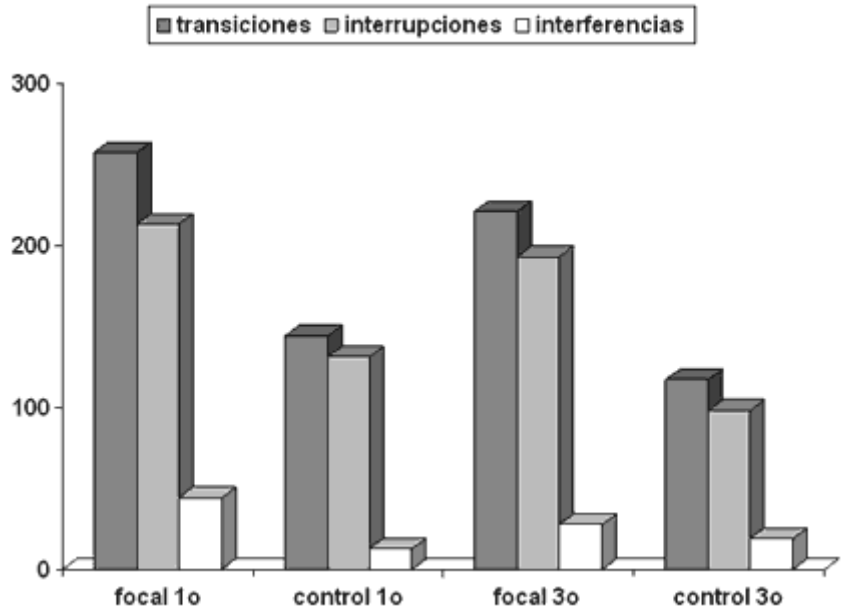
reducida equidad en sus vínculos lo que muestra condiciones de bajo mantenimiento de las relaciones sociales.

¿Cuál es el perfil de los niños identificados como poco persistentes en la actividad académica?

Los niños poco persistentes en la actividad académica se caracterizan por utilizar una mayor cantidad de tiempo en actividades diferentes a ésta en comparación con el tiempo que el resto de los niños, en sus respectivos grupos, la dedican a tal actividad.

Un hallazgo particular de estos niños se refiere a la frecuencia de transiciones conductuales registradas para cada uno con relación a las mostradas por niños control acoplados de los grupos respectivos de primer y tercer grado. En la Figura 4, dicho análisis muestra que el niño de primer grado exhibió casi el doble de transiciones conductuales (cambios de actividad), de las cuáles el 83% se constituyen por interrupciones de la actividad realizada sin evidencia de acción alguna de una tercera persona; mientras que el 17% restante se pueden atribuir objetivamente a haber sido interferido por un compañero. Efectos similares se representan para los niños de tercer grado, aunque la cantidad de transiciones es menor a la exhibida por los niños de primero. Este efecto es esperado también como producto del desarrollo y el mayor control de grupo que los profesores de primaria van logrando conforme avancen en grado escolar (Santoyo, Fabián y Espinosa, 2000).

Figura 4 - Transiciones conductuales: interrupciones e interferencias. Número de transiciones conductuales registradas en dos sujetos focales poco persistentes en la tarea académica en comparación con dos sujetos control de sus respectivos grupos.



Resulta relevante señalar que en el caso de los niños poco persistentes estos se perciben con elevada competencia social (ver figura 1), incluso a un nivel mayor que la del promedio grupal. Nuevamente, no podemos desechar el sesgo auto-evaluativo implicado.

Es probable que la reducida persistencia académica tenga un vínculo con aspectos sociales, en particular con la motivación a las interacciones sociales compitiendo con el valor que las actividades académicas representan para esta clase de niños. Así, se esperaría que estos niños exhibiesen altos niveles de interacción y éxito en la reciprocidad, efectividad y correspondencia social. Por lo tanto, estos niños poco persistentes en la actividad académica pueden dedicar su tiempo a actividades más valoradas a aquella y es factible verificar tal hipótesis analizando los datos conductuales dentro del aula.

Acorde con las configuraciones de los patrones conductuales, ambos niños dedican una cantidad relativa de tiempo mayor a "ocio" que a la actividad académica. Sin embargo, se aprecia una diferencia importante. Mientras que el niño del primer grado no difiere en la distribución de tiempo del promedio grupal, el niño de tercer grado exhibe una diferencia muy marcada en tiempo asignado a "ocio" con respecto al promedio grupal, aunque no difiere en la duración de la actividad académica con el resto de sus compañeros.

Una hipótesis que emerge respecto a las distribuciones que exhiben los niños poco persistentes en la actividad académica, dado que el criterio de selección correspondió a que fueran los niños que más tiempo dedicaran a actividades diferentes a la académica, es que estos niños pueden estar dedicando la mayor parte de su tiempo a interacciones sociales. Ese fue el caso.

Otra posibilidad viable sería la de que estos niños exhibieran mayor cantidad de juego aislado dentro del grupo que sus compañeros de grupo lo cuál fue también el caso. Si bien para estos niños el tiempo dedicado a otras respuestas diferentes a la académica es sustancialmente alto, el efecto es equivalente para el resto del grupo. En realidad, estos datos son altamente consistentes con reportes previos ya que los niños en el aula exhiben casi cuatro transiciones por minuto, una de las cuáles puede atribuirse a terceras personas (interferencia social), mientras que el resto parecen ser decisión del sujeto (Santoyo, Fabián & Espinosa, 2000). Creemos que estos datos informan sobre posibles vínculos de estos procesos con aquellos de distracción e hiperactividad y nos encontramos profundizando en ello.

Finalmente, en cuanto a los datos de los índices funcionales se encontraron señales de efectividad y correspondencia mayores al promedio grupal en el aula y la zona de juego, lo cuál indica que estar alejados de la tarea en estos casos puede atribuirse a que el tiempo asignado a actividades sociales y juego aislado dentro del aula compite desfavorablemente con las actividades académicas en el proceso de organización del comportamiento y que estos niños por ser buenos "estímulos" y "reforzadores" sociales facilitan los procesos de organización de conversaciones y juego grupal dentro del grupo. Si bien estos datos más que implicaciones clínicas las tienen para la psicología educativa, pueden ser un claro ejemplo de procesos que "compiten" con actividades institucionalmente planeadas y que representan implicaciones de procesos del ajuste social esperado.

---

1 IRS I e IRS II, representan dos formas de obtener reciprocidad, la primera basada en actos recíprocos de acercamiento, la segunda en tiempo asignado a interacción con el par dependiendo de quién toma la iniciativa para que el intercambio se dé.

Discusión

En general, consideramos que el análisis de la forma como los niños distribuyen sus actividades en el escenario natural, en nuestro caso particular en la escuela, arroja información sustantiva de algunos factores de riesgo que pueden coadyuvar a la organización, establecimiento y mantenimiento de patrones de comportamiento y ajuste social en escenarios naturales, regulados normativamente y bajo restricciones dignas de análisis.

Un área de gran promesa en el campo de la psicología del desarrollo radica en el estudio de los factores de protección. Por ejemplo, una gran mayoría de los sujetos que viven en condiciones de pobreza, varones, mesomórficos, con bajo rendimiento intelectual y que sufrieron de condiciones de crianza nada favorables no desarrollan trayectorias antisociales. Sin embargo, otros que son delgados, con un alto nivel socioeconómico e intelectual desarrollan trayectorias criminales. La pregunta emergente es ¿qué condiciones disminuyen la probabilidad de carreras antisociales? En una revisión de la literatura (Santoyo, 1997) encontramos que son factores que predisponen una carrera criminal: la pobreza, los defectos de nacimiento, las complicaciones perinatales, la discordia paterna, padres ausentes, la inconsistencia disciplinaria, el desempleo y las adicciones de los padres, la enfermedad mental de uno o ambos padres, etc. De acuerdo con Wilson y Herrnstein (1985), si coinciden cuatro o más de esos factores puede considerarse al niño como bajo condiciones de alto riesgo.

Sin embargo, ser primogénito, ser percibido por la madre como activo y afectuoso, tener pocos problemas de salud, viviendas con baja densidad familiar, apego adecuado en los primeros años, inteligencia superior al promedio, buen rendimiento escolar y recibir reconocimiento por éste, contar con padres afectuosos y responsivos, son considerados por Wilson y Herrnstein (1985) como factores de protección.

La perspectiva expuesta en este trabajo implica una postura equivalente con un enfoque integrador en donde la confluencia de varios factores permite contar con mayor información para la delimitación integral de patrones de organización del comportamiento social, tanto para el trabajo evaluativo como para el de tipo preventivo.

En general, la estrategia implica partir de supuestos de determinación múltiple, de que es necesario contar con información de la configuración y mantenimiento de patrones de organización del comportamiento más que con indicadores aislados y descontextualizados. Esta vía se halla más documentada con datos del Estudio Longitudinal de Coyoacán en trabajos recientes (Santoyo & Espinosa, en prensa).

En resumen, proponemos contar con información de la forma como el niño se percibe en diferentes áreas de funcionamiento social y académico, de cómo lo perciben los adultos significativos de su medio, de la divergencia existente entre la percepción de sí mismo del niño y de la que los demás tienen de aquél, de la ubicación que exhibe el niño dentro de su grupo social y del número de conexiones dentro de este, y sobre todo del comportamiento efectivo que el niño tiene en diferentes contextos tal y como puede desprenderse de los análisis molares y

secuenciales derivados de la observación de campo.

La estrategia propuesta en este trabajo, además de ofrecer perspectivas múltiples del proceso de ajuste social, representa técnicamente vías de validación de la información evaluativa de tal forma que podemos contar con herramientas sistemáticas que posibilitan la detección de configuraciones especiales con alto valor de predictibilidad (Santoyo & Espinosa, en prensa).

Referencias

Arkowitz, H. (1981). Assessment of social skills. En M. Hersen & A.S: Bellack (Eds.) Behavioral assessment: A practical handbook. (Pp. 293-337). Second Edition. Nueva York: Pergamon Press.

Cairns, R.B., & Cairns, B.D. (1994). Lifeliness and risks: pathways of youth in our time. Cambridge: Cambridge University Press.
Cairns, R.B., Cairns, B.D., Neckerman, H.J., Gest, S.D., & Gariepy, J.L. (1988) Social networks and aggressive Costello, E.J. (1996). Developmental Science. Cambridge: Cambridge University Press.

Farmer, T.W., & Hollowell, J.H. (1994) Social networks in mainstream classrooms: Social affiliations and behavioral characteristics of students with emotional and behavioral disorders. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 2, 143-155.

Gest, S.D., Farmer, T.W., Cairns. B.D., & Xie, H. (2003). Identifying children's peer social networks in school classrooms: links between peer reports and observed interactions. Social Development, 12, 4, 513-129.

Hartup, W.W., Glazer, J.A., & Charlesworth, R. (1967). Peer reinforcement and sociometric status. Child Development, 38, 1017-1024.

Keller, M.F., & Carlson, P.M. (1974). The use of symbolic modeling to promote social skills in preschool children with low levels of social responsiveness. Child Development, 45, 912-919.

Kindermann, T.A. (1993). Natural peer groups as contexts for individual development: The case of children's motivation in school. Developmental Psychology, 29, 970-977.

LaGreca, A.M., & Santogrossi, D.A. (1980). Social skills training with elementary school students: A behavioral group approach. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 220-227.

López, C.E., y Santoyo, V.C. (2004). Asimetría de la interacción conflictiva de cónyuges violentos: la prueba de un modelo. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 30, 115-138.

Magnusson, D.B., & Cairns, R.B. (1996). Developmental Science : Toward a unified framework. En R.B., Cairns, G.H. Elder, & E.J. Costello. (Eds.). Developmental

Science. (pp. 7-30). Cambridge: Cambridge University Press.

Mahoney, J. (2000). School extracurricular activity participation as a moderador in the development of antisocial patterns. Child Development, 71, 502-516.

Patterson, G.R. (1982).Coercive family process: A social learning approach. Eugene, Oregon: Castalia.

Pérez, Q.S. (1997). Patrones de ajuste de niños con incapacidades en el aprendizaje. Tesis de Licenciado en Psicología Educativa. México, D.F.: Universidad Pedagógica Nacional.

Putallaz, M., & Gottman, J (1981) Social skills and group acceptance. En S.R. Asher y J.M. Gottman (Eds.) The development of children's friendships. (Pp. 116-149). Cambridge: Cambridge University Press.

Rubio, M. P. (2004). Redes sociales establecidas en aulas integradoras: La perspectiva de los docentes y los alumnos. Tesis de Doctorado en Psicología. UNAM.

Rubio, M. P., y Santoyo, V. C. (2004). Interacciones sociales de niños con necesidades educativas especiales: Un enfoque funcional. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 30, 1, 1-20.

Sage, N. & Kindermann, T.A. (1999). Peer networks, behavior contingencies, and children's engagement in the classroom.. Merril-Palmer Quarterly, 45, 143-171.

Salmivalli, C., Huttunen, A., & Lagerspetz, K. (1997). Peer networks and bullying in schools. Scandinavian Journal of Psychology, 38, 305-312.

Santoyo, V. C. (1994). Sociometría conductual: El diseño de mapas socioconductuales. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 20, 183-205.

Santoyo, V. C. (1996). Behavioral assessment of social interactions in natural settings. European Journal of Psychological Assessment, 12, 2, 124-131.

Santoyo, V. C. (1997). Sobre el desarrollo de la conducta social: El caso del comportamiento agresivo y delictivo. Revista de Psicología Contemporánea, 4, 38-45.

Santoyo, V. C., y Espinosa, A.M.C. (en prensa). Desarrollo e interacción social: Teoría y métodos de investigación en contexto. México: CONACYT 40242-H/UNAM.

Santoyo, V. C., y Espinosa, A.M.C. (2005). The Coyoacán longitudinal study: peers social interaction in school settings. Presentado en la 2005 Biennial meeting of the society for research in child development. Atlanta, Ga. April 7-10.

Santoyo, V. C., Espinosa, A.M.C., y Bachá, M.G. (1994). Extensión del sistema de observación conductual de las interacciones sociales: Calidad, dirección, contenido, contexto y resolución. Revista Mexicana de Psicología, 11, 1, 55-68.

Santoyo, V. C., Fabián, T.A., y Espinosa, A.M. C. (2000). Estabilidad y cambio de procesos de interferencia social: Un estudio longitudinal con niños de primaria. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 26, 299-317.

Wilson, J. W., y Herrnstein, R. J. (1985). Crime and human nature. New York: Simon y Schuster, Inc.

Xie, H., Cairns, B.D., & Cairns, R..B. (2001). Predicting teen motherhood and teen fatherhood : Individual characteristics and peer affiliations. Social Development, 10, 488-511.

GÉNERO Y SALUD

Mª Pilar Matud Aznar
Universidad de La Laguna. Tenerife, España

Introducción

Al analizar los diferentes indicadores de salud de la población, generalmente se encuentra que las mujeres tienen mayor esperanza de vida al nacer, diferencias que parecen darse en todas las culturas, si bien la magnitud varía. Así, entre 2000 y 2005, en los países de América Latina y El Caribe la esperanza de vida de las mujeres oscila entre los 60,7 años de las residentes en Haití y los 79,6 de las de Guadalupe, siendo también Haití el país con menor esperanza de vida en el caso de los hombres (57,8 años), mientras que la mayor esperanza de vida de estos se da en Cuba, siendo de 74,8 años (CELADE, 1998). En la Unión Europea, la mayor esperanza de vida de las mujeres se da en España (83,7 años) y la menor en Hungría, con 76,7 años. En el caso de los hombres, oscila entre Suecia con 77,9 años y Estonia con 65,3 (Instituto Nacional de Estadística, 2005).

Pese a esta mayor longevidad de las mujeres, tradicionalmente se ha considerado que tenían peor salud que los hombres, afirmando que presentaban mayores tasas de morbilidad, de incapacidad y mayor utilización de los servicios de salud. Como señalan Lahelma, Arber, Martikainen, Rahkonen y Silventoinen (2001), se trataba de una serie de asunciones tan arraigadas que no precisaban de más explicación. Pero las investigaciones realizadas a partir de la década de los 90 han cuestionado tales asunciones y han mostrado la complejidad de las diferencias de género en salud, encontrándose con bastante frecuencia que las diferencias son mínimas y que, cuando se encuentran, la magnitud y dirección dependen, entre otras variables, del síntoma y del indicador de salud que se analice, de la fase del ciclo vital, y del país en que se realice el estudio (véase, por ejemplo, Gijsbers, Wijk, Huisman y Kolk, 1999; Hunt, 2002; Lahelma *et al.* , 2001; Lahelma, Martikainen, Rahkonen y Silventoinen, 1999; Macyntire, Hunt y Sweeting, 1996; Macyntire, Ford y Hunt, 1999; Matthews, Manor y Power, 1999; McDonough y Walter

Se ha encontrado que las diferencias de género en la utilización de servicios médicos está influida por variables tales como los ingresos económicos o el tiempo

en lista de espera (Xu y Borders, 2003) y, en el caso de servicios de salud mental, las diferencias surgen solo cuando se tienen en cuenta otras variables, como la necesidad de tales cuidados o la auto percepción del estado de salud mental (Albizu-Garcia, Alegría, Freeman y Vera, 2001). También existe evidencia de que algunos patrones conductuales relacionados con la salud dependen, no solo del género, sino también de la edad (Liang, Shediac-Rizkallah, Celentano, y Rohde, 1999). Además, existe evidencia empírica de que las mujeres realizan menos conductas de riesgo y más conductas positivas para la salud que los hombres (Ferrer-Perez, Gili y Bosch, 1997). Y aunque los hombres se autocalifican como teniendo mejor salud en la mayor parte del periodo adulto, estas diferencias desaparecen al final de dicho periodo (véase la revisión de McCullough y Laurenceau, 2004).

La descripción y explicación de las diferencias de género en salud se ha hecho desde muchos niveles, si bien clásicamente se han basado en el *modelo biomédico*, que trata de explicarlas con base a diferencias genéticas, hormonales, anatómicas o fisiológicas. Aunque existen algunas diferencias fenotípicas obvias entre mujeres y hombres y se ha reconocido la existencia de diferencias en la respuesta ante enfermedades tales como anemia, hipertensión, disfunción renal o enfermedad coronaria, existen pocos descriptores moleculares de factores de riesgo para la salud asociados específicamente al género (Rin y Zinder, 2005).

De importancia central han sido los factores hormonales, a los que tradicionalmente se les ha atribuido cualquier diferencia en la salud de la mujer respecto a la de los hombres y en torno a los cuales se ha planteado la existencia de "trastornos" tales como el síndrome premenstrual, la depresión posparto, o la menopausia. Así, hasta muy recientemente, se asumía la causalidad hormonal en la mayoría de los problemas de salud de las mujeres y los prejuicios y estereotipos sustituían a las investigaciones en salud, la cuales se hacían básicamente con hombres. Afortunadamente, la situación está cambiando, se están incluyendo a las mujeres en las investigaciones sobre salud y se está comenzando a reconocer la influencia de las variables sociales.

El *modelo psicosocial* trata de explicar las diferencias entre mujeres y hombres con base a diferencias a nivel intrapsíquico e interpersonal, analizando las diferencias en variables tales como personalidad, afrontamiento, auto eficacia, en la vivencia de la enfermedad y en la información de sus signos y síntomas. Desde la *epidemiología* se trata de buscar los factores de riesgo, es decir, las conductas y exposiciones a sustancias que puedan explicar las diferencias de género en salud. Y a nivel *social* se intentan analizar los procesos culturales, sociales, económicos y políticos que dan lugar a diferentes riesgos para la salud de mujeres y hombres. Desde esta perspectiva, se enfatiza cómo los estados de salud están ordenados y constreñidos por los mecanismos de control social y la distribución de los recursos de poder (Walsh, Sorensen y Leonard, 1995; tomado de Kawachi, Kennedy, Gupta, Prothrow-Stit, 1999).

Pese a que ya desde la Conferencia sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo (Organización de Naciones Unidas, 1994) el concepto de salud de las mujeres se expandió para incluir componentes tales como la desigualdad socioeconómica, la sobrecarga de las tareas domésticas, las limitaciones y constricciones de su sexualidad y reproducción, la participación política, la violencia que sufren por parte de los hombres o su empoderamiento, la mayoría de los estudios de las diferencias de género en salud se han centrado en el análisis de los primeros niveles. Pese a ello, cada vez más se está constatando la relevancia del nivel social en la salud. Así, en un estudio realizado en Estados Unidos en el que analizó la salud de mujeres y hombres en 50 de los estados de Estados Unidos, Kawachi *et al.* (1999) encontraron que las mujeres presentaban mayor morbilidad y mortalidad en los

estados donde tenían menor participación política y autonomía económica. Aunque algunos de esos factores también afectaban negativamente a la salud de los hombres, parecían ser más relevantes para la salud de las mujeres. Y sólo en éstas se encontró que la mayor autonomía económica, así como el empleo y el salario, se asociaban a menores limitaciones de la actividad. En un estudio con la población canadiense, Denton, Prus y Walters (2004) constataron que, en general, los determinantes más importantes de la salud de las mujeres eran los socioestructurales y psicosociales, mientras que en los hombres eran más importantes los conductuales.

Sexo y Género. Masculinidad y salud

Aunque no existe unanimidad en el uso de los términos *sexo* y *género*, generalmente se asocia *género* con lo cultural y *sexo* con lo biológico. Unguer define *género* como aquellos "componentes no fisiológicos del sexo que son considerados culturalmente como apropiados para hombres y mujeres" (1979, pág. 1086). Ashmore (1990) plantea que el término *género* implica el reconocimiento de que "hombre" y "mujer" son construcciones culturales, ya que cada persona es criada en una sociedad concreta, con un amplio conjunto de creencias y expectativas acerca de dichas categorías sociales.

Aunque esta diferenciación ha sido bastante aceptada, también han surgido una serie de críticas que plantean que no es posible una separación absoluta entre el sexo y el género, ya que los factores biológicos no pueden actuar de forma simple y directa sobre la conducta, sino que están abiertos a interpretaciones culturales importantes (Kessler y McKenna, 1978). Se plantea, por tanto, que no pueden usarse los términos *sexo* y *género* para presentar conceptos diferentes y no superponibles (Lips, 2001) ya que no se pueden separar las expectativas culturales para mujeres y hombres (el género) de las observaciones del cuerpo físico de mujeres y hombres (el sexo), y muchas de las diferencias son fruto de las interacciones entre la biología y el medio.

Así, se reconoce que no está tan claro que el sexo no incluya factores culturales, ni que se pueda aislar el género (o la cultura) de la base biológica, del cuerpo concreto que experimenta y crea esa cultura. Y algunos autores han propuesto que también el sexo podría tener componentes de construcción social, mientras que Maccoby (1988) afirma que sexo y género deben usarse de forma intercambiable, ya que los aspectos biológicos y sociales pueden interactuar y es difícil distinguirlos

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) plantea que los distintos roles y conductas que mujeres y hombres presentan en una diferente cultura, generadas por las normas y valores de esa cultura, dan lugar a las diferencias de género y, aunque no todas esas diferencias implican desigualdad, sí hay normas y valores que producen desigualdades de género, es decir, diferencias entre mujeres y hombres que sistemáticamente aumentan el poder de un grupo en detrimento del otro. Y reconoce que, tanto las diferencias como las desigualdades de género, pueden generar diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios.

Pese a que las teorías clásicas enfatizaban que las diferencias entre los sexos eran normales y saludables, ya que reflejaban las normas sociales sobre la conducta apropiada para mujeres y hombres, los resultados de las investigaciones han mostrado que la realidad es bien distinta. Aunque no cabe duda de que los valores clásicos de la feminidad pueden suponer un riesgo para la salud y una serie de estudios realizados en los años 60 y 70, se encontró que la masculinidad y la androginia estaban más asociadas con salud mental que la feminidad (véase, por

ejemplo, el meta análisis de Bassof y Glass, 1982), actualmente se están comenzando a considerar los riesgos que la masculinidad parece tener para la salud.

Aún reconociéndose que algunas características asociadas con el concepto clásico de masculinidad, tales como el énfasis en el pensamiento lógico, la solución de problemas, la capacidad de arriesgarse, la expresión de la ira y la conducta asertiva, son saludables y pueden ser, en momentos de crisis, especialmente beneficiosas, tanto para mujeres como para hombres, también se constata que las concepciones más tradicionales de masculinidad afectan negativamente a la salud del hombre (Good, Sherron y Dillon, 2000).

Se ha planteado que el rol masculino tradicional prescribe una serie de conductas que pueden ser responsables de la menor longevidad y de algunos tipos de patología más frecuentes en los hombres (Courtenay, 2000). Según este autor, las conductas relacionadas con la salud serían una forma de construir o demostrar el género, definiéndolo y representándolo a la vez. Así, el hombre usa las conductas y creencias de salud para demostrar la dominancia y hegemonía de los ideales masculinos, que lo configuran como un hombre y le dan poder y autoridad. Y al mostrar estas conductas refuerzan las creencias culturales de que los hombres son más poderosos y menos vulnerables que las mujeres, pues al disminuir sus necesidades de salud y arriesgarse físicamente se están legitimando a sí mismos como el sexo fuerte. Pero, al tratar de obtener el poder y el privilegio, pueden realizar conductas dañinas para sí mismos, tales como negar sus propias necesidades, no reconocer su debilidad o vulnerabilidad, tener que mantener el control físico y emocional, aparecer como fuerte y robusto, disimular la necesidad de ayuda, estar siempre interesado en el sexo, y mostrar conducta agresiva y dominancia física.

Pese a que se dan algunas variaciones en función de las diferentes culturas y clases sociales en los atributos que conforman la masculinidad, su característica de factor de riesgo para la salud parece mantenerse aunque, al menos en Estados Unidos, es más probable que los hombres de menor nivel económico y educativo tengan creencias más tradicionales sobre la masculinidad (Courtney, 2002). Pero, como señala este autor, se conoce poco la influencia que puede tener en la salud y en las conductas de salud de hombres y jóvenes masculinidades diferentes, tales como las de los homosexuales, las de los inmigrantes y las de otras poblaciones marginadas.

No todos los hombres siguen en la misma medida el patrón de masculinidad clásico, al igual que no todas las mujeres siguen las prescripciones de la feminidad, aunque en el caso de los hombres hay mayores presiones para su adherencia y mayor rigidez en el seguimiento de las normas. Y existe evidencia empírica de que los hombres tienen más estrés debido a la identificación con las normas del rol del género masculino, la cual predice mayor ansiedad, ira y conductas de salud menos adecuadas (Eisler, Skidmore y Ward, 1988).

Género y salud mental

Tradicionalmente, las mujeres han sido diagnosticadas con mayor frecuencia de problemas de salud mental que los hombres, aunque en la actualidad se ha constatado que las tasas de problemas mentales y conductuales no difieren en función del género. Sí parecen darse diferencias en el patrón y los síntomas de los trastornos, aunque varían con la edad (OMS, 2002). La mayoría de los estudios muestran que, en la infancia, la prevalencia de los trastornos tales como conducta antisocial y agresiva es mayor en los chicos que en las chicas. Durante la adolescencia, la prevalencia de depresión y trastornos alimenticios es mayor en las chicas que en los chicos mostrando éstas, además, mayor ideación e intentos de suicidio, si bien la muerte por suicidio es más frecuente en los hombres, excepto en China y algunas partes de la India.

En la edad adulta se ha encontrado de forma consistente que es más probable que las mujeres tengan más ansiedad y depresión que los hombres, mientras que éstos presentan tasas más altas de trastornos de personalidad antisocial y de abuso de sustancias (Kessler *et al.*., 1994; OMS, 2002). Según este organismo, aunque no hay diferencias de género consistentes en la prevalencia de trastornos mentales graves tales como esquizofrenia o trastorno bipolar, generalmente los hombres tienen un comienzo más precoz de la esquizofrenia y es más probable que las mujeres experimenten formas más graves de depresión bipolar. Y aunque en los grupos de más edad la probabilidad de la enfermedad de Alzheimer es igual para ambos sexos, es más probable encontrar a más mujeres con esta enfermedad, ya que su esperanza de vida es mayor.

La depresión es uno de los problemas de salud mental más frecuente en las mujeres. Excepto en la infancia, en que no se dan diferencias en las tasas de depresión entre niñas y niños, o son estos los que las tienen más altas, se ha encontrado que las mujeres presentan más depresión a lo largo de todo el ciclo vital, surgiendo en la adolescencia y aumentando en la vida adulta (Cyranowski, Frank, Young y Shear, 2000; Sweeting y West, 2003) Este mayor riesgo de depresión en las mujeres se ha encontrado en múltiples estudios epidemiológicos y clínicos, realizados en diferentes áreas geográficas y en distintos periodos temporales. También en un estudio realizado por nuestro equipo con una muestra de casi 5000 personas residentes en las Islas Canarias (España), se encontró mayor sintomatología depresiva en las mujeres respecto a los hombres, si bien la varianza explicada por el género era muy escasa y las diferencias estaban moduladas por variables sociodemográficas. Concretamente, constatamos que las diferencias de género en depresión se maximizaban en las personas mayores de 34 años, en las que tenían hijos, en las casadas o divorciadas, en las de bajo nivel de estudios y en las no profesionales (Matud, Guerrero y Matías, en prensa).

Aunque se han propuesto distintas hipótesis para explicar las diferencias de género en depresión, los resultados no son totalmente concluyentes. Dentro de las hipótesis biológicas, se ha planteado la posibilidad de la transmisión genética ligada al cromosoma X, y de la fisiología endocrina femenina como responsables de su mayor tasa de depresión, aunque no se ha encontrado evidencia suficiente para ninguna de las hipótesis biológicas.

Algunos autores como Weissman y Klerman (1977) redefinen los valores clásicos de la "feminidad" como una variante de la indefensión aprendida, característica de la depresión. Afirman que las imágenes estereotipadas y condicionadas socialmente producen en la mujer una serie de condicionantes cognitivos opuestos a la aserción. Se plantea que, durante el proceso de socialización, las chicas aprenden a ser indefensas, desarrollando ante las situaciones de estrés un repertorio de respuestas limitado. Esas auto imágenes y expectativas son interiorizadas en la infancia, de modo que posteriormente llegan a creer que el estereotipo de feminidad es normativo, esperado y valorado.

También se ha propuesto que las diferencias entre mujeres y hombres en depresión podrían deberse a que aquéllas carecen de estrategias adecuadas para el afrontamiento de la depresión (Nolen-Hoeksema,1991). Esta autora plantea que las diferencias individuales en la duración de la depresión están influidas por el estilo de respuesta ante el humor depresivo, encontrando que en algunas personas predominan las rumiaciones, con pensamientos y conductas centradas en los síntomas y en sus causas y consecuencias, lo que tiende a intensificar los síntomas y a interferir con la solución de los problemas.

Una de las hipótesis más aceptada, y que cuenta con mayor evidencia empírica, es la que plantea que la depresión de la mujer es debida a su discriminación social, legal y económica, que le lleva a sentimientos de indefensión, dependencia de otros, bajas aspiraciones y baja autoestima. En un reciente análisis de los datos de tres estudios, dos de los cuales eran encuestas nacionales realizadas en Estados Unidos y que en total recogen datos de más de 15.000 personas, Mirowsky (1996) encontró que las diferencias en depresión en función del género aumentaban en la edad adulta, cuando las mujeres y los hombres experimentan más diferencias en su estatus debidas al género. Así, según este autor, pese a los cambios en las vidas de las mujeres en las últimas generaciones, continúan las desigualdades en salario, poder y autonomía, en casa y en el trabajo, así como en las responsabilidades familiares y del cuidado del hogar, lo que explicaría que persistan las diferencias en depresión en función del género.

También se ha planteado que la mayor depresión de las mujeres es consecuencia de que son, con mayor frecuencia, víctimas de violencia por parte de su pareja y de abusos sexuales, factores que, como veremos en el siguiente epígrafe, tienen un alto impacto en la salud de las mujeres. Otros factores psicosociales propuestos han sido las mayores tasas de pobreza de las mujeres, lo que también representa un factor de riesgo para los problemas mentales. Además, estos procesos podrían incluso ser más problemáticos para las mujeres más pobres, ya que pueden depender más del apoyo material y emocional de su red social, pudiéndole generar más estrés al compartir las experiencias estresantes de los demás (Brown y Harris, 1978). Otros factores que se han asociado con depresión, y que también son más frecuentes en las mujeres, son el desempleo, el ocupar trabajos de baja cualificación y el menor nivel de estudios.

Violencia de género

Existe evidencia del impacto que la violencia de género tiene en la salud de sus víctimas. Los problemas de salud mental citados con mayor frecuencia son depresión, ansiedad, síndromes relacionados con el estrés, dependencia de medicación psicotrópica, consumo de drogas e intentos de suicido (OMS, 2002).

A nivel social, la violencia del hombre contra la mujer es una manifestación de la desigualdad de género y un mecanismo de subordinación de las mujeres (Koss *et al.*, 1995). Como señalan estas autoras, para comprender la violencia de los hombres frente a las mujeres es necesario analizar las desigualdades de poder entre ambos, incluyendo las desigualdades legales, económicas, y físicas, entre otras. Desigualdades que impregnan la construcción social del género y la sexualidad y que afectan profundamente las relaciones íntimas de mujeres y hombres. Además, como señalan dichas autoras, parece ser que la violencia funciona como un mecanismo de control social de las mujeres y sirve para reproducir y mantener el status quo de la dominancia masculina y la subordinación femenina. La violencia de género se da tanto a nivel familiar como de estado y de comunidad y, aunque toma múltiples formas, las más comunes en nuestra sociedad

son el maltrato a la mujer por parte de su pareja, los abusos sexuales y el acoso sexual, ya sea en el área laboral o en la académica.

La violencia de pareja se refiere a cualquier conducta dentro de una relación íntima que cause daño físico, psicológico o sexual a alguno de los miembros (Heise y García-Moreno, 2002). Incluye conductas tales como agresiones físicas (golpes, patadas, palizas...); abuso psicológico (intimidación, menosprecio, humillaciones...); relaciones o conductas sexuales forzadas; y conductas de control, tales como aislamiento, control de las actividades y restricciones en el acceso a la información y asistencia. La violencia se da en todo tipo de parejas, casadas y no casadas y, en la mayoría, son las mujeres las víctimas y los hombres los agresores, siendo sus ataques más graves y con mayor probabilidad de más actos agresivos en un solo episodio, existiendo muchas más mujeres que hombres que sufren lesiones y que mueren a manos de su pareja (Council on Scientific Affairs, 1992; Browne, 1993; Lorente, 2001; Walker, 1999). Y son generalmente los hombres los que sistemáticamente aterrorizan y victimizan a su pareja ya que, mientras que las mujeres tienden a ser violentas como expresión de frustración o autodefensa, se ha encontrado que el hombre hace un uso calculado de la violencia para dominar a su pareja (Lawson, 2003).

Se trata de un fenómeno global que se da en todos los países y afecta a mujeres de todos los niveles sociales, culturales y económicos y su impacto en la salud es tan grande que recientemente se está considerando como un problema importante de salud pública (Fischbach y Herbert, 1997; Heise y García-Moreno, 2002; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998). Además de los problemas físicos, consecuencia directa de las agresiones o indirecta a través del impacto que el estrés tiene en la salud física de las personas, son muchos los estudios que evidencian el impacto psicológico que el maltrato tiene en la mujer. La prevalencia de los trastornos encontrada en una revisión bibliográfica realizada por Golding (1999) fue del 63,8% en 11 estudios de trastorno de estrés postraumático; de 47,6% en 18 estudios de depresión; del 17,9% en 13 estudios sobre tendencias suicidas; del 18,5% en 10 estudios de abuso del alcohol; y del 8,9% en 4 estudios de abuso de drogas. También se han citado disminución de la autoestima y del sentimiento de auto eficacia (Orava, McLeod y Sharpe, 1996) e inseguridad en sí misma (Matud, 2004a). Además, se ha planteado que es posible que desarrolle sentimientos de culpa, aislamiento social y dependencia emocional del maltratador, junto con intensa sintomatología somática (Dutton y Painter, 1993; Echeburúa y Corral, 1998).

Los abusos sexuales son una serie de actos que van desde la violación o su intento hasta cualquier tipo de contacto sexual no deseado. El impacto psicológico de tales abusos depende de muchos factores, tales como el tipo de abuso, si el agresor era o no un desconocido, etc. Además, muchas víctimas son incapaces de reconocer durante meses e incluso años que hayan sido víctimas de abusos sexuales, lo cual no impide que también desarrollen síntomas (Unger y Crawford, 1992). Hay autoras como Koss *et al.* (1995) que afirman que el experimentar violencia sexual cambia la vida de la mujer, dándose cambios en las rutinas diarias y sentimientos de vulnerabilidad, disociación e indefensión. Además, experimentan ideas recurrentes sobre la posibilidad de futuros abusos, rememoran la victimización y el intento de prevenir futuros ataques puede restringir la vida de la mujer. La violación tiene un fuerte impacto psicológico que puede ser de larga duración. Los síntomas más frecuentes son miedo, ansiedad, depresión, fobias, baja autoestima, problemas de ajuste sexual, disfunciones sexuales y trastorno de estrés postraumático (Kilpatrick, 1992; Resick, 1993), síntomas que parecen estar modulados por una serie de variables anteriores a la agresión, tales como el funcionamiento psicológico previo y los estresores vitales; de la agresión, como que

el hecho de que el agresor sea o no conocido, el nivel de violencia y las reacciones de la víctima; y posteriores, tales como el apoyo social y las implicaciones legales.

También se ha encontrado que el acoso sexual tiene múltiples consecuencias, tanto a nivel laboral como emocional, generando alteraciones de la salud física y mental. Los síntomas más frecuentes son ansiedad, depresión, dolores de cabeza, trastornos del sueño, problemas gastrointestinales, cambios de peso, náuseas, y disfunción sexual, y también se han citado trastornos por estrés postraumático, miedos y disminución de la autoestima. Y se ha asociado con el consumo elevado de alcohol, como forma de afrontar el estrés generado por la situación y ante la ineficacia de otras formas activas de afrontamiento.

Género y estrés

Uno de los factores explicativos de las diferencias de género en salud podría ser el estrés, ya que el género parece ser relevante en cada elemento del proceso estrés-salud, desde la percepción o no de un determinado suceso como estresante hasta las respuestas de afrontamiento, así como en las implicaciones que en la salud tienen las respuestas ante el estrés (Barnett, Biener y Baruch, 1987).

Aunque en la mayoría de las investigaciones no se han encontrado diferencias de género en el número de sucesos vitales estresantes experimentados por mujeres y hombres, sí se han encontrado diferencias en otras medidas de estrés. Así, es más común que las mujeres citen como estresantes los sucesos relacionados con el cuidado de la familia y las tareas del hogar (Lee, 1999; 2001; Matud, 2004b; Oman y King, 2000; Walters, 1993) y existe evidencia de que suelen tener más estrés crónico que los hombres (Matud, 2004b; McDonough y Walters, 2001; Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999).

También se ha encontrado que es más probable que a las mujeres les afecte el estrés de los que les rodean, ya que tienden a estar más implicadas que los hombres en las redes sociales y familiares (Kessler y McLeod, 1984; Turner, Wheaton y Lloyd, 1995).

Se ha planteado que los diferentes roles sociales de mujeres y hombres pueden ser una fuente diferencial de estrés, ya que la ocupación de un rol concreto determina el rango de experiencias potencialmente estresantes, aumentando la probabilidad de exposición a algunos estresores y evitando la presencia de otros. Además, como sugieren Aneshensel y Pearlin (1987), las condiciones de las personas que están ocupando un determinado rol también es una fuente diferencial de estrés ya que las experiencias dentro de un mismo rol pueden ser muy diferentes. Lundberg y Parr (2000), tras una revisión de diversos estudios sobre las condiciones de trabajo de mujeres y hombres, concluyeron que las mujeres con empleo tienen que enfrentarse a mucho más estrés que los hombres, ya que es más frecuente que tengan empleos peor pagados, más precarios y que se caractericen por altas demandas y bajo control. También se ha planteado que los roles familiares son mucho más demandantes para la mujer que para el hombre, siendo más comunes en los de las mujeres las características que hacen que un trabajo sea estresante: muchas demandas, tareas monótonas y repetitivas, y bajo control. Como señalan

Barnett *et al.* (1987), mientras que el rol materno requiere encargarse de todas las tareas implicadas en la crianza, su grado de control es bajo, ya que se le ha considerado como la responsable de la felicidad de su familia, algo que claramente está más allá del control de cualquier persona. Por el contrario, el rol paterno tradicional conlleva muchas menos demandas, pero su grado de control es alto, ya que se le ha considerado una figura de poder y autoridad. Así, parece haber pocas dudas de que, como señalan Mirowsky y Ross (1995), la posición de las mujeres en el trabajo y en la familia es más desfavorable, ya que tienen más demandas y limitaciones. Además, generalmente, las mujeres con empleo se ocupan también de la mayor parte del trabajo doméstico pues, aunque las mujeres se están incorporando cada vez más al mundo laboral, la mayoría de los hombres siguen estando poco implicados en las tareas domésticas.

Algunos autores también han planteado que es posible que las mujeres valoren los sucesos como más estresantes que los hombres (Miller y Kirsch, 1987; Ptacek, Smith y Zanas, 1992). Y aunque el porcentaje de varianza explicado era muy bajo, en un estudio realizado por nuestro equipo con 1566 mujeres y 1250 hombres de la población general residentes en las Islas Canarias, se encontró que las mujeres valoraban los sucesos y cambios vitales experimentados durante los dos últimos años como más negativos y menos controlables que los hombres (Matud, 2004b).

Pese a que la evidencia no es completa, en algunos estudios se ha encontrado que la forma de hacer frente al estrés difiere en función del género, lo que, a su vez, conllevará distintos riesgos para la salud. Algunos autores plantean que, mientras que muchos hombres afrontan el estrés fumando o tomando bebidas alcohólicas, puede ser que las mujeres lo interpreten como más patológico y acudan al médico. Ello se podrá traducir en mayor incidencia de diagnóstico de depresión y toma de tranquilizantes en el caso de las mujeres, y en mayores problemas de salud derivados de tales hábitos tóxicos en los hombres. En este sentido, Weidner (2000) afirma que, globalmente, los hombres parecen afrontar los sucesos estresantes de una forma menos adaptativa a nivel fisiológico, conductual y emocional que las mujeres, lo que contribuye a su mayor riesgo de enfermedades coronarias. Pero, de nuevo, la complejidad es la norma y existen varios estudios que sugieren que las estrategias y los estilos de afrontamiento del estrés de las mujeres son menos adecuados que las de los hombres.

Generalmente se han reconocido dos funciones principales del afrontamiento: regular las emociones y cambiar la relación persona-ambiente que causa la respuesta de estrés, aunque ambas se influyen mutuamente y pueden potenciarse o interferirse. Se plantea así que el afrontamiento puede dirigirse a la solución del problema, tratando de modificar las situaciones o de desactivar o disminuir la cognición de amenaza (afrontamiento dirigido al problema), o al control de las respuestas emocionales que modulan la amenaza (afrontamiento dirigido a la emoción) (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, Delongis y Gruen, 1986). Se ha considerado que el afrontamiento centrado en la emoción es menos efectivo y es más probable que se asocie a alteraciones psicológicas que el afrontamiento centrado en el problema (Billing y Moos, 1981; Pearlin y Schooler, 1978). Aunque reconocen limitaciones metodológicas y la necesidad de más investigaciones, en su revisión bibliográfica, Miller y Kirsch (1987) encontraron que muchos estudios informan de diferencias en cómo las mujeres y los hombres afrontan el estrés, tendiendo los hombres a un afrontamiento centrado en el problema, mientras que las mujeres usaban más estrategias que modifican su respuesta emocional. Aunque también hemos encontrado esta tendencia en el estudio realizado en Canarias ya citado (Matud, 2004b), el porcentaje de varianza explicado por el género era muy bajo, y parecen existir variables que modulan estas diferencias entre mujeres y hombres. Así, cuando se estudian las diferencias de género en poblaciones homogéneas y con alto nivel formativo, tales como estudiantes universitarios, no se

encuentran diferencias en la utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la solución del problema (véase, por ejemplo, Hamilton y Fagot, 1988; o Stern, Norman y Komm, 1993).

Algunos autores han encontrado diferencias entre mujeres y hombres en las reacciones neuroendocrinas al estrés, con respuestas menos marcadas en las mujeres (véase Green y Bell, 1987), aunque en otros estudios no se han encontrado diferencias. Así, Dunne (1981) estudió la respuesta de universitarios ante un examen, encontrando que aumentaban de forma similar sus niveles de adrenalina y noradrenalina; y Johansson y Post (1974) también encontraron patrones similares en la respuesta adrenérgica en ambos géneros ante la defensa en público de sus tesis. La cuestión parece ser mucho más compleja que la existencia de diferencias a nivel meramente fisiológico en función del género, ya que éstas pueden ser mayores entre las mujeres, como grupo, en función del contexto (Lundberg y Parr, 2000). Por ejemplo, Collins y Frankenhauser (1978) observaron que las estudiantes de ingeniería de escuelas técnicas tendían a mostrar más reacciones neuroendocrinas al estrés típicamente masculinas. Así, es posible que las diferencias de género en las reacciones biológicas al estrés psicológico reflejen las diferencias en las formas en que hombres y mujeres se enfrentan convencionalmente con las demandas de áreas tradicionalmente masculinas (Matthews, Davis, Stoney, Owens y Caggiula, 1991) y tales variaciones desaparecerían, e incluso serían opuestas, cuando hombres y mujeres tuvieran que enfrentarse a retos en áreas en las que tradicionalmente la mujer ha sido la competente, tal como llevar a los hijos a revisión médica. Lundberg, de Chateau, Winberg y Frankenhaeuses (1981) compararon las reacciones neuroendocrinas entre padres y madres que llevaban a sus hijos pequeños a revisiones médicas a un hospital y encontraron que, aunque no había diferencias en la secreción de adrenalina y cortisol, las madres mostraron menor reactividad a la adrenalina que los padres. Y en un reciente estudio de laboratorio, Holt-Lunstand, Clayton y Uchino (2001) encontraron mayor reactividad de la presión arterial diastólica cuando se competía con un hombre que con una mujer. Además, los hombres mostraban mayor reactividad cuando perdían que cuando ganaban, dándose el patrón opuesto en las mujeres.

Aunque los resultados tampoco son concluyentes, parecen darse algunas diferencias de género en la capacidad inmunológica. Se ha encontrado, por ejemplo, que las mujeres tienen mayor respuesta de anticuerpos ante una variedad de antígenos (Baum y Grumberg, 1991; Kielcot-Glaser y Glaser, 1988) y son diagnosticadas con mayor frecuencia que los hombres de enfermedades autoinmunes (Chrisler y O´Hea, 2000). Dado el impacto del estrés en el funcionamiento del sistema inmune, éste podría ser uno de los mecanismos, pero aún no se han encontrado evidencias que apoyen tal supuesto.

Así, hay indicios de que el impacto del sexo en el proceso de estrés podría estar condicionado por los patrones de socialización tradicionales. Pero, como señalan Barnett *et al.* (1987), el género influirá en función del grado en que cada persona haya sido socializada en los patrones consistentes con las normas de género tradicionales y en la medida en que cada una se identifique con las características tradicionales de masculinidad y feminidad. Quizá ello explique que predomine la variabilidad intragrupo y que, cuando se encuentran, el tamaño de las diferencias explicadas por el género sean tan pequeñas.

Múltiples roles y salud

La incorporación de la mujer al mundo laboral le ha supuesto el desempeño de un nuevo rol, junto con los tradicionales de esposa y madre. Tanto las teorías

funcionalistas, que propugnaban que el funcionamiento familiar se optimizaba cuando las mujeres se ocupaban de las tareas domésticas y los hombres del trabajo fuera de casa; como las psicoanalíticas, que plantean que la identidad de hombres y mujeres es muy diferente; como las evolucionistas, que propugnan la existencia de diferencias múltiples y "naturales" entre mujeres y hombres, han justificado la división de los roles laborales y familiares entre hombres y mujeres (Barnett y Hyde 2001). Tradicionalmente, se asumía que los roles asociados con el hogar (esposa, madre y ama de casa) eran "naturales" en la mujer, por lo que no le causaban estrés, mientras que el empleo se veía como un rol añadido en el caso de las mujeres casadas, o un rol sustituto en las solteras, por lo que sí podría generarles estrés.

En la relación entre múltiples roles y salud en la mujer existen, al menos, dos perspectivas diferentes. Una postula que las personas tienen limitaciones de tiempo y energía, por lo que ocupar múltiples roles puede crearles excesivas obligaciones y demandas. Por tanto, se considera que el combinar las responsabilidades del empleo y las obligaciones familiares puede crear conflicto entre los roles y sobrecarga de rol, lo que dará lugar a elevado estrés y problemas de salud. Desde la otra perspectiva se destacan los aspectos positivos de ocupar múltiples roles, enfatizando las ganancias en autoestima, reconocimiento, prestigio, apoyo social, y los recursos y privilegios asociados a cada rol. Pero existe evidencia empírica de que las demandas del empleo y del hogar interactúan, dependiendo las consecuencias psicológicas de la acumulación de roles no sólo del número de roles ocupados, sino de su naturaleza, ya que difieren en valor social y están asociados a diferentes obligaciones y privilegios que, a su vez, también son distintos en función de la persona que los ocupa. Por ello han surgido una serie de estudios que se han centrado, más que en el número, en la calidad de los roles ocupados, encontrando que ésta es más relevante en el estrés y la salud.

Barnett y Hyde (2001), tras una revisión de las investigaciones, concluyen que, en general, los múltiples roles son beneficiosos para mujeres y hombres ya que implican factores positivos tales como el aumento del ingreso, apoyo social u oportunidades para tener éxito, pero también reconocen que hay ciertos límites tras los que puede darse sobrecarga y malestar. Plantean que la calidad de los roles es más importante para la salud que su número o que la cantidad de tiempo empleada en un determinado rol ya que, aunque los múltiples roles ofrecen oportunidades de éxito, también pueden producir fracaso o frustración, especialmente en el contexto de ocupaciones de bajo nivel, discriminación y acoso sexual.

En todo caso, existe amplia evidencia empírica de que las mujeres con más roles no tienen más enfermedades, y que las que se dedican de forma exclusiva al rol de ama de casa tampoco tienen mejor salud que las que tienen empleo. En estudios realizados por nuestro equipo con mujeres residentes en Canarias (Matud, 2002; Matud, Hernández y Marrero, 2002), hemos encontrado que las mujeres con empleo tienen, en general, mejor salud que las que carecen de éste. Las mujeres que se dedican de forma exclusiva al rol de ama de casa y madre tienen peor salud, tanto física como mental, que las que tienen empleo. Desventaja que parece desaparecer cuando el ama de casa está muy satisfecha con su rol, aunque esto sólo parece darse en menos de la quinta parte de ellas. Encontramos que la satisfacción con el rol es un factor importante en la salud de la mujer, pero están más satisfechas con su rol laboral las mujeres con empleos más cualificados que las que tienen empleos de tipo manual y que las amas de casa.

Aunque no es fácil resumir en unas líneas un área tan compleja y prolífica, en conjunto, los estudios sobre género y salud muestran la complejidad de las diferencias en salud entre mujeres y hombres e indican la relevancia de los factores sociales, tanto en el surgimiento y desarrollo de tales diferencias como en la salud

de todas las personas. Así, todo indica la necesidad de instaurar medidas que, además de eliminar la desigualdad de género, promuevan unas condiciones de vida más saludables para toda la población.

Referencias

Albizu-Garcia, C. E., Alegría, M., Freeman, D. y Vera, M. (2001). Gender and health services use for a mental health problem. Social Science & Medicine, 53, 865-878.

Aneshensel, C. S. y Pearlin, L. I. (1987). Structural contexts of sex differences in stress. En R. C. Barnett, L. Biener, y G. K. Baruch (Eds.), Gender & Stress (pp. 75-95). Nueva York: The Free Press.

Ashmore, R. D. (1990), Sex, gender, and the individual. En L. A. Pervin (Ed.), Handbook of Personality. Theory and Research (pp. 486-527). Nueva York: The Guilford Press.

Barnett, R. C., Biener, L. y Baruch, C. K. (1987). Gender and stress. Nueva York: The Free Press.

Barnett, R. C. y Hyde, J. S. (2001). Women, men, work, and family. An expansionist theory. American Psychologist, 56, 781-796.

Bassoff, E. S. y Glass, G. V. (1982). The relationship between sex roles and mental health: a meta-analysis of twenty-six studies. The Counseling Psychologist, 10, 105-112.

Baum, A. y Grunberg, A. B. (1991). Gender, stress, and health. Health Psychology, 10, 80-85.

Billings, A. G., y Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. Journal of Behavioral Medicine, 4, 139-157.

Brown, G. W. y Harris, T. O. (1978). Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. Nueva York: Free Press.

Browne, A. (1993). Violence against women by male partners. Prevalence, outcomes and policy implications. American Psychologist, 48, 1077-1087.

CELADE (1998). Boletín demográfico Nº 62. Naciones Unidas, World Population Prospects. The 1998 Revision.

Collins, A. y Frankenhauser, M. (1978). Stress responses in male and female engineering students. Journal of Human Stress, 4, 43-48.

Council on Scientific Affairs, American Medical Association (1992). Violence against women: relevance for medical practitioners. Journal of the American Medical Association, 267, 3184-3189.

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Social Science & Medicine, 50, 1385-1401.

Courtenay, W. H. (2002). A global perspective on the field of men's health: an editorial. International Journal of men's health, 1, 1-13.

Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. y Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. A theoretical model. Archives of General Psychiatry, 57, 21-27.

Chrisler, J. C. y O´Hea, E. L. (2000). Gender, culture, and autoinmune disorders. En R. M. Eisler y M. Hersen (Eds.), Handbook of gender, culture and health (pp. 321-341). Mahwah: LEA.

Denton, M., Prus, S. y Walters, W. (2004). Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. Social Science & Medicine, 58, 2585-2600.

Dunne, E. A. (1981). Sex differences in the anticipation of a "real-life" stressor. Irish Journal of Psychology, 5, 40-44.

Dutton, D. G. y Painter, S. (1993). The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse. American Journal of Orthopsychiatry, 63, 614-622.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). Manual de violencia familiar. Madrid: Siglo XXI Editores.

Eisler, R. M., Skidmore, J. R. y Ward, C. H. (1988). Masculine gender-role stress: predictor of anger, anxiety, and health-risk behaviors. Journal of Personality Assessment, 52, 133-141.

Ferrer-Pérez, V. A., Gili, M. y Bosch, E. (1997). Los hábitos de salud y la morbilidad aguda y crónica desde una perspectiva de género. Revista de Psicología de la Salud, 9, 127-139.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., Delongis, A. y Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 992-1003.

Gijsbers, C. M. , Wijk, G., Huisman, H. y Kolk, A. M. (1999). Gender differences in physical symptoms and illness behavior. A health diary study. Social Science & Medicine, 49, 1061-1074.

Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. Journal of Family Violence, 14, 99-132.

Good, G. E., Sherron, N. B. y Dillon, M. G. (2000). Masculine gender role stressors and men's health. En R. M. Eisler y M. Hersen (Eds.), Handbook of gender, culture and health (pp. 63-81). Mahwah: LEA.

Green, T. C. y Bell, P. A. (1987). Environmental stress. En M. A. Baker (Ed.), Sex differences in human performance (pp. 81-106). Arundel: Wiley.

Hamilton, S. y Fagot, B. I. (1988). Chronic stress and coping styles: a comparison of male and female undergraduates. Journal of Personality and Social Psychology, 55, 819-823.

Heise, L. y García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg y J. A. Mercy (Eds.), World Report on Violence and Health (pp. 88-121). Ginebra: World Health Organization.

Holt-Lunstand, J., Clayton, C. J. y Uchino, B. (2001). Gender differences in cardiovascular reactivity to competitive stress: the impact of gender of competitor and competition outcome. International Journal of Behavioral Medicine, 8, 91-102.

Hunt, K. (2002). A generation apart? Gender-related experiences and health in women in early and late mid-life. Social Science & Medicine, 54, 663-676.

Instituto Nacional de Estadística (2005). España en cifras 2005. Madrid: INE.

Johansson, G. y Post, B. (1974). Catecholamine output of males and females over a one- year period. Acta Physiologica Scandinavica, 92, 557-565.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., Gupta, V. y Prothrow-Stith, D. (1999). Women's status and the health of women and men: a view from the states. Social Science & Medicine, 48, 21-32.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Archives of General Psychiatry, 51, 8-19.

Kessler, S. J. y McKenna, W. (1978). Gender: An ethnomethodological approach. Londres: Whiley & Sons.

Kessler, R. C. y McLeod, J. D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. American Sociological Review, 49, 620-631.

Kielcot-Glaser, J. K. y Glaser, R. (1988). Inmunological competence. En E. A. Blechman y K. D. Brownell (Eds.), Handbook of Behavioral Medicine for Women (pp. 195-205). Nueva York: Pergamon.

Kilpatrick, D. G. (1992). Etiología y factores predictivos de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales. En E. Echeburúa, Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad (pp. 117-143). Madrid: Pirámide.

Koss, M. P., Goodman, L. A., Browne, A., Fitzgerald, L. F., Keita, G. P. y Russo, N. P. (1995). No save haven. Male violence against women at home, at work, and in the community. Washington: APA.

Lahelma, E., Arber, S., Martikainen, P., Rahkonen, O. y Silventoinen, K. (2001). The Myth of gender differences in health: social structural determinants across adult ages in Britain and Findland. Current Sociology, 49, 31-54.

Lahelma, E., Martikainen, P., Rahkonen, O. y Silventoinen, K. (1999). Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change. Social Science & Medicine, 48, 7-19.

Lawson, D. (2003). Incidence, explanations, and treatment of partner violence. Journal of Counseling & Development, 81, 19-32.

Lee, C. (1999). Health, stress and coping among women caregivers. A review. Journal of Health Psychology, 4, 27-40.

Lee, C. (2001). Experiences of family caregiving among older Australian women. Journal of Health Psychology, 6, 393-404.

Liang, W., Shediac-Rizkallah, M. C., Celentano, D. D. y Rohde, C. (1999). A population-based study of age and gender differences in patterns of health-related behaviors. American Journal of Preventive Medicine, 17, 8-17.

Lips, H. M. (2001). Sex & Gender. An introduction (4ª ed.). Londres: Mayfield.

Lorente, M. (2001). Agresión a la mujer: realidades y mitos. Mi marido me pega lo normal. Barcelona: Ares y Mares.

Lundberg, U., de Chateau, P., Winberg, J. y Frankenhaeuses, M. (1981). Catecholaminic and cortisol excretion patterns in three years old children and their parents. Journal of Human Stress, 7, 3-11.

Lundberg, U. y Parr, D. (2000). Neurohormonal factors, stress, health, and gender. En R. M. Eisler y M. Hersen (Eds.), Handbook of gender, culture and health. Mahwah: LEA.

Maccoby, E. E. (1998). The two sexes. Growing up apart, coming together. Cambridge: Harvard University Press.

Macyntire, S., Ford, G. y Hunt, K. (1999). Do women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. Social Science & Medicine, 48, 89-98.

Macyntire, S., Hunt, K. y Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: Are things really as simple as they seem? Social Science & Medicine, 42, 617-624.

Matthews, K. A., Davis, M. C., Stoney, C. M., Owens, J. F. y Caggiula, A. R. (1991). Does the gender relevance of the stressor influence sex differences in psychophysiological responses? Health Psychology, 10, 112-120.

Matthews, S., Manor, O y Power, C. (1999). Social inequalities in health: are there gender differences? Social Science & Medicine, 48, 49-60.

Matud, M. P. (2002, junio). Múltiples roles y salud en la mujer: un estudio de la población canaria. Ponencia presentada en las I Jornadas Europeas sobre Roles Sociales, Estrés y Salud, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Matud, M. P. (2004a). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. Psicothema, 16, 397-401.

Matud, M. P. (2004b). Gender differences in stress and coping styles. Personality and Individual Differences, 37, 1401-1415.

Matud, M. P., Guerrero, K. y Matías, R. G. (en prensa). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. International Journal of Clinical and Health Psychology.

Matud, M. P., Hernández, J. A. y Marrero R. J. (2002). Work role and health in a sample of Spanish women. Feminism and Psychology, 12, 363-378.

McCullough, M. E. y Laurenceau, J. (2004). Gender and the natural history of self-rated health: A 59-year longitudinal study. Health Psychology, 23, 651-655.

McDonough, P. y Walters, V. (2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. Social Science & Medicine, 52, 547-559.

Miller, S. M. y Kirsch, N. (1987). Sex differences in cognitive coping with stress. In R. C. Barnett, L. Biener y G. K. (Eds.), Gender & Stress (pp. 278-307). Nueva York: The Free Press.

Mirowsky, J. (1996). Age and the gender gap in depression. Journal of Health and Social Behavior, 37, 362-380.

Mirowsky, J. y Ross, C. E. (1995). Sex differences in distress: Real o artifact? American Sociological Review, 60, 449-468.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. Journal of Abnormal Psychology, 100, 569-582.

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. y Grayson, C. (1999). Explaining the gender differences in depressive symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 77, 1061-1072.

Oman, R. F. y King, A. C. (2000). The effect of life events and exercise program format on the adoption and maintenance of exercise behavior. Health Psychology, 19, 605-612.

Orava, T. A., McLeod, P. J. y Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem in women in transition from abusive relationships. Journal of Family Violence, 11, 167-186.

Organización de Naciones Unidas (1994). Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo. Naciones Unidas: Nueva York.

Organización Mundial de la Salud (2002). Gender and Mental Health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2003). Why gender and health? Encontrado el día 3 de enero de 2004 en http://www.Who.int/gender/henderandhealth.html.

Pearlin, L. I. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. Journal of health and Social Behavior, 19, 2-21.

Ptacek, J. T., Smith, R. y Zanas, J. (1992). Gender, appraisal, and coping: A longitudinal analysis. Journal of Personality, 60, 747-770.

Resick, P. A. (1993).The psychological impact of rape. Journal of Interpersonal Violence, 8, 223-255.

Rin, J. L. y Zinder, M. (2005). Sexual dimorphism in mammalian gene expresión. Trend in Genetics, 21, 298-305.

Roberts, G. L., Lawrence, J. M., Williams, G. M. y Raphael, B. (1998). The impact of domestic violence on women's mental health. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 22, 56-61.

Stern, M., Norman, S. y Komm, C. (1993). Medical students' differential use of coping strategies as a function of stressor type, year of training and gender. Behavioral Medicine, 18, 173-180.

Sweeting, H. y West, P. (2003). Sex differences in health at ages 11, 13 and 15. Social Science & Medicine, 56, 31-39.

Turner, R. J., Wheaton, B. y Lloyd, D. A. (1995). The epidemiology of social stress. American Sociological Review, 60, 194-205.

Unger, R. K. (1979), Toward a redefinition of sex and gender. American Psychologist, 34, 1085-1094.

Unger, R. y Crawford, M. (1992). Women and Gender. A Feminist Psychology. Nueva York: McGraw-Hill.

Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. American Psychologist, 54, 21-29.

Walters, V. (1993). Stress, anxiety and depression: Women's accounts of their health problems. Social Science & Medicine, 36, 393-402.

Weidner, G. (2000). Why do men get more hearth disease than women? An international perspective. Journal of American College Health, 48, 291-294.

Weissman, M. M. y Klerman, G. K. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. Archives of General Psychiatry, 34, 98-111.

Xu, K. T. y Borders, T. F. (2003). Gender, health, and physician visits among adults in the United States. American Journal of Public Health, 93, 1076-1079.

HUMOR PARA ESTABLECER EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

Eusebio Campojó Benites

Importancia y valor

Siendo el buen humor el tono sentimental agradable que experimenta internamente una persona, sus efectos y beneficios son tremendamente positivos.

- Produce sensación de bienestar

- Refuerza los sentimientos

- Hace experimentar mayor optimismo

- Provee decisión y resistencia a obstáculos y problemas.

- Impulsa la iniciativa, creatividad y mejora el aprendizaje

- Tonifica la autoestima.

- Fomenta la comprensión, comunicación y tolerancia.

- Acrecienta las relaciones interpersonales.

- Coadyuva a fortalecer la voluntad y constancia.

- Reduce la tensión, ansiedad y el estrés

- Propende el desarrollo de emociones sociales positivas: la satisfacción, alegría y amor.

- Presenta perspectivas frente a imprevistos, enfermedades, extiende visión de vida.

El sentido del humor, es un mecanismo psicológico muy sofisticado que permite aumentar la eficacia con la que nos enfrentamos a las situaciones. Está ligado a la jovialidad y la agudeza, en general, a la buena disposición personal para hacer las tareas. La forma de resolver una situación complicada, el éxito o fracaso del intento, depende más de la **actitud** positiva, activa, con que se afronte que de la **aptitud** objetiva para poder resolverlo.

Para no dejarse arrastrar por los problemas, es imprescindible saber relativizarlos, observarlos con cierta distancia para suavizar sus impactos negativos.

El humor no es una capacidad innata, se va aprendiendo en el transcurso de la vida, puede ser potenciado o aumentado con esfuerzo diario, pues el sentido del humor: a) Ayuda a afrontar mejor los problemas, b) Estimula la inteligencia y la velocidad de reflejos, c) Extrae las situaciones del contexto e invierte situaciones habituales d) Agudiza claramente el instinto de supervivencia.

En cuanto a la capacidad de **crítica y humor**, hay que evitar caer en extremos: No situarse desagradable, con burla, ironía, o ridiculización constante de las personas que nos rodean. No situarse cándido, con humor tan ingenuo que cualquier persona o circunstancia nos produzca risa.

Es actitud hacia la vida, hacia las dificultades; porque el buen humor y la risa, flexibilizan la capacidad de pensar con más amplitud y generando reflexión productiva.

La TRE de A. Ellis (1997), es una Escuela que aplica el sentido humorístico, enfocando las perturbaciones emocionales que acontecen debido a la sobredimensión e importancia que damos a los sucesos o acciones; las tomamos muy formales, rígidas, sin salida o final.

A. T. Beck (2000) en su Terapia Cognitiva de la Depresión, utiliza el humor exhortando a indagar y ver el lado festivo de las cosas o circunstancias.

Rodríguez Idígoras (2003) manifiesta que el humor nos ayuda a relacionarnos con los otros de manera distendida y a alejarnos de un excesivo individualismo, enseñándonos a ser menos arrogantes y por lo tanto más humildes. Entre otros beneficios:

• Relativiza la realidad. • Favorece la adaptación al cambio. • Sirve para rebajar el sentimiento de frustración que provoca la percepción de nuestras limitaciones.	▪ Es muy valioso para defenderse de una crítica o una ofensa que desafía el equilibrio emocional. ▪ Puede ayudar a prevenir conflictos.

Magdalena Tirado (2003) aconseja, levantarse y acostarse con la actitud positiva que regala el humor no es sencillo. Pero conviene el humor por que nos permite encontrar nuevas soluciones a los jeroglíficos de la vida cotidiana, nos enseña que las cosas siempre pueden ser de otra manera, nos ayuda a elegir. Por eso, quizá merezca la pena incorporar a nuestro talante el sentido existencial de la travesura.

Funciones

Se considera que el humor, risa y sonrisa pueden:

- Favorecer el flujo de la interacción, que revela actitudes con una relativa impunidad.

- Comunicar alianzas.

- Inducir a cambios en la estima del grupo.

- Ser parte integral de la estrategia del comportamiento exitoso.

- Ayudar al mantenimiento del estatuto jerárquico y poner a prueba la situación de las relaciones.

-Ser multidimensional, principalmente en función del contenido y contexto social, una sola situación humorística puede dar origen a efectos múltiples y diversos entre los iniciadores, receptores y los testigos.

Los efectos en los receptores son mediados en parte por los valores y motivos percibidos del iniciador, que a su vez es influido por las repuestas que suscita. (Harré y Lamb, 1992).

El humor como protección

Desde la Filosofía, Juan Carlos del Río (2005) escribe: el buen humor es herramienta de gran eficacia, permite ver lo que quizás los demás no perciben, ser conscientes de la relatividad de todas las cosas y revelar con una lógica sutil lo serio de lo tonto y lo tonto de lo serio...

La filosofía y el humor están estrechamente relacionados. El sentido en el sin sentido que caracteriza el chiste, es también la forma de las paradojas, aporías, y acertijos de que se nutre la filosofía. Jugar con la polisemia y las múltiples acepciones, el disparate, los enlaces arbitrarios de dos representaciones contrastantes, diversas, ajenas, todo lo que a la filosofía le ocupa como alguna que otra clase de sofisma, equívoco o paralogismo, son descripciones de las técnicas del chiste.

Por otra parte, la actitud filosófica requiere de una mirada bromista. El planteamiento de un problema filosófico necesita una mirada que pueda superar dogmas, ir más allá de una evidencia, un tabú, un prejuicio, o de otras inhibiciones propias del hombre. Filosofía sin inteligencia, sin humor, es esterilidad, artificialidad, robótica pura. Humor sin inteligencia, es mal gusto, zafiedad. De la unión entre filosofía y humor, nace la creatividad, la fantasía lúdica, el juego de la lógica.

El sentido del humor es el término medio entre la frivolidad, para la que casi nada tiene sentido, y la seriedad, para la que todo tiene sentido. El frívolo se ríe de todo, es insípido y molesto, y con frecuencia no se preocupa por evitar herir a otros con su humor. El serio cree que nada ni nadie deben ser objetos de burla, nunca tiene algo gracioso para decir y se incomoda si se burlan de él.

El humor revela así la frivolidad de lo serio y la seriedad de lo frívolo...

Pero en el humor no todo vale... Se puede bromear con todo, pero no de cualquier manera... el humor ayuda a vivir... el humor libera...

El filósofo Kant (1724-1864) pensaba que la risa era un fenómeno psicosomático; señalaba que algunas ideas mentales producen una respuesta corporal: la risa, con su efecto fisiológico benéfico.

Una filosofía **optimista** de la vida, ayuda en gran manera a salir del atolladero y a buscar soluciones en vez de quedarse atascado en los problemas.

Desde las dificultades en el campo Educativo J.B. Freire (2004) de la Universidad de Navarra en las XXXII Jornadas de Centros Educativos en Buenos Aires, cree que sin vocación docente y algo de humor, la enseñanza se puede convertir en una profesión ingrata.

Indica las ventajas del sentido del humor en aulas: 1. Su capacidad de ilusionar, (infancia, adolescencia), 2. Su talante motivador que facilita el aprendizaje.

La tarea de enseñar produce un intenso cansancio psicosomático, el sentido del humor consigue la catarsis emocional pero sin lesionar los mecanismos afectivos.

No es una técnica, existen procedimientos para promoverlo: provocar en los alumnos curiosidad y expectación; otro consiste, en hacer que el alumno sea protagonista de su aprendizaje. Hay que desterrar de inicio la idea, de que el sentido del humor consiste en preparar clases graciosas, divertidas, ruidosamente chistosas. El signo típico del sentido del humor es la simple sonrisa: un gesto suave, tenue, amable, que se caracteriza por esponjar el ánimo.

Desde el campo Laboral, pasamos más de media vida trabajando, es cierto que el sentido del humor resulta un resorte motivador, disminuye el estrés, ansiedad y la depresión.

Una forma de aprender a ser positivo es: a) mantener la mente abierta y una actitud optimista, b) aprender a sonreírte de ti mismo, facilitará aceptar las dificultades con humor, c) enfocar los problemas con dosis de buen humor, sin dramatización de lo que son en realidad, d) tratar de esbozar siempre una sonrisa, para liberar tensiones.

Desde la Biología muchos científicos establecen nuevos vínculos y documentan evidencias de la importancia del humor y la risa en el tratamiento y prevención de enfermedades, convencidos de que la risa influye de manera positiva en la salud, activando procesos de sanación.

Aquí, tres especialistas empeñados en hallar una manera científica de "medir" el sentido del humor.

L. López-Herrera maneja la tesis del sufrimiento asociado a la enfermedad, según la cual las personas que ríen poco o carecen de sentido del humor, son más propensas a padecer enfermedades graves. Participó en la creación de la Cátedra de Humor en la Universidad Central de Venezuela, cree que el humor debe estar vinculado a los valores sociales; señala que lo que hoy es intuición y empirismo será ciencia cuando se encuentren sistemas biológicos y psicodinámicos que midan el humor.

- Para L. Muñiz, es necesario estudiar, cuidar y cultivar el humor... entender que el humor no es lo cómico sino la habilidad de percibirlo. Es esencial reconocer que implica un constante esfuerzo para comprender y dar significado a nuestras experiencias y una fuente de coraje para enfrentar circunstancias adversas y

vicisitudes. Cuando reímos activamos la circulación de la sangre, el ritmo respiratorio y, por lo tanto, la oxigenación general del cuerpo. Dentro del sistema fisiológico, el efecto del humor y la risa tiene dos procesos: un estímulo sobre el cuerpo y una relajación posterior que brinda una sensación de disfrute y de alegría. En definitiva, el humor es expresión de salud y de alegría.

- W. Fry (1977, 1979; Fry & Salameh, 1987; citado por Berk, 1989) de la Universidad de Stanford, otro pionero en el campo del humor como terapia en su Biología del humor ha identificado numerosas funciones del humor y la risa en las relaciones interpersonales, así como en los mecanismos psicológicos internos de cada individuo. En 1977, George Vaillant había determinado la presencia en el ser humano de cinco mecanismos de defensa para combatir el estrés, entre ellos el humor.

Fry, destaca que éste puede actuar como defensa frente a la frustración, el miedo y la rabia, y por ende en la prevención de infartos o accidentes cardiovasculares, en la medida que se ha comprobado estadísticamente que gran número de ataques cardíacos ocurren en momentos de rabia**.**

Desde la Fisiología. Actualmente el sentido del humor, es considerado como algo característico de los seres humanos. Varios estudios sobre el desarrollo del niño han concluido que todas las personas han nacido con potencial genético para desarrollarlo de una u otra manera.

Parece ser que el origen del sentido del humor es bipolar: a) el carácter genético organiza los fundamentos básicos, y b) el aprendizaje en la vida produce modificaciones, moderando, adornando o sofisticando ése carácter o principio.

Se está demostrando que la alegría, la risa, tienen influencia significativa en la mayoría de los grandes sistemas fisiológicos del cuerpo: el muscular, respiratorio, inmunitario y endocrino, cardiovascular, digestivo, SNC, SNA; como afirma W. Fry, reímos con todo nuestro ser.

Arthur Stone, psiconeuroinmunólogo, en Inteligencia Emocional, ha observado en individuos con buen humor y propensión a la risa, un aumento de inmunoglobulina 'A' en las mucosas y la saliva; la sustancia es factor muy importante frente a las infecciones.

Estudios psicobiológicos recientes, indican que la salud depende del equilibrio que haya entre el sistema simpático, relacionado a los sentimientos de guerra y huída y el parasimpático que se vincula a los sentimientos de paz y armonía; este sistema segrega endorfinas ligadas a la alegría y felicidad.

En el SNC, la manifestación del humor supone la estimulación de varias áreas, con consecuencias positivas: gran actividad, excitación, interacción personal, por lo general seguida de estimulación humorística.

Desde la teoría de la Personalidad, Perfetti (1999) Investiga y reflexiona sobre el Sentido del Humor como rasgo de personalidad. Señala que estaría estrechamente relacionado con el conocimiento de sí mismo, entendiéndose como una escala que va desde un gran conocimiento, muy escaso o nulo de sí.

Hay que distinguirlo del sentido de lo cómico; éste último consiste, generalmente, en absurdos, juegos de palabras, bromas gruesas; ridiculizando a alguien.

La asociación entre el conocimiento de si mismo y el sentido del humor, radicaría en la convergencia a un igual fenómeno: la auto objetivación.

El sentido del humor, es rasgo común en todas las personas, se manifiesta en diferentes grados; se relacionaría con las experiencias que se viven diariamente y cómo se van enfrentando.

La autoaceptación, es gran paso para llegar a tener buen sentido del humor; aceptar y asumir defectos, virtudes, lleva al desarrollo de la autoestima y amor propio. Conocerse a si mismo, sería la base del sentido del humor, su incremento tendría evolución a través del tiempo...

Almudena García (2000) señala que reír es bueno para la salud. Pero no sólo reír, sino también tomar las cosas con buen humor, positivamente, sin proyectar nuestra negatividad; ayuda a vivir una vida más plena.

Revisados algunos aspectos del humor, es útil considerar su relación con la realidad, experiencia personal, qué comprende e involucra el término Bienestar, Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico.

Alrededor del bienestar humano se da una diversidad de enfoques, no existe aún consenso en cuanto a su conceptualización y medición. Uno de los componentes fundamentales del bienestar, es la satisfacción personal con la vida.

Esa satisfacción surge a punto de partida de una transacción entre el individuo y su entorno micro y macro social, con sus elementos actuales e históricos, donde se incluyen las condiciones objetivas materiales y sociales, que brindan al hombre determinadas oportunidades para la realización personal (García - Viniegras; Gonzales, 2000).

El bienestar a nivel individual toma en cuenta aspectos cualitativos y cotidianos del hombre, vinculados a su felicidad, que categorías sociales tales como el desarrollo económico no pueden por sí solas explicar.

El desarrollo evidenciado por el concepto salud trasciende lo biológico. Muchas categorías psico sociales han contribuido de una forma u otra al creciente auge y desarrollo de los estudios acerca del bienestar subjetivo... El bienestar subjetivo es parte de la salud en su sentido más general y se manifiesta en todas las esferas de la actividad humana. Es por todos conocido que cuando un individuo se siente bien, es más productivo, sociable y creativo, posee una proyección de futuro positiva, infunde felicidad y la felicidad implica capacidad de amar, trabajar, relacionarse socialmente y controlar el medio (Taylor, 1991). Está demostrada la asociación entre algunos estados emocionales y respuestas de enfrentamiento al estrés de un tipo u otro (Lloret, Tomás, 1994); esto explica la relación del bienestar psicológico con los niveles de salud.

Sin embargo, la investigación del bienestar subjetivo, ha sido abordada por los investigadores de manera difusa y poco clara, manejándose indistintamente conceptos tales como bienestar subjetivo, bienestar psicológico, salud mental y felicidad.

Tampoco está claramente definida su vinculación con otras categorías de corte sociológico y socio psicológico, tales como, calidad de vida, desarrollo económico y nivel de vida, condiciones de vida, modo de vida y estilo de vida. Warr, (1990) ha considerado el bienestar subjetivo como expresión de la afectividad.

Diener y cols, (1997) brindan una concepción más integradora del bienestar subjetivo, considerándolo como la evaluación que hacen las personas de su vida, que incluye tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas (estados de ánimo y emocionales).

El término bienestar lleva implícita la experiencia personal, y por tanto, hablar de bienestar subjetivo puede considerarse una redundancia. Existe íntima relación de lo afectivo y lo cognitivo, por lo que el bienestar es definido por la mayoría de los autores, como la valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida, en los que predominan los estados de ánimo positivos.

El bienestar subjetivo enfatiza un carácter vivencial en su sentido más amplio, aunque resulta imprescindible esclarecer su vínculo con otras categorías de carácter más social. El término bienestar psicológico ha sido utilizado como sinónimo de bienestar subjetivo; de hecho, ambos términos están estrechamente relacionados. El bienestar psicológico puede ser considerado como la parte del bienestar que compone el nivel psicológico, siendo el bienestar general o bienestar subjetivo, el que está compuesto por otras influencias, como por ejemplo la satisfacción de necesidades fisiológicas.

El bienestar psicológico trasciende la reacción emocional inmediata, el estado de ánimo como tal... Aunque hay una fuerte evidencia a favor de la existencia, tanto de aspectos estables como de aspectos transitorios del bienestar subjetivo, los aspectos estables parecen tener efectos significativamente más fuertes que los aspectos transitorios.

El bienestar psicológico es un constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social. El bienestar posee elementos reactivos, transitorios, vinculados a la esfera emocional, y elementos estables que son expresión de lo cognitivo, de lo valorativo; ambos estrechamente vinculados entre sí y muy influidos por la personalidad como sistema de interacciones complejas, y por las circunstancias medio-ambientales especialmente las más estables.

Las diferencias sociodemográficas, no solo pueden producir diferentes niveles de bienestar y de salud según PNUD, 1994, sino también diferentes formas de encontrar el bienestar psicológico... El bienestar es una experiencia humana vinculada al presente, pero también con proyección al futuro, pues se produce justamente por el logro de bienes. Es en este sentido que el bienestar surge del balance entre las expectativas (proyección de futuro) y los logros (valoración del presente), lo que muchos autores llaman satisfacción, en las áreas de mayor interés para el ser humano y que son el trabajo, la familia, la salud, las condiciones materiales de vida, las relaciones interpersonales, y las relaciones sexuales y afectivas con la pareja. (García - Viniegras, González, 2000).

Puede ser que hasta en últimos lustros se hayan orillado contenidos provechosos para el ser humano como la satisfacción, el bienestar, la esperanza, el optimismo, la felicidad; temas que aborda la psicología positiva, situando efectos benéficos de las fortalezas humanas para el desarrollo individual y colectivo. Diener (2000) y otros investigadores continúan examinando los procesos que están latentes en el bienestar.

El vocablo felicidad se vincula a otros términos como: contento, la satisfacción, calidad o estilo de vida, bienestar social, bienestar subjetivo.

1. El bienestar tendría una dimensión básica y general que es subjetiva. 2) El bienestar tendría dos componentes. a) Centrado en aspectos afectivos-emocionales; estados de ánimo. b) Centrado en aspectos cognitivos-valorativos; evaluación de satisfacción de la propia vida. Casullo y cols (2002) agregan un tercer componente.
c) Centrado en el vincular.

El bienestar subjetivo es un área general de interés científico y no una estructura específica que incluye las respuestas emocionales de las personas, satisfacciones de dominio y los juicios globales de satisfacción de vida (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999).

En la estructura del Bienestar Subjetivo se hallan 3 dimensiones: Satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo. La primera se identifica con el componente cognitivo y las dos restantes corresponden al área emocional o afectiva; dentro de los afectos positivos están la alegría, euforia, satisfacción, orgullo, cariño, felicidad, éxtasis (Diener y cols. 1999). Otros autores amplían las dimensiones poniendo de relieve la aceptación y crecimiento personal, así como la adaptación e integración en el ambiente social.

Aquí tienen relevancia: la auto aceptación, crecimiento personal, sentido/ propósito en la vida, relaciones positivas con los otros, autonomía y control sobre el medio.

El bienestar subjetivo se podría definir como el resultado de la valoración global mediante la cual, a través de la atención de elementos de naturaleza afectiva y cognitiva, el sujeto repara tanto en su estado anímico presente como en la congruencia entre los logros alcanzados y sus expectativas sobre una serie de dominios o áreas vitales, así como en conjunto, sobre la satisfacción con su vida (García Martin, 2002).

ATLAS DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD. *PRIMERA PARTE: PSICOLOGIA DE LA SALUD*
Humor para establecer el bienestar psicológico

Por el bienestar psicológico

El poder curativo del humor en la vida, puede ser cultivado y desarrollado buscando el lado divertido de las situaciones, explorando lugares, personas, grupos y motivos de buen humor, asistiendo a escenas cómicas, filmes de diversión, comedias, programas con chistes, éstas ocasiones desplazan intranquilidades y producen beneficios en la salud.

Las dificultades y obstáculos que se presentan deben servirnos como hitos de reflexión para ver la otra cara de la medalla: la tranquilidad, el sosiego e interés por acercarnos a ambientes con personas donde se intercala o fluye el buen humor y vincula relaciones armoniosas, relajantes.

La terapia basada en el buen humor puede comenzar cargando emocionalmente a la persona de forma positiva, en pos de su recuperación, **incluso antes** de conocer detalles clínicos de su enfermedad. Practicar el buen humor en la vida diaria constituye, una verdadera medicina y terapia económica para cuerpo y alma.

Ruby Sáez, manifiesta que existe una tendencia en la medicina actual, basada en tratar al paciente empleando el buen humor. Significa hacer hincapié en las emociones positivas, aplicando natural buen humor e influyendo de tal forma que se logre cambiar emociones pesimistas por emociones optimistas, sin perder, por supuesto, los aspectos referentes al estricto seguimiento de las indicaciones establecidas...

Existen talleres individuales, grupales, con duración de tiempo diferente, en los cuales las personas se agrupan y desarrollan terapias de actividades basadas en la risa, la celebración, lenguaje corporal y la expresión emocional, conducidas por profesionales de la salud para liberar trabas o cargas negativas.

La Logoterapia de Frankl (1905-1997) señala: La vida tiene rumbo en cualquier circunstancia, ya que es la actitud del ser humano el elemento básico para dar sentido a situaciones adversas o positivas.

La terapia nos guía como una manera de encontrar sentido a los momentos de dolor o de felicidad para extraerle lo mejor a la vida, incluidos los momentos difíciles. Surge del espíritu, tiene como objetivo ayudar al ser humano a encontrar el sentido de su vida.

Nadie se escapa de los problemas, mujeres y hombres deben aceptar ésa realidad, pero como una oportunidad y 'retroalimentarse' de cada momento de su vida. Sobrevivir, Servir y Aprender algo, son actitudes deseables para que el ser humano pueda enriquecerse y transformarse ante la crisis.

El Sobrevivir: trata de ver cómo se vive la vida en cuanto a cuidados personales y actitudes o pensamientos (dieta mental) a través de los cuales puedo enriquecerme. Servir: corresponde a mi capacidad de ayudar, aportar, contribuir a mi entorno, a mi comunidad. Aprender siempre algo: cada experiencia que vivo encierra un propósito, un significado y un aprendizaje, si tengo disposición para entenderlo, ¿para qué? "la experiencia" será la que nos guíe a obtener respuestas plenas de sentido. Esta actitud positiva, este cuidado interno, es fundamental para reconocer que la vida tiene sentido bajo cualquier circunstancia, puntualiza Azucena Valdovinos (2004).

Otro pionero N. Cousins (1979), editor del libro "Anatomía de una enfermedad", expuso una correlación entre el humor y la salud; describe como él mismo logró recuperarse de cierta enfermedad a los tejidos conjuntivos, generalmente irreversible, mediante terapias que incluyeron películas cómicas.

Existen programas de prevención que incluyen talleres de risa donde el arte de reír es una modalidad alternativa entre otras terapias.

Practicantes de la denominada "Terapia de la risa" afirman que su ejercicio constante, posibilita nuevas perspectivas para alcanzar o recobrar el buen humor mermado o perdido, debido a la existencia de alguna enfermedad.

Sólo desde hace poco tiempo se ha empezado a considerar el humor como un comportamiento humano; y en realidad, es algo más que eso, es una perspectiva ante la vida, señala A. Garcia M. (1999).

Las personas que dan mucha importancia a la seriedad tienen miedo al humor, porque creen que hace peligrar el estatus social o económico que tanto les ha costado crear. Lo que en realidad peligra es la postura de seriedad rígida, no el estatus o la posición social.

Una persona con buen sentido del humor es mucho más capaz que otras de enfrentarse a situaciones conflictivas, con la suficiente tranquilidad para que la tensión no le impida tomar la decisión adecuada; donde hay lugar para el sentido del humor, no hay lugar para el estrés, son incompatibles.

En las relaciones interpersonales crea un ambiente relajado en el que las personas se sienten bien, interactúan y se facilita la comunicación.

Pero, se tiene que manejar el humor con cuidado, porque hay personas que pueden considerar y tomar en serio una broma o no entenderla, en ese caso, pueden sentirse realmente mal. Al compartir humor con los demás, debemos utilizarlo adecuado, gracioso, conveniente, oportuno. Frente a una situación difícil, adversa, muchos individuos recurren o emplean el optimismo que es la tendencia de las personas a esperar resultados propicios, positivos de la vida; una disposición a enfrentar de modo firme las circunstancias de la existencia con adaptabilidad. Como respuesta afirmativa, optimista, J.H. Semelas, señala beneficios del Sentido del Humor.

- Ayuda a comprender el mundo que nos rodea; ver la realidad desde diferentes puntos de vista.

- Favorece la conformidad consigo mismo a nivel afectivo. Posibilita el control de uno mismo, determina e invita a desarrollar determinadas acciones pro activas.

- Tiene funciones placenteras, de amistad, de lucidez, de socialización, de descarga y desahogo de la tensión, de crear pensamientos alternativos y no quedarse anclado en pensamientos deformados y negativos.

- El buen humor, por lo general, es un signo inequívoco de madurez.

El bienestar psicológico, según los hallazgos, no es simplemente la vida feliz "per se" sino los procesos del "vivir" con sus mezclas de sabores dulces y amargos; una vida que no evita el dolor, sino que todo lo contrario, lo enfrenta y le da un significado constructivo para transformar lo doloroso y conflictivo de la vida en algo hermoso y digno de vivirse (Cuadra, Florenzano, 2003)

A modo de conclusión, podemos intentar y lograr conectarnos con nuestras emociones sociales positivas, para encontrar en el ámbito psicológico, vías adecuadas, o canalizar expectativas y resultados, con auto aceptación, optimismo, en camino hacia un mejor desarrollo personal, familiar y social.

Referencias

Beck, A.T. (2000) Terapia Cognitiva de la Depresión. España: Desclée De Brouwer.

Berk, L. (1989) Neuroendocrine and stress hormone changes during mirthful langhter. American Journal of Medical Sciences 298 (6), 390- 396.

Casullo y cols. (2002) Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica. Bs. As.: Paidos. Cousins, N. (1979) Anatomy of a Illness. New York: W.W. Norton

Florenzano, R. Psicología Positiva. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. Vol. XII, N° 1: Pág. 83-96.

Diener, E.; Suh, E.M; (1999) Subjective well-being.

Lucas, R.E., Smith, H.L. decades of progress. Psychological Bulletin. Vol. 125, N° 2, 276-302

Diener, E. (2000) Subjective well-being. The Science of happiness and a proposal for a national index. American Psychologist. 55; 34-43.

Diener, E.; Suh, E.; (1997) Recent findings on subjective

Shigehiro, O. well-being Indian. Journal of clinical psychology. March, 15-19.

Del Río, J.C. (2005) Filosofía y Buen Humor En el Alquimista. Revista Digital

Ellis, A. y Grieger, R. (1997) Manual de Terapia Racional - con cols. Emotiva.

Freire, J.B. (2004) La Risa excelente antídoto

García, M. M. A. (2002) Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. España: Universidad de Málaga.

García, M. A. (1999) La terapia del sentido del humor (I) (2000) La terapia del sentido del humor (II)

García-Viniegras, C.R.V.; (2000) La categoría bienestar

Gonzales, B.I. psicológico. Su relación con otras categorías sociales. Rev. Cubana Med. Gen. Integr

Harré, R.; (1992) Diccionario de Psicología Social

Lamb, R. y de la personalidad. España: Paidós

Lloret, S.S. (1994) La medición del Bienestar Tomas, M.I. psicológico. En la medición del bienestar psicológico y otros aspectos de la salud mental. Valencia: UIPOT. 29-40

Perfetti, M. R. (1999) El Sentido del Humor

Rodríguez Idígoras, A. (2003) El valor terapéutico del humor. España: Desclée de Brouwier.

Tirado, M. (2003) Los beneficios del humor. En Revista MUFACE N° 192

Taylor, S.E. (1991) Seamos optimistas. Ilusiones positivas. Barcelona: Ediciones Martinez Roca. 83-4

Warr, P. (1990) The measurement of wellbeing and other aspects of mental health. Occup Psychol; 63: 193- 210.

Sáez, M. RubyLa Sonrisa es también una excelente medicina

Valdovinos, Azucena El buen humor realza su belleza física.

Villa, A.M.A. La risa y el humor, como técnicas antiestrés.

Semelas, J.H. Psicoterapia del Humor y la Risa

Stone, Arthur Inteligencia Emocional

SEGUNDA PARTE

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

EMOCIONES POSITIVAS ALGUNAS DE SUS IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

Emociones

Emocionalidad negativa

Emocionalidad positiva. Su importancia en la vida psíquica

Evidencias que avalan la teoría de Fredickson

Teoría de las emociones positivas

Las emociones positivas alimentan la resiliencia psicológica

Afrontamiento preventivo y tratamiento de problemas

Conclusiones

Referencias

PSICOLOGÍA Y SIDA: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Introducción

Aspectos básicos sobre el sida

Estrategias para la prevención del sida

Diseño y aplicación de programa preventivos

Trastornos psicológicos

Conclusiones

Lecturas recomendadas

Referencias

PERSPECTIVAS PSICOSOCIALES DE LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE PIEL

Dimensión del problema

Variables psicosociales relacionados con la exposición

Modelo de Creencias en Salud y Modelo Transteórico

Modelo Multiteórico

Intervenciones basadas en la comunidad

Conclusiones

Referencias

EL MALTRATO EN LA INFANCIA

Introducción

Hacia una definición de maltrato

Las formas de maltrato

Los efectos del maltrato

Las intervenciones

Conclusión

ADOLESCENCIA Y ABUSO DE DROGAS

Introducción

Epidemiología del consumo de drogas en la adolescencia

Factores de riesgo del abuso de drogas

Factores microsociales

Factores personales

Hacia un modelo integrador de los factores de riesgo

Prevención del abuso de drogas en la adolescencia

Técnicas de intervención aplicadas en los programas preventivos

Métodos de entrenamiento en habilidades

Mejora en las habilidades de resolución de problemas

Manejo de la ansiedad y la ira

Otras técnicas

Un ejemplo de programa preventivo

Consideraciones finales

Lecturas recomendadas

Referencias

FACTORES BIOPSICOSOCIALES EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

Introducción

Influencias genéticas y ambientales en el consumo de alcohol

Factores implicados en el consumo de alcohol

Conclusiones

Referencias

EMOCIONES POSITIVAS: ALGUNAS DE SUS IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

Claudia Brusasca
Lilia Mabel Labiano
Universidad Nacional de San Luis
Argentina

Emociones

Las emociones constituyen un subconjunto de una clase más amplia de fenómenos afectivos. Las mismas son respuestas complejas que se desenvuelven en espacios cortos de tiempo; suelen ser breves y durar, a veces, sólo algunos segundos. Una emoción suele comenzar con una evaluación individual, un significado personal de algún evento antecedente. Algunos investigadores admiten que, a veces, es la

emoción la que precede al pensamiento consciente (Zajonc, 1980; 1981; Izard, 1989). Mientras que otros,aseguran que en el inicio del proceso siempre está implicado, al menos, algún tipo de cognición rudimentaria e inconsciente (Lazarus, 1894).

El proceso evaluatorio de las emociones puede ser consciente o inconsciente. En este proceso se desencadena una cascada de tendencias reactivas, manifestadas a través de sistemas múltiples de respuesta, tales como la experiencia subjetiva, la expresión facial, el procesamiento cognitivo y una serie de cambios fisiológicos.

Las emociones están referidas a algún significado de una circunstancia personal; tienen un objeto. Son clasificadas en categorías discretas tales como: miedo, angustia, cólera; alegría, interés, amor.

El afecto, en cambio, es un concepto más general; está referido a aspectos emocionales más estables y accesibles a la conciencia. Aunque el afecto se presenta dentro de las emociones –como el componente subjetivo de la experiencia– está también presente en muchos otros fenómenos, incluyendo las sensaciones físicas, las actitudes, humores y rasgos afectivos.

El afecto no tiene un objeto tan definido; tiene una duración en el tiempo mayor que las emociones y puede ser evidente solo a nivel de la experiencia subjetiva. El mismo es conceptualizado en dos dimensiones: activación emocional positiva (placer) versus activación negativa (dolor)(Fredickson, 2001).

La neurociencia, en el presente, confirma la estrecha interrelación neural de los procesos cognitivos y emocionales, reconociendo que éstos son dos aspectos inseparables de la vida psíquica (Davidson e Irwin, 1999).

Se admite que puede suceder que la emoción preceda al pensamiento, sea una consecuencia de éste, o bien, se produzcan ambos, simultáneamente. Se pueden denominar cogniciones afectivo/dependientes aquellas en las que los afectos influyen en la génesis de las cogniciones (Opazo, 2001). En gran medida, percibimos en función de nuestras necesidades y motivaciones y nuestro estado de ánimo contribuye a generar selectivamente cierto tipo de pensamientos.

De acuerdo a Buck (1984) hay un sistema fisiológico innato, espontáneo y primitivo, el cual reacciona de forma involuntaria ante los estímulos emocionales (sistema biológico). Pero también hay que admitir la existencia de un segundo sistema interactivo distinto, "cognitivo cortical adquirido", el cual reacciona según los significados simbólicos construidos. Ambos se combinan para un funcionamiento emocional adaptativo.

Comunicamos un estado de alegría a través de una expresión facial espontánea y reactiva (sonreímos sin pensarlo). Otra forma es expresarnos a través de una comunicación simbólica e intencional, con palabras agradables, con una sonrisa provocada voluntariamente.

Se ha destacado el papel que tienen varias zonas cerebrales en la experiencia emocional: la corteza prefrontal, la amígdala y el hipocampo. La primera se considera fundamental para la regulación de las emociones y marca el estilo afectivo de cada individuo. (Cuando se habla de "regulación emocional" se hace referencia al proceso que mejora, suprime o mantiene una respuesta emocional).

El estilo individual se refiere a las diferencias interindividuales consistentes, en los parámetros básicos de reactividad emocional y regulación de la emoción (Davidson, 2001).

La importancia del aprendizaje emocional en los primeros años de vida, la integración de lo cognitivo con lo emocional y lo conductual, tiene relación directa con habilidades permitidas por el lóbulo frontal (los niños agresivos tienen dificultad para integrar la emoción con la razón). Las lesiones en este lóbulo ocasionan déficit difícilmente reversible.

La amígdala es una estructura doble, que se encuentra en ambos hemisferios en la región media del cerebro y se activa particularmente en la percepción y manifestación afectiva del miedo, en procesos de aprendizaje aversivo. Es común que se active más esta zona en cerebros inmaduros, en situaciones ligadas a reacciones agresivas y de miedo.

Mientras que el hipocampo, está involucrado en la evaluación del entorno, en relación con los sucesos y se afecta, particularmente, con los estados depresivos prolongados (Czeh y cols., 2001).

Se ha demostrado mayor activación de la corteza prefrontal izquierda, en la zona orbital, en la parte superior del lóbulo frontal, y en zonas motoras del lóbulo izquierdo, ante imágenes emocionalmente positivas. (Esto sucede en los individuos diestros y en la mayor parte de los zurdos). Por el contrario, las imágenes negativas activan en mayor medida la corteza prefrontal derecha, aumentando el metabolismo en esta región (Davidson, 1990).

La identidad funcional de las vías neurales, en los procesos imaginativos y los perceptivos, ya ha sido suficientemente demostrada (Eccles, 1958; Hale, 1982).

Emocionalidad negativa

Se ha caracterizado a las emociones como tendencias específicas de acción, pero esto es más bien válido para las negativas que para las positivas. Sin duda, es cuestión de vida o muerte escapar del peligro y, al sentir miedo, por ejemplo, se movilizan cambios autonómicos apropiados para poder correr, escapando de la situación aversiva. Un estado emocional negativo lleva a la persona a actuar particularmente, de una forma defensiva u ofensiva.

Aunque el papel que cumplen las emociones negativas en el ser humano es esencial para facilitar un comportamiento adaptativo y facilitar la sobrevivencia, es importante reconocer que éstas limitan y fijan el repertorio cognitivo y conductual. En consecuencia, el curso del pensamiento y de la acción resulta más predecible y restrictivo.

La ciencia psicológica, durante la última mitad del siglo XX - aproximadamente - centró su atención en este tipo de emocionalidad negativa, olvidando la importancia que tienen para una vida humana con sentido, las emociones positivas (Seligman, 1994).

Los seres humanos tenemos cierta capacidad de autodeterminación para alterar los estados emocionales negativos, y esta habilidad necesariamente, tiene que ejercerse de una manera indirecta. Actualmente, se destaca la importancia psicoeducativa y terapéutica que tiene el desarrollo de la capacidad autorregulatoria, a través de distintas estrategias de intervención destinadas a inducir emociones positivas (Gross, 1998).

Emocionalidad positiva. Su importancia en la vida psíquica

El modelo de Fredickson (2000) sostiene que las emociones positivas tienen la capacidad de anular el efecto de las emociones negativas. Estas se caracterizan por reducir el repertorio de pensamiento y acción hacia acciones específicas; el curso de la acción se hace más predecible. No hay duda que las mismas tienen un importante papel en la preservación de la supervivencia del ser humano.

Por el contrario, en las emociones positivas, tales como la alegría, la diversión, el interés, se amplía el repertorio del pensamiento y la acción, construyendo recursos personales estables, tanto físicos, como intelectuales y sociales.

Estos recursos también son esenciales (o más, que las emociones negativas) para promover y preservar la supervivencia, ya que nos permiten desarrollarnos integralmente, beneficiándonos a corto y a largo término.

Las emociones positivas pueden prevenir y tratar estados de ansiedad y depresión, optimizando la salud y el bienestar. Así como cuando se facilitan estados de relajación somática, se interfieren o inhiben respuestas de ansiedad, así también, la inducción de respuestas incompatibles con estados de miedo, ansiedad, ira, tristeza, etc., a través de estados positivos tales como la alegría, tranquilidad, amor, interés, etc., puede resultar efectiva para superar estos estados emocionales negativos.

El experimento que realizó Baron (1976) pone en evidencia que un amplio rango de emociones positivas puede interferir con respuestas agresivas. El mismo consistió en inducir condiciones incompatibles con la agresión. En tardes muy calurosas, interfiriendo la pasada de los automovilistas, después de la luz verde se crearon cinco condiciones diferentes: 1) mujer que pasaba distraída; 2)una mujer disfrazada con aspecto ridículo 3) una mujer sexy 4) mujer con actitud empática, en muletas 5) una condición control: nadie cruzaba la calle. La variable dependiente estaba constituida por los bocinazos; tiempo de latencia del bocinazo y cantidad de automovilistas que tocaron bocina. Los resultados observados fueron: las interferencias empáticas, de humor y sexo produjeron la menor cantidad de bocinazos, inhibiendo la conducta agresiva.

Así, la construcción de empatía entre la gente reduciría la agresión, los prejuicios y la violencia, reforzando vínculos interpersonales. Las experiencias de flujo y de motivación intrínseca pueden mejorar la calidad de vida de la gente. La risa, la diversión, el sentido del humor, pueden mejorar situaciones conflictivas.

El modelo de Fredickson (2000, 2001) afirma que las emociones positivas amplían el repertorio de pensamiento-acción del momento presente; el repertorio de la persona se vuelve más flexible, más amplio, receptivo y, en alguna medida, menos predecible.

El afecto positivo facilita la aproximación conductual y la acción continuada; nos ayuda a perseverar. Las experiencias positivas predisponen al individuo a involucrarse en sus ambientes y participar en actividades, facilitando procesos de aprendizaje adaptativo. El vínculo entre el afecto positivo y la actividad, lleva a experimentar una afectividad positiva compensatoria, frecuentemente, aún en ambientes o situaciones neutrales. Si no tuviéramos esa compensación, a menudo, estaríamos sin motivación para comprometernos con nuestro ambiente. Así es que nos predisponemos adaptativamente para aproximarnos y explorar situaciones, gente y objetos (Fredickson, 2001). Las emociones positivas son tendencias de

acción vagas e inespecíficas que tienen un efecto a largo plazo (Fredickson y Levenson, 1998).

Evidencias que avalan la teoría de Fredickson

Isen (2000) señaló que la gente con experiencias positivas tiene pensamientos inusuales, flexibles, creativos, integrativos, abiertos a la información; son más eficientes. Estos individuos muestran una preferencia incrementada por la variedad; tienen una tendencia a aceptar un rango de opciones conductuales más amplio: "una organización cognitiva flexible, amplia, y habilidad para integrar material diverso" los caracteriza (Isen, 1990). Los efectos de este tipo de funcionamiento están asociados al aumento de los niveles de dopamina cerebral (Ashby, Isen & Turken, 1999). Por el contrario, las emociones negativas llevan a limitar el proceso atencional: "los árboles no dejan ver el bosque". Así, los estados de angustia, miedo, depresión, producen sesgos perceptivos y de juicio, porque la atención se vuelve más restringida y localizada.

Lo contrario sucedería con el afecto positivo: facilita la expansión de la atención y está el riesgo de que se produzcan sesgos perceptivos globales (Derryberry & Tucker, 1994).

Una mayor amplitud cognitiva estaría asociada a estados positivos. En un trabajo experimental se mostraron filmes cortos para inducir emociones específicas, positivas, negativas y neutrales (condición control). Luego, se les solicitó a los sujetos que se imaginaran en una situación emocionalmente similar a la del film. Posteriormente, se les solicitó que expresaran qué quisieran hacer después de esto. Tenían 20 líneas que comenzaban con la expresión: "Me gustaría..." que los individuos debían completar. Se midieron los repertorios de pensamiento–acción de los participantes.

Los resultados observados fueron que: en la condición positiva (alegría y contento) se dio un repertorio más amplio de pensamiento–acción que en la condición neutra y, en ésta, el repertorio fue mayor que en la condición negativa (Fredickson, Mancuso, Branigan & Tugade, 2000).Las autoras se plantean: ¿Qué sucedería con otro tipo de emociones positivas? ¿Qué estructuras, circuitos y procesos cerebrales están involucrados?

Las emociones positivas pueden anular el efecto prolongado de las emociones negativas; las mismas funcionan como antídotos eficientes para contrarrestar el efecto de estas últimas ("undoing hypothesis" ; Fredickson, 2001). Un ejemplo del principio de incompatibilidad de estas emociones es la aplicación terapéutica de la desensibilización sistemática (Wolpe, 1958) y la relajación muscular progresiva (Jacobson, 1967).

Hay estudios empíricos que han demostrado que la alegría y la diversión aceleran la recuperación de los efectos cardiovasculares producidos por las emociones negativas (Fredickson y Levenson, 1998).

La incrementada actividad cardiovascular es una señal asociada con las emociones negativas; las emociones positivas crean un contexto que facilita la recuperación de esta activación.

En otro experimento de Fredickson y colaboradores (Fredickson, Mancuso, Branigan & Tugade, 2000) los sujetos tenían que responder verbalmente, en un minuto, al siguiente estímulo: "Porqué tu eres un buen amigo". Se les había dicho que esto sería filmado y evaluado por sus iguales. Esta tarea induce ansiedad, incrementando la tasa cardíaca, la vasoconstricción periférica, y la presión arterial diastólica y sistólica. Dentro de este contexto de ansiedad inducida, se expuso a los participantes a diferentes tipos de filmes: dos, que inducían emociones positivas (alegría, contento); otro, un filme neutral, y por último, uno que inducía tristeza. (Este último, se eligió debido a que esta emoción negativa no está ligada a una tendencia de acción de alta energía y podría provocar un estado que ayudara a la recuperación cardiovascular).

Los resultados demostraron que aquellos que experimentaron emociones positivas se recuperaron más rápido que los que vieron el film neutral. Los que vieron el filme triste fueron los que presentaron una recuperación más lenta.

Esta teoría entiende que el nivel cognitivo tiene un papel mediatizador con respecto a las respuestas fisiológicas involucradas en la emoción; en este caso, anulando la activación producida a nivel cardiovascular.

Las emociones positivas pueden ayudar a la gente a que contextualice sus eventos negativos con mayor amplitud, disminuyendo la resonancia de un evento negativo particular. El control cardíaco parasimpático medido por la arritmia sinusal (2) –la variación de la frecuencia cardiaca por la variación de la tasa respiratoria– puede ser un marcador fisiológico para medir el grado de control o de regulación sobre las emociones negativas (Porges, 1995).

Teoría de las emociones positivas

Se afirma que las emociones positivas tales como la alegría, el interés, la autosatisfacción y el amor comparten la habilidad de ampliar el repertorio de pensamiento y acción y construir recursos personales permanentes tanto físicos, como intelectuales y sociales.

La alegría: inclina a jugar, a ir más allá de los límites, a ser creativo. A través del juego, cumple un papel fundamental en el desarrollo cerebral en la niñez y en el refuerzo de los vínculos sociales. Las sonrisas despiertan otras sonrisas e inducen aceptación social.

El interés: lleva a explorar, ha abrirse a nueva información y experiencias, a expandir el "self" en el proceso, incrementando la complejidad psicológica del individuo. El interés está relacionado directamente con el mayor aprendizaje; se reconoce que nuestra mente está orientada a buscar la novedad.

El estar contento (autosatisfacción): se relaciona con la serenidad, la confianza, la tranquilidad y con un sentimiento de armonía consigo mismo y el mundo exterior. Implica el disfrutar de las cosas comunes de la vida, integrando las circunstancias en nuevas percepciones del yo y del mundo.

El amor es una amalgama de emociones positivas, se experimente en contextos de seguridad, con relaciones cercanas; lleva a disfrutar, a explorar, jugar, con los seres amados (Fredickson, 2000).

El sentido del humor y la risa se han destacado como elementos intrínsecamente saludables y facilitadores del aprendizaje. A través de éstos, los niños y adolescentes están más dispuestos a atender y retener la información que reciben. Se reducen la tensión mental y física, se alivian el estrés y el peso de las responsabilidades laborales (Burgess, 2003).

La risa es una gimnasia excelente para el cuerpo, mejora la presión sanguínea, estimula la circulación y el sistema inmunológico, eleva los niveles de endorfinas, ejercita los pulmones y beneficia el corazón y el sistema respiratorio (Fry, 1970). Es muy conocida la expresión de que la risa es "la mejor medicina", contribuyendo a activar el potencial curativo del organismo.

Las emociones positivas alimentan la resiliencia psicológica

Los trabajos de Aspinwall (2001) muestran cómo el afecto y las creencias positivas sirven como recursos para afrontar la adversidad. También, Folkman y Moskowitz (2000) señalan cómo experiencias de afecto positivo, durante el estrés crónico, ayudan a la gente a afrontar la adversidad.

El rasgo de resiliencia o capacidad de salir fortalecido después de experiencias estresantes superándolas rápida y eficientemente (1) está asociado a procesos de emocionalidad positiva.

Los individuos resilientes necesitan menor tiempo para la recuperación cardiovascular, después de experimentar situaciones estresantes emocionalmente negativas, con relación a sus iguales menos resilientes. Esta capacidad estaría alimentada por experiencias de emocionalidad positiva (Fredickson, 2001). En un experimento en el que se aplicó la presión del tiempo para la preparación de una tarea hablada (Tugade y Fredickson, 2004) se observó que los sujetos resilientes informaban de altos niveles de humor positivo previo a la experiencia. A pesar del estado de ansiedad, también experimentaron concomitantemente, altos niveles de satisfacción e interés.

Los datos empíricos actuales sugieren que las emociones positivas alimentan la resiliencia y que las personas resilientes, intencional o inintencionalmente, utilizan el efecto de anulación de los estados negativos a través de la emocionalidad positiva.

¿Cómo hacen los individuos resilientes para enfrentar con emociones positivas eventos estresantes? ¿Tienen un pensamiento más amplio? ¿Estas estrategias pueden ser aprendidas por individuos menos resilientes? (Fredickson, 2001).

Folkman & Moskowitz (2000) señalaron tres tipos de afrontamiento que pueden generar afecto positivo en circunstancias estresantes:

- Reevaluar positivamente las situaciones conflictivas

- Afrontar de manera focalizada el problema

- Darle significado positivo a los eventos diarios.

Afrontamiento preventivo y tratamiento de problemas

A continuación se indican diferentes procedimientos para promocionar la emocionalidad positiva.

1. *Meditación:* Los budistas han destacado la importancia de ejercitar "una atención plena" para la regulación y el control emocional (Goleman, 2003). En la actualidad, los estudios neurocientíficos confirman la importancia de esta práctica milenaria.

Concentrar la atención en lo que sucede en la mente, tomando a ésta como objeto de observación, reconociendo que los contenidos mentales que emergen constituyen un proceso cambiante y no permanente.. La meditación implica la focalización de la atención en el momento presente; observando los propios pensamientos y sentimientos; no juzgando, dejando de lado el pasado y las expectativas futuras, las ideas preconcebidas; el cultivo de la receptividad.

Se ha considera el efecto "rasgo" que puede tener la práctica meditativa, en los procesos atencionales, es decir, cambios psicofisiológicos estables beneficiosos (Davidson y Goleman, 1977; Davidson, Goleman y Schwartz, 1976).

2. T*erapias de relajación:* las mismas contribuyen a un estado de bienestar y crean condiciones favorables para estar bien, anulando la ansiedad y el miedo. La relajación neuromuscular reduce la tensión muscular y lleva a facilitar la acción. Las contracciones de los músculos faciales pueden inducir emociones específicas. El control de las expresiones faciales facilita procesos neurológicos favorables para una emocionalidad positiva.

3. *Ejercicios de imaginería (visualización) dirigida o receptiva:* las imágenes de ambientes naturales son especialmente efectivas para evocar sentimientos positivos en la gente; anulando estados disfóricos. También, la visualización de experiencias de logro, de experiencias pasadas agradables, etc. Las imágenes positivas inducen emociones y percepciones positivas.

4. *Ejercicio físico:* está científicamente fundamentada la importancia benéfica del ejercicio físico en los casos de depresión, estados de ansiedad, etc., y su importancia básica para la promoción de procesos emocionales saludables.

5. *El sentido del humor y la risa*, incorporados en los procesos de enseñanza y de aprendizaje, habiéndose comprobado que se aprende más y mejor cuando la situación de aprendizaje se presenta con humor. Es mucho más probable que recordemos experiencias emocionales positivas cuando nos sentimos optimistas, mientras que las experiencias emocionales negativas se recuerdan más fácilmente cuando estamos de mal humor. No sólo la memoria es afectada por el humor, sino que también lo es el comportamiento (Pert, 1997).

El altruismo está ligado al buen humor, mientras que la depresión está más asociada a la ausencia de conductas prosociales. El aprendizaje por modelado se considera el medio más poderoso de transmisión de pautas y valores emocionales constructivos.

6. *Mantener un estilo explicativo positivo*: cómo explicamos los eventos adversos, condiciona reacciones fisiológicas, emocionales y de comportamiento. Al ejercitar un estilo optimista, aludiendo a causas específicas, temporales y externas, se circunscriben en tiempo y lugar los eventos (pensar específicamente en lo que pasó, sin generalizar, creyendo que las situaciones futuras pueden ser distintas: "no siempre será así"). El reconocimiento acerca de que cada individuo construye el significado de lo que sucede.

Actualmente se destaca la importancia de incorporar, en instituciones escolares, programas de entrenamiento emocional dirigidos principalmente a los docentes,

desarrollando habilidades intra e interpersonales para prevenir la violencia en los niños.

La escuela constituye el ámbito ideal para promocionar un entrenamiento sistemático, para el desarrollo de una conciencia emocional y prosocial, principalmente, en los primeros años de la vida (Greenberg y Kusché, 1998). Pero se necesitan adultos capacitados, que sirvan de modelos adecuados para facilitar este aprendizaje social.

Se ha señalado que los programas escolares exitosos se caracterizan por centrarse en ciertos aspectos importantes: Primero, ayudar a los niños a calmarse cuando están emocionalmente perturbados (reducción de la activación). Segundo, desarrollar la conciencia de los estados emocionales de los demás. Tercero, aprender a expresar los sentimientos en la resolución de los conflictos interpersonales. Cuarto, ejercitar la capacidad de pensar y planificar el afrontamiento de situaciones difíciles. Quinto, desarrollar la capacidad empática; aprender a reconocer el impacto que nuestras conductas tienen en los demás (Greenberg, en: Goleman, 2003).

Ha sido destacada la importancia de una práctica repetitiva, constante y sistemática de las nuevas habilidades por incorporar.

Las terapias psicológicas actuales están orientadas a cultivar un pensamiento positivo. Actualmente se le da importancia al sentimiento de religiosidad o espiritualidad intrínseca que puede experimentar la persona y todo aquello que contribuya a dar sentido a su vida. Se entiende que el individuo tiene que encontrar significados con sentido personal y generar motivaciones vitales.

---

(1) La amplitud de la arritmia respiratoria sinusal tiene una relación inversa con la frecuencia respiratoria. Niveles reducidos de arritmia sinusal pueden ser predictivos de enfermedad coronaria. La arritmia respiratoria tiene relación con el tono vagal cardíaco.

(2) Capacidad de recuperación humana de experiencias adversas, traumáticas, que amenazan seriamente los procesos de adaptación o desarrollo. Capacidad humana semejante a la de los metales resilientes que se doblan pero no se quiebran.

Conclusiones

Las emociones positivas nos llevan a ampliar nuestras tendencias de pensamiento y acción. Es importante recordar que los recursos personales acumulados durante los estados emocionales positivos son perdurables. Estos pueden ser utilizados en momentos posteriores y pueden constituir una fuente de significativa de ayuda. La teoría de Fredickson presenta un nuevo enfoque acerca de la importancia evolutiva de las emociones positivas. Gracias a estos recursos, los ancestros podían enfrentarse a inevitables amenazas vitales y disponían de mejores estrategias de supervivencia. Las emociones positivas ayudan a crecer, beneficiando a las personas a largo plazo.

Dado que la resiliencia psicológica es un rasgo, un recurso personal estable, se puede predecir que estas emociones no sólo reflejan la resiliencia sino que también la construyen. Las mismas contribuyen a aumentar recursos estables de afrontamiento, aumentando el bienestar psicológico de los seres humanos.

Un estilo atribucional positivo (la forma en que explicamos los hechos que nos suceden) lleva a experimentar emociones positivas y viceversa (se da un condicionamiento recíproco). Así es como los efectos positivos se van acumulando, en una espiral ascendente, y se posibilita el incremento del bienestar emocional del individuo.

Por el contrario, en los estados depresivos, el pensamiento pesimista lleva a estados de ánimo cada vez peores, hasta configurar niveles clínicos difícilmente reversibles. Las emociones positivas son vehículos de crecimiento y conexión social.

La reconsideración de las situaciones adversas desde un enfoque positivo (proceso de reevaluación); el aprender a ver las circunstancias de la vida diaria con un valor positivo; el establecimiento de metas realistas; sentirse conectado con otros; aprender a tomarse el tiempo para distraerse; recibir validación o afirmación de otros; alimentar esperanza y optimismo: son todos aspectos importantes para el desarrollo de procesos cognitivo- emocionales saludables. El efecto de otorgar significados positivos es emocionalmente benéfico porque al ensayar la construcción de significados positivos se induce un mejor futuro.

Desde esta perspectiva psicológica positiva, se valora el descubrimiento y práctica de actividades placenteras, que ayuden a disfrutar de la vida cotidiana, como un aspecto fundamental para la salud.

El estudio de la emocionalidad positiva ocupa un lugar destacado en la ciencia psicológica. Se necesita explorar un rango más amplio de emociones y en relación a diferentes contextos; investigaciones que expliquen los mecanismos fisiológicos subyacentes de las emociones en los procesos saludables y de bienestar. Dado que, en gran medida, las emociones dependen de las evaluaciones que hacemos de los eventos de la vida diaria, necesitamos interpretar y encontrar significados positivos a los sucesos; desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para liberarnos del distrés y tomar conciencia de la propia capacidad para generar procesos emocionales adaptativos.

La psicología actual focaliza diferentes estrategias de evaluación perceptiva de los hechos, intentando flexibilizar los esquemas interpretativos y acrecentando recursos emocionales positivos. La implementación de programas psicoeducativos en docentes, en niños y preadolescentes, orientados al aprendizaje del optimismo y al desarrollo de la conciencia emocional e interpersonal son tareas acordes con esta postura teórica.

---

(1) La amplitud de la arritmia respiratoria sinusal tiene una relación inversa con la frecuencia respiratoria. Niveles reducidos de arritmia sinusal pueden ser predictivos de enfermedad coronaria. La arritmia respiratoria tiene relación con el tono vagal cardíaco.

(2) Capacidad de recuperación humana de experiencias adversas, traumáticas, que amenazan seriamente los procesos de adaptación o desarrollo. Capacidad humana semejante a la de los metales resilientes que se doblan pero no se quiebran.

Referencias

Ashby, F.G., Isen, A. M. y Turken, A. U. (1999). A neuropsychological theory of positive
affect and its influence on cognition. Psychological Review, 106, 529-550.

Aspinwall, L. G. (2001). Dealing with adversity: Self-regulation, coping, adaption and health. En: A.Tesser and N. Schwarz (Eds.)The Black-well handbook of social psychology:Vol I.Intrapersonal processes pp 159-614. Malden, MA:Blackwelll.

Baron, R. A. (1976).Reduction of human agression: A field study of the influence of incompatible reactions. Journal of Applied Social Psychology, 6, 260- 274.

Buck, R. (1984). The communication of emotion. New York: Springer- Velarg.

Burgess, R. (2003). Escuelas que ríen.Bs As: Troquel.

Czeh, B., Michaelis, T., Watanabe, T., Frahm, J., de Biurrum G., van Kampen, M., Bartolomucci, A. and Fuchs, E. (2001). "Stress-Induced changes in cerebral metabolites, hippocampal volume and cell proliferation are prevented by antidepressant treatment with Tianeptine". Proceedings of the National Academy of Sciences of the Unites States of America, 98, 22: pp 12796-801.

Davidson, R.J. (2001).The neural circuitry of emotion and affective style: Prefrontal cortex and amygdala contributions. Social Science Information, Vol 40 (1), pp. 11-37.

Davidson,R.J. & Irwin, W.(1999). The functional neuroanatomy of Emotion and Affective Style" Trends in Cognitive Science 3, pp 11-21.

Davidson. R.J (1990). Approach/withdrawal and cerebral asymmetry: emotional expression and brain phisiology. Journal Pers. Social Psychology, 58, 330-341.

Davidson, R.J. y Goleman, D.J. (1997). The role of attention in meditation and hipnosis: A psychobiological perspective on tranformations of consciousness. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 25,4: 291-308.

Davidson, R.J. , Goleman, D.J. y Schwartz, G. E. (1976). Attention and affective concomitants of meditation: A cross-sectional study. Journal of Abnormal Psychology, 85, 235-238.

Derryberry, D. and Turker, D. M. (1994). Motivating the focus of attention. En : P.M. Neidenthal and S. Kitayama (Eds.) The heart `s eye: Emotional influences in percepcion and attention , (pp.167-196). San Diego, CA: Academic Press.

Eccles, J. (1958). The physiology of imagination. Scientific American, 199, 135.
Folkman, E. S. y Moscokwitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. American Psychology, 55, 647-654.

Fredickson B.L. y Levenson, R.W. (1998). Positive emotion speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. Cognition and Emotion, 12, 191-220.

Fredickson, B.L. (2000). Cultivation Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being. Prevention & Treatment, Vol 3, Article 0001a, posted arch 7, APA.

Fredickson,B.L., Mancuso, R.A., Branigan,C. & Tugade, M.(2000). The undoing effect of positive emotions. Motivation and Emotion, Vol 24, 4, 337-358.

Fredickson, B. (2001).The role of Positive Emotions in Positive Psychology. The Broaden -and-Build Theory of Positive Emotions. APA American Psychologist, Vol 56, No 3, 218-226.

Fry,W.(1970).Sweet Madness:A Study of Humor.Palo Alto, California,Pacific Books.

Greenberg, M. T. y Kusché, C.A. (1998). Promoting alternative Thinking strategies: PATHS, Blueprint for violence prevention, Libro 10, Boulder: Institute of Behavioral Sciences, University of Colorado.

Gross,J.J.(1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Review of General Psychology, 2, 271-299.

Hale, B. D. (1982). The effects of internall and external imagery on muscular and ocular concomitants. Journal of Sport Psychology, 4, 379-387.

Isen, A. M. (1990). The influence of positive and negative affect on cognitive organization: Some implications for development. En: N. Stein, B. Leventhal, y T. Trabasso (Eds), Psychological and Biological Approaches to Emotion (pp. 75-94). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Isen, A. M. (2000).Positive affect and decision making. En: M. Lewis y J. M. Haviland-Jones (Eds), Handbook of Emotions (2nd ed. pp 417-435) New York: Guilford Press.

Izard, C.E. (1989). The structure and functions of emotions: implications for cognition, motivation and personality. In I.S Cohen (ED.). The G. Stanley Hall lecture series (Vol. 9, pp. 39-73). Washington D.C: American Psychological Association.

Jacobson, E. (1967). Progressive Relaxation.Chicago: University of Chicago Press.

Lazarus, R.S. (1984). On the primacy of cognition. American Psychologist, 39, 124-129.

Opazo, R. (2001).Psicoterapia Integrativa. Delimitación Clínica. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.

Pert, C.B.(1997). Molecules of Emotion: Why You Feel the Way You Feel. New York, Scribner.

Porges, S.W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modification of our evolutionary heritage: A polivagal theory. Psychophysiology, 32, 301-318.

Seligman, M. E. (1994). What you can change and what you can´t. New York: Knopf.

Suinn. (Ed.). Psychology in sports: Methods and applications. Minneapolis: Burgess.

Tugade, M.M. y Fredickson, B.L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounceback from negative emotional experiencies. J. Pers. Soc.Psychology,86, 2, 320-333.

Wolpe, J (1958). Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford, California: Stanford University Press.

Zajonc, R.B. (1980). Feeling and thinking: preferencess need to no interferences. American Psychologist, 35, 151-1175.

Zajonc, R.B. (1981). A one factor mind about mind and emotion. American Psychologist, 36, 102-1103.

PSICOLOGÍA Y SIDA: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

José Pedro Espada
José Antonio García del Castillo
Daniel Lloret
Mónica Gázquez Pertusa
Instituto de Investigación de Drogodependencias
Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante (España)

Xavier Méndez Carrillo
Universidad de Murcia (España)

Introducción

El sida afecta en la actualidad a más de 38 millones de personas en el mundo. El número de niños seropositivos y enfermos de sida aumenta rápidamente. La expansión de la epidemia se produce básicamente a causa de comportamientos que conllevan la transmisión del virus. Por ello es un problema en el que se coordinan las acciones sanitarias y de modificación de hábitos. Para prevenir nuevas infecciones se precisa reducir o eliminar los comportamientos de riesgo. Los objetivos de este capítulo son aproximar al lector a la enfermedad del sida, revisando la evolución histórica de la epidemia, sus mecanismos de transmisión y su prevalencia. Se presentan las distintas modalidades de prevención en esta área, ofreciendo pautas para la planificación y aplicación de programas preventivos del sida dirigidos a adolescentes. Finalmente, se presentan las principales líneas de intervención psicológica con los afectados por el VIH/sida.

Aspectos básicos sobre el sida

Aproximación al problema y acción del VIH en el organismo

El sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) constituye un conjunto de síntomas caracterizado por una deficiencia del sistema inmunitario. El carácter "adquirido" del sida remarca el hecho de que no se trasmite por vía hereditaria, sino que se contrae en un momento concreto de la vida. El agente causante del sida es el VIH (virus de inmunodeficiencia humana). El primer caso documentado de sida se diagnosticó en 1979 en la ciudad de Nueva York. Hasta el momento, el origen de la epidemia es desconocido, lo que posiblemente ha contribuido a incrementar la sensación de amenaza en la población.

Al igual que otros virus, el VIH necesita parasitar otras células para poder reproducirse. El virus del sida afecta a las células CD4, un tipo especial de linfocitos. Estas células son las encargadas de fabricar anticuerpos específicos para combatir los agentes patógenos que diariamente acceden al organismo. Paulatinamente, las células CD4 invadidas van deteriorándose o muriendo, de forma que el sistema inmunitario se debilita. Así, el individuo queda indefenso ante los agentes patógenos. El VIH, pues, no origina directamente ninguna enfermedad, sino que deja al organismo vulnerable ante patologías que, en condiciones normales, no afectarían gravemente la salud de un individuo. Son las llamadas enfermedades oportunistas.

Desde el momento de su infección, y según se va desarrollando el virus en su organismo, el individuo portador pasa por distintas fases:

1. Infección inicial, también conocida como fase precoz o aguda. El organismo reacciona frente al virus del sida como lo haría ante cualquier agente extraño, mediante una respuesta inmunitaria. El sistema inmunitario humano crea anticuerpos específicos contra el VIH. La evolución del virus depende de la envergadura de la dosis, la virulencia de la cepa de virus infectante y la resistencia natural de los individuos.
2. *Período ventana*: hasta que no transcurren entre dos y tres meses desde la práctica de riesgo, resulta muy difícil determinar si el individuo expuesto se ha infectado o no. No obstante, si el sujeto está infectado, puede transmitir el virus desde el primer momento.
3. *Fase asintomática*: en esta etapa la persona infectada no experimenta ningún síntoma ni enfermedad. Puede transmitir el VIH si realiza prácticas de riesgo. Una vez dentro del organismo humano, el VIH se puede reproducir a velocidades muy dispares. Se trata de un período de tiempo indeterminado, que puede durar desde unos meses hasta muchos años. De hecho, hay personas que permanecen asintomáticas hasta quince años, o que fallecen por causas naturales.

   Hay distintos factores que explican la variabilidad de esta fase. Unos son dependientes del virus, como la virulencia o agresividad de la cepa, y otros dependen del "huésped": la resistencia natural del individuo, su estilo de vida (alimentación, actividad física, consumo de drogas, etc.), y factores psicológicos como el estilo de afrontamiento, la competencia percibida y el estado de ánimo. Para determinar el estado de una persona infectada son precisos dos datos: la cantidad de linfocitos CD4 por milímetro cúbico de sangre y el número de copias del VIH en cada mililitro de plasma.

4. *Fase sintomática*. Existen dos criterios que determinan el paso de seropositivo a enfermo de sida: la aparición enfermedades oportunistas como consecuencia del estado inmunológico deprimido, y el descenso de las defensas del paciente (células CD4) por debajo de 200/ mm^3.

Los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos propusieron en 1986 (modificándose en 1993) una tipología de la infección por VIH aceptada mayoritariamente. Incluye tres categorías clínicas (A, B y C). La categoría A se aplica a pacientes asintomáticos, la B a individuos que tengan o hayan tenido síntomas de enfermedades relacionadas con la infección por VIH, y la C a pacientes que padezcan o hayan padecido alguna de las veinte enfermedades catalogadas como definitorias de sida. Entre ellas se encuentran las infecciones bacterianas graves, la candidiasis esofágica o pulmonar, el sarcoma de Kaposi, y algunos tipos específicos de neumonía. Como se aprecia en la tabla 1, al cruzar estas tres categorías con el nivel de linfocitos CD4, se obtiene un total de nueve subtipos de infección. Se considera que un paciente está afectado de sida cuando se encuentra en las categorías C1, C2, C3, A3 y B3.

Tabla 1- Clasificación de la infección por VIH y criterios de definición del sida para adultos y adolescentes propuestas por los CDC (Centers for Disease Control)

Linfocitos CD4	**Categorías clínicas**		
A	B	C (sida)	
>500/mm 3	A1	B1	C1
200-499/ mm 3	A2	B2	C2
<199/ mm 3 (sida)	A3	B3	C3

Tabla 2- Factores que determinan la duración de la fase asintomática

Dependientes del virus	**Dependientes del sujeto**	
Agresividad de la cepa. Dosis infectante. Número de reinfecciones.	Físicos	Psicológicos
Resistencias naturales. Alimentación. Consumo de drogas. Actividad física.	Estilos de afrontamiento. Nivel de competencia percibida. Ansiedad. Estado de ánimo. Apoyo social.	

Vías de transmisión del VIH

Transmisión sexual

Desde que se inició la epidemia, se observó que una de las vías de transmisión del VIH estaba muy ligada a las relaciones sexuales. El VIH puede pasar fácilmente de un individuo a otro si los fluidos genitales infectados, tanto del varón como de la mujer, entran en contacto con las micro heridas que frecuentemente se producen durante la penetración. No todas las prácticas sexuales implican el mismo riesgo de exposición al virus del sida. Una de las conductas con un riesgo más alto es el coito anal, especialmente para el individuo receptor. En esta práctica se origina un mayor número de estas lesiones, que pueden ser imperceptibles. Los contactos bucogenitales pueden suponer cierto riesgo, mayor para el miembro de la pareja que realiza la felación o el cunnilingus. Esa persona puede infectarse si el semen, el líquido preseminal o el flujo vaginal de su pareja penetra en pequeñas heridas o llagas de su boca o tracto digestivo. Las relaciones orales sin eyaculación también implican riesgo, aunque en menor medida.

Según los datos ofrecidos en la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana (Septiembre 2002), la transmisión heterosexual del VIH continúa ocasionando casi las tres cuartas partes de los casos en América Central y el Caribe. En el área Andina, Canadá, Estados Unidos de América y México, la transmisión entre hombres que mantienen relaciones con hombres causa en torno al 50% de los casos. En México, la gran mayoría de los casos de sida (91,4%) son debidos a la transmisión sexual. El 49,1% de los casos corresponden a prácticas de riesgo homo y bisexuales, mientras que el 42,3% están relacionados con prácticas heterosexuales (Registro Nacional de casos de Sida, 2004).

Las mujeres son físicamente más vulnerables a la infección por el VIH que los varones. Los datos de diversos estudios señalan que la transmisión de varón a mujer durante el acto sexual es dos veces más probable que la transmisión de mujer a varón, siempre que no concurran otras infecciones de transmisión sexual. Asimismo, las mujeres jóvenes son biológicamente más susceptibles a la infección que las mujeres adultas antes de la menopausia. (ONUSIDA/04.16S, julio de 2004: Informe sobre la epidemia mundial del Sida 2004: cuarto informe mundial).

Transmisión sanguínea

Según los datos del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA de México (CENSIDA, 2003), de cada 100 casos acumulados de VIH/SIDA, seis se originan mediante vía sanguínea. Dentro de esta categoría, el 4,2% de los casos corresponden a transfusiones sanguíneas, el 0,5% están asociados al grupo de personas con hemofilia, 0,7% al uso de drogas por vía intravenosa o parenteral, observándose este mismo porcentaje en los casos de donaciones, y por último, existe un 0,1% de casos debidos a la exposición ocupacional.

Aunque la epidemia en América Latina y Caribe es predominantemente de tipo sexual, en la parte sudeste del continente existen focos aislados en usuarios de drogas por vía parenteral. Ejemplo de ello, son países como Argentina, Uruguay y Brasil en los que la extensión de la inyección de drogas ha condicionado el patrón de difusión del VIH.

En los usuarios de drogas inyectadas, el VIH alcanza prevalencias importantes. La infección se produce al compartir jeringuilla, aguja u otros útiles de inyección. En esta población, la evolución del virus puede ser especialmente agresiva si se dan reinfecciones, adquiriendo mayor cantidad de dosis víricas y nuevas cepas del virus. Las consecuencias de las reinfecciones son la aceleración del proceso infeccioso y

una mayor dificultad para el tratamiento farmacológico.

Otro grupo que se ha visto especialmente afectado por la transmisión del VIH vía sanguínea es el de los hemofílicos que, a causa de su patología, han de recibir transfusiones de sangre con mayor frecuencia que el resto de la población. En México, es a partir de 1986 cuando aparecen las primeras disposiciones legales en las que se prohíbe la comercialización de sangre y se obliga a que toda sangre utilizada en las transfusiones sea analizada previamente (Programa Sangre Segura). Conjuntamente, con objeto de evitar que las personas que han realizado prácticas de riesgo donen sangre, se han elaborado actividades educativas dirigidas a los donantes. Desde el inicio del Programa Sangre Segura en México, como resultado de las estrategias impulsadas y las disposiciones legales implementadas, se estima que se han evitado más de 3.700 casos de SIDA asociados a transfusión sanguínea y hemoderivados (CENSIDA 2004).

Transmisión vertical.

La infección por VIH debida a la transmisión madre-hijo supone el 90% de las infecciones producidas entre los niños menores de 15 años. En México, la transmisión materno infantil es responsable del 2% de los casos de sida declarados.

Inicialmente la principal explicación era que el VIH pasaba de la madre infectada al hijo durante el parto a causa de las pequeñas heridas que puede sufrir el recién nacido mientras está en contacto con la sangre y secreciones vaginales de la madre (Valverde, 1996). Posteriormente, se encontró también el virus en fetos de madres infectadas, por lo que la explicación resultó insuficiente. Así, actualmente sabemos que la transmisión del VIH de la madre al hijo puede darse a través de la placenta durante la gestación, en el parto, o durante la lactancia. Cuando la madre es seropositiva puede transmitir al feto únicamente los anticuerpos del VIH, o también el propio virus. Lo primero sucede en todos los casos, lo segundo no siempre. Por ello, un niño nacido de madre portadora, obtendrá un resultado positivo en las pruebas de detección de anticuerpos. Se puede saber con seguridad si la madre ha transmitido el virus del sida al hijo cuando transcurran al menos 18 meses. Entre el 60 y el 70% de los niños eliminan los anticuerpos antes del sexto mes de vida mientras que el 30-40% restante desarrolla la enfermedad (Valverde, 1996). Afortunadamente, esta proporción se está reduciendo sustancialmente. Gracias a los tratamientos antirretrovirales, si la madre está bien controlada médicamente, el riesgo de transmisión se reduce de forma notable.

Epidemiología del sida

Las Naciones Unidas, a través de su Programa Conjunto sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), junto con la Organización Mundial de la Salud, mantienen un seguimiento continuo de la situación de la epidemia y de las infecciones de transmisión sexual en los cinco continentes. Según los datos del Informe sobre la epidemia mundial del Sida de 2004, en todo el mundo se estiman cerca de 38 millones de afectados por el virus del sida, de los que 2,1 millones son menores de 15 años. Durante el año 2003, se estima que se produjeron 4,8 millones de nuevas infecciones, de las cuales 630.000 eran casos de menores de 15 años. En cuanto a las defunciones causadas por el SIDA, durante el año 2003 se produjeron 2,9 millones de defunciones, de los que aproximadamente 490.000 eran menores de 15 años). La distribución mundial de los casos no es homogénea, siendo la región de África Subsahariana, donde se da un mayor número de casos (29,4 millones), seguida de Asia meridional y sudoriental (6 millones de casos) y de América Latina (1,5 millones de casos). Con respecto a la prevalencia, África subsahariana alcanza

una prevalencia global entre adultos (15-49 años), de 8,8%. El Caribe es la segunda región más afectada con una prevalencia de 2,4%.

En América Latina y el Caribe alrededor de dos millones de personas están viviendo con el VIH. A lo largo del 2003, tuvieron lugar aproximadamente 119.000 fallecimientos a causa del SIDA, mientras que 252.000 personas contrajeron la infección. (ONUSIDA/OMS, 2004). En varios países caribeños, las tasas de prevalencia en adultos sólo son inferiores a las del África Subsahariana. Haití sigue siendo el país más afectado, con una prevalencia nacional estimada en adultos superior a 6%, seguido por las Bahamas, donde la prevalencia es de 3,5%. (Antela, 2004).

De entre los 48 países que forman la región de América Latina y el Caribe, México ocupa el lugar 23 en cuanto a la prevalencia del VIH/SIDA, situándose como uno de los países con menor prevalencia de la región. Por otro lado, en América Latina la infección por el VIH tiende a concentrarse en grupos de población con un riesgo particular. En la mayoría de los países de América del Sur, la infección se debe principalmente a los consumidores de droga por vía parenteral (producida al compartir jeringuilla, aguja u otros utensilios de inyección) o por relaciones sexuales entre varones. En América Central, el consumo de drogas desempeña un papel menos importante, siendo la vía sexual el principal medio de transmisión (tanto heterosexual como entre hombres).

Estrategias para la prevención del sida

*Concepto, tipos y ámbitos de prevención*n

La actualidad se han realizado notables progresos en el tratamiento farmacológico del sida, de manera que las terapias combinadas con antirretrovirales nos permiten hablar del sida como una enfermedad crónica. No obstante, mientras no se halle una vacuna eficaz para impedir nuevas infecciones, el enfoque preventivo, basado en acciones de promoción y protección de la salud, sigue siendo el más eficiente para interrumpir e impedir la expansión de la epidemia del sida. Tal y como indica ONUSIDA (2003) cerca de las dos terceras partes de todas las infecciones previstas para el decenio actual podrían evitarse intensificando las estrategias de prevención existentes.

La intervención preventiva en el ámbito del sida tiene como objetivo eliminar o disminuir el riesgo de aparición del VIH para toda la población, intentando: a) promover habilidades y comportamientos que eviten o disminuyan el número de nuevas infecciones *(prevención primaria),* b) favorecer que las personas portadoras del VIH retrasen en la medida de lo posible el período sintomático del sida *(prevención secundaria)*, y c) lograr que los enfermos que han desarrollado la enfermedad gocen de una buena calidad de vida y del apoyo social y sanitario necesario *(prevención terciaria)*. Al hablar de prevención en general, sin especificar el tipo, nos estamos refiriendo a la prevención primaria, es decir, aquellas acciones dirigidas a evitar nuevas infecciones. Este objetivo se puede alcanzar de tres formas:

-Incrementando el grado de información de la población sobre la infección por VIH y las conductas que favorecen su transmisión.

- Promoviendo conductas sexuales saludables, especialmente mediante el uso del preservativo.

- Favoreciendo la adaptación ciudadana hacia los programas y medidas de prevención de la infección, especialmente con los colectivos más vulnerables.

La intervención preventiva del sida está en función de los mecanismos de transmisión. A continuación los veremos con más detenimiento, centrándonos de forma especial en la transmisión sexual, que supone el ámbito de actuación prioritario con jóvenes y adolescentes.

1. Prevención de la transmisión por vía sanguínea o parenteral

Actualmente el riesgo de contraer la enfermedad por transfusión de sangre o por utilización de material de inyección es nulo en los países desarrollados. El gran problema de la infección por esta vía se encuentra entre los usuarios de droga por vía parenteral que comparten jeringuillas u otro material de inyección o utensilios para preparar la droga (Nájera, 1997). Esta vía de adquisición de la infección resulta muy preocupante en varios países de América Latina, entre ellos Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay, México, Bermudas y Puerto Rico.

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

El objetivo prioritario es facilitar el acceso de estos usuarios de drogas a los recursos preventivos y sanitarios, diseñando intervenciones destinadas a reducir las conductas de riesgo. Para ello se ofrecen diferentes opciones de reducción de riesgos (por ejemplo, programas con sustitutivos de las drogas inyectables, de intercambio de jeringuillas, programas de dispensación de heroína, salas de inyección de menos riesgo o programas de promoción del sexo seguro). En varios países europeos este tipo de intervención está cada vez más implantado como una vía para superar las limitaciones de los programas de desintoxicación, procurando acercar su presencia a los puntos de venta y consumo de droga, barrios marginales y prisiones (Espada, 2000; Espada, Martínez y Medina, 1999; Lacoste, 1995).

2. Prevención de la transmisión por vía perinatal o vertical

La prevención de la transmisión del sida de madre a hijo es una de las principales prioridades en América Latina y el Caribe. Hasta hace poco, sólo disponían de dos estrategias básicas para limitar el número de recién nacidos infectados por el VIH: la adopción de medidas para evitar que las mujeres se infecten con VIH y la prestación de servicios de planificación familiar e interrupción del embarazo, cuando es legal, con objeto de asesorar a las mujeres para que eviten embarazos.

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

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

3. Prevención de la transmisión sexual

Supone la principal vía de transmisión del sida y a la vez la que plantea mayores dificultades de prevención, ya que implica a los dos miembros de la pareja. Éstos deben decidir entre mantener prácticas de riesgo o adoptar medidas de protección. En el caso de los adolescentes, la situación se complica especialmente por una serie de factores de riesgo asociados a aspectos psicosociales de esta etapa evolutiva (Espada y Quiles, 2001). Los datos epidemiológicos justifican este interés prioritario, dado que la mayor prevalencia de casos de sida se da en el intervalo de edad de 20 a 39 años y que la mayoría de las nuevas infecciones afectan a jóvenes entre 15 y 24 años.

Modalidades en la prevención del sida

Desde la prevención primaria, las acciones se centran en modificar las conductas de riesgo como única forma de romper la cadena de transmisión y de controlar la epidemia. El modelo de prevención que obtiene mejores resultados es el comunitario, que reconoce la importancia de implicar a la sociedad en su conjunto, en particular a los grupos organizados dentro de ella (Segura, Hernández y Alvarez-Dardet, 1997). Las acciones comunitarias se pueden realizar a nivel institucional (escuelas, institutos, movimientos juveniles, centros de planificación familiar, etc.) y/o individual (consejo psicológico, entrenamiento en habilidades interpersonales, etc.).

Para la prevención primaria desde ámbitos educativos, los contenidos y objetivos que se pueden trabajar son muy diversos, aunque siempre se deben seleccionar desde el análisis de la realidad social y cultural en la que se inserta la escuela. La estrategia para que los contenidos resulten significativos y que la intervención educativa perdure, pasa por su inclusión en las asignaturas transversales del currículo ordinario (Gómez, 1994).

Modelos teóricos sobre la adquisición y mantenimiento de conductas de prevención

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

Así, el modelo socio-cognitivo desarrollado por Bandura (1994), explica el comportamiento humano a partir de tres elementos que se interrelacionan modificándose el uno al otro: a) determinantes personales, que incluyen factores cognitivos, afectivos y biológicos; b) la conducta y c) el ambiente. Un componente central en la teoría de Bandura es el concepto de autoeficacia, definido como la capacidad percibida por el sujeto para llevar a cabo conductas de afrontamiento de

una situación. La auto eficacia influye en el problema del sida, regulando la decisión de adoptar conductas preventivas de la infección por VIH, y el esfuerzo y la persistencia que la persona pondrá en su ejecución. Desde este punto de vista, una actuación preventiva eficaz debería actuar sobre los tres elementos, incluyendo los siguientes componentes: 1) información, con el fin de alertar a la población y aumentar su conocimiento acerca de los riesgos que conlleva el sexo sin protección, 2) desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol, necesarias para que los conocimientos adquiridos se traduzcan en conductas concretas, 3) potenciar la auto eficacia, de forma que el sujeto tenga oportunidad de practicar y mejorar sus habilidades en situaciones de alto riesgo, y 4) apoyo social: fomentando el apoyo interpersonal para afirmar los cambios que una persona va realizando en sus hábitos. Para que la información resulte eficaz, debe transmitir a los destinatarios la creencia de que ellos mismos pueden modificar sus hábitos y mejorar su salud. A continuación se les enseña a realizar dichos cambios. La información sobre los hábitos de salud y las enfermedades puede hacer hincapié en los beneficios de realizar comportamientos saludables, o bien en las pérdidas o daños como consecuencia de unos hábitos nocivos.

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

1. la percepción subjetiva del riesgo al que uno se expone de contraer la enfermedad si se practican conductas de riesgo.
2. la gravedad percibida acerca de la enfermedad: la seriedad que el sujeto le atribuye, incluyendo consecuencias médicas como el dolor y la muerte, y también sociales y económicas.
3. los beneficios esperados por la puesta en práctica de las conductas de protección.
4. las barreras percibidas, o los costes derivados de realizar un comportamiento saludable. Estos inconvenientes pueden derivarse de la peligrosidad del comportamiento, por su coste económico, por lo desagradable de su ejercicio, o por el tiempo requerido. El sujeto sopesa los costos de poner en práctica la conducta preventiva y los beneficios que puede obtener.
5. las señales de atención que le recuerdan al sujeto la realización de actuaciones preventivas.

Páez, Ubillos, Pizarro y León (1994) aplican este modelo a la prevención del sida, señalando que para que un adolescente adopte conductas de prevención deben darse cinco elementos: a) que perciba el sida como una enfermedad grave, b) que esté realmente en riesgo o sea susceptible de adquirirlo, c) que conozca los mecanismos de prevención, d) que se encuentre motivado para ponerlos en práctica, y e) que cuente con los recursos necesarios para implantar finalmente las conductas de protección.

Según, el modelo de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980), los sujetos realizan una conducta de salud en función de las actitudes que mantengan hacia ella. Principalmente, la actitud hacia un determinado comportamiento, se compone de dos factores: la valoración que realizan de las consecuencias de su comportamiento y las expectativas de obtener esos resultados. Estos dos elementos, junto con la norma subjetiva (lo que un sujeto cree que piensan y hacen el resto de individuos semejantes a él), conforman una intención conductual, que posteriormente puede dar lugar a realizar una conducta de prevención. Si aplicamos este esquema a la adopción de medidas protectoras frente al sida, en primer lugar el adolescente debería evaluar positivamente el uso del preservativo y tener expectativas favorables acerca de los beneficios que su uso le puede reportar.

Además, si considera que sus "otros significativos" (amigos y compañeros de su edad), valoran positivamente su uso y a su vez lo utilizan, el adolescente tenderá con mayor probabilidad a emplear el preservativo en sus relaciones sexuales.

También se ha aplicado el modelo transteórico del cambio (Grimley, Prochaska y Prochaska, 1997) para explicar los mecanismos de adquisición y mantenimiento de la conducta de usar preservativo. Según esta teoría, para que las campañas y programas de prevención obtengan el éxito esperado, deben tener presente la disposición hacia el cambio por parte de los destinatarios. Según este modelo, existen varios estadios de cambio que preceden y siguen a la toma de decisión de una persona de usar consistentemente el preservativo: 1) precontemplación: en esta etapa se encuentran los sujetos que no utilizan siempre el preservativo, y que no tienen intención de empezar a hacerlo en un futuro inmediato, 2) contemplación: se hallan en esta fase las personas que no utilizan el preservativo siempre, pero tienen la intención de empezar a hacerlo en los próximos seis meses, 3) preparación: los sujetos en esta etapa utilizan preservativo a veces, o casi siempre, y pretenden comenzar a usarlo "siempre" durante el próximo mes, 4) acción: personas que emplean preservativo "siempre", y llevan haciéndolo un tiempo inferior a seis meses, y 5) mantenimiento: personas que hacen un uso consistente del preservativo durante un periodo superior a los seis meses.

La segunda dimensión de este modelo son los procesos de cambio. Se refieren a la forma en que los individuos van cambiando, e incluyen sus actuaciones manifiestas y encubiertas. El modelo describe once procesos de cambio aplicados al uso de preservativo (véase Grimley, Prochaska y Prochaska, 1997). Otro componente de este modelo es el balance decisional, que se define como la valoración de las ventajas frente a las desventajas de usar preservativo. Este es un aspecto en común con el modelo de creencias de salud, en el que también se daba un papel relevante a la evaluación de los beneficios y pérdidas por el uso del profiláctico. Desde la perspectiva del modelo transteórico del cambio, las personas que se sitúan en las primeras etapas (precontemplación, contemplación) valoran más los contras que los pros del uso de preservativo. Según se avanza en los estadios, la tendencia se invierte, valorándose menos los inconvenientes y otorgando mayor valor a las ventajas.

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

1. Factores predisponentes a favor o en contra de la conducta preventiva: incluyen la información, las actitudes, los valores y las creencias.
2. Factores facilitadores: se refieren a las habilidades para desarrollar los comportamientos preventivos, los recursos (materiales) y accesibilidad a los mismos (por disponibilidad o por factores personales). Los factores facilitadotes también pueden ser considerados como vehículos o frenos, en función de si posibilitan o dificultan la conducta saludable.
3. Factores reforzantes: actitud y conducta del medio (consecuencias obtenidas en la familia, la pareja, la escuela, por desarrollar conductas saludables). Estos factores pueden tanto favorecer como entorpecer la adopción de comportamientos preventivos

Este modelo resulta muy útil como herramienta para el diagnóstico y evaluación de conductas de riesgo, ya que permite organizar las variables que median en dichos

comportamientos. Posteriormente servirá de ayuda para la planificación de intervenciones preventivas, una vez se haya determinado sobre qué variables actuar.

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

Dentro de esta perspectiva integradora, cabe destacar el modelo propuesto por Fisher y Fisher (1992), Modelo de síntesis IMB (Information, motivation and behavioral skills). Los autores postulan que para que las intervenciones psicológicas produzcan cambios en las conductas de infección del VIH se requieren tres elementos clave:

1. *Información:* que ha de hacer referencia a las vías de transmisión y a las conductas preventivas específicas.
2. *Motivación:* que estaría regulada por las variables incluidas en la Teoría de la Acción Razonada (actitudes y norma social) y las variables no redundantes del Modelo de Creencias de Salud (percepción subjetiva de riesgo y gravedad percibida)
3. *Habilidades conductuales.* Proponiendo para la prevención del sida, la siguiente taxonomía: aceptación de la propia sexualidad, adquisición de la información conductual relevante, asertividad ante las situaciones de sexo no seguro, habilidades de negociación de sexo seguro, de adquisición y utilización del preservativo, de reforzamiento de la pareja cuando esta practica sexo seguro.

En este modelo, la Autoeficacia se considera una habilidad más a aprender. No obstante, algunos autores (Villamaría y Juárez, 2002), la consideran como una variable motivacional necesaria para poner en práctica las distintas habilidades anteriormente citadas.

Diseño y aplicación de programa preventivos

En este apartado exponemos una propuesta metodológica de utilidad como guía para la planificación e implementación de programas de modificación de conductas de salud relacionadas con el VIH. Para una revisión más pormenorizada, puede consultarse el trabajo de Espada, Quiles y Méndez (2003a).

Análisis y diagnóstico de los destinatarios

El primer paso antes de diseñar un programa es el análisis de los destinatarios y la oportunidad de la actuación sobre ellos. En esta etapa se estudian las variables físicas y sociales relevantes para la población de referencia. Así, entre otros, se recaban datos acerca de la edad, sexo, grupo étnico, nivel socioeconómico y cultural, experiencia de trabajo y conocimiento de salud existente, personas o líderes naturales, intereses, necesidades, etc. En este análisis se incluyen los recursos de la población en cuanto a organizaciones sociales (asociaciones

juveniles, de lucha contra el sida o de apoyo a grupos marginales, etc.) y los recursos sanitarios y sociales (centros de salud, unidades de prevención, centros de planificación familiar, centros de servicios sociales, etc.). Este estudio descriptivo se completa con un análisis cognitivo-conductual de los antecedentes, los comportamientos concomitantes y las consecuencias inmediatas de la actividad sexual de los adolescentes. De este modo, se obtiene información de los comportamientos, actitudes y creencias de esta población, así como de las acciones de los compañeros. Es importante destacar los comportamientos específicos y los pensamientos que motivan a la persona y refuerzan la actividad sexual, los que se emparejan con los eventos ambientales (sociales y físicos) que estimulan y refuerzan la actividad sexual. También permite conocer los eventos sociales y/o físicos que pueden servir como estímulos discriminativos para mantener relaciones sexuales seguras o de riesgo (Flora y Thoresen, 1988). Con estos datos el educador puede diseñar situaciones realistas para practicar el aprendizaje de habilidades, acercando los contenidos de la intervención a la población diana.

Establecimiento de objetivos

Los objetivos determinan los contenidos y actividades del programa. Deben ser operativos, claros y concisos, preferiblemente establecidos en términos conductuales y por escrito. De esta forma son más fácilmente evaluables. Asimismo, es conveniente priorizarlos y seleccionarlos según se establezcan a corto, medio y largo plazo.

Entre los objetivos más importantes en la prevención del sida con adolescentes, se destacan los relativos al aumento de la información, al cambio de actitudes y a la adquisición y/o refuerzo de habilidades comportamentales que permitan a los jóvenes enfrentarse a situaciones en las que han de decidir si adoptar una conducta de riesgo o de prevención.

Metodología

El tercer paso consiste en establecer la metodología del programa. Se debe precisar la duración y periodicidad de las sesiones, los educadores que las dirigirán, las técnicas educativas para la transmisión de información y adquisición/mejora de habilidades a emplear, así como los recursos y materiales de apoyo didáctico. Para lograr un cambio de actitudes es preferible utilizar técnicas participativas y/o implicantes (como el juego de roles o el uso de vídeos), mientras que para obtener el cambio de conductas es necesario emplear técnicas más directas, centradas en el manejo, control y planificación de las relaciones íntimas (Vega y Lacoste, 1995). Algunas recomendaciones generales son las siguientes (Bimbela y Cruz, 1997; Costa y López, 1996; Flora y Thoresen, 1988):

-Crear un ambiente de apoyo social y ambiental para los adolescentes a través de la educación de los padres, los profesores, los líderes de la comunidad y los profesionales de los medios de comunicación. Los apoyos físicos y sociales pueden reforzar el modelado social o las prácticas seguras y proporcionar incentivos.

-Proporcionar información operativa y concreta, sin ambigüedades y evitando tecnicismos.

- Planificar cuidadosamente la metodología, dando prioridad a técnicas que potencien la práctica de las nuevas habilidades.

- Vencer las posibles resistencias iniciales para hablar de temas íntimos. Es conveniente dedicar los inicios del programa a familiarizarse con el tema y vencer tabúes.

- Fomentar la discusión y el intercambio de ideas entre los asistentes, favoreciendo un aprendizaje significativo.

- Suscitar la reflexión personal. La habilidad del educador para hacer preguntas puede suscitar esos procesos de reflexión (Costa y López, 1996). La clarificación de valores y el proceso de solución de problemas están estrechamente ligados a la habilidad de pensar y preguntarse.

En algunos programas se ha optado por la educación realizada por compañeros como una alternativa eficaz. La educación entre iguales (o *interpares*) se basa en la formación de un grupo reducido de adolescentes que, posteriormente, desarrollan las acciones preventivas con sus compañeros. Estos monitores-compañeros pueden actuar de forma no programada sobre su grupo de amigos, o bien realizar actividades organizadas en el aula. Esta distinción es la conocida como educación entre iguales *formal* e *informal.* Aunque se han realizado programas basados únicamente en el enfoque informal, confiando en que tras el entrenamiento de los líderes, éstos divulgarán la información e influirán con sus actitudes en su grupo de referencia, han sido criticados por la dificultad de evaluar esos contactos informales, tanto en su extensión, frecuencia como en su impacto (Backett y Wilson, 2000).

La educación entre iguales, como estrategia de cambio conductual se fundamenta en algunas de las teorías que se han explicado anteriormente, tales como la Teoría del Aprendizaje Social, la Teoría de la Acción Razonada y el Modelo de síntesis IMB. Puesto que afirma, que algunos miembros de un grupo determinado pueden influir en el cambio de comportamiento entre sus iguales.

Las actuaciones con los grupos de iguales surgen en torno a otros problemas sociales y sanitarios, por ejemplo, grupos de padres afectados por cáncer, alcohólicos anónimos, etc. Sin embargo, en cuanto al VIH/sida destaca en la documentación internacional sobre salud pública, debido a los numerosos ejemplos de aplicación que han aparecido recientemente. ONUSIDA, en la Revisión que realiza en 1999 (*Peer education and HIV/AIDS: concepts, uses and challenge),* concluye que la educación interpares es un componente de amplia utilización en los programas de prevención del VIH, señalando que rara vez se aplica de forma aislada, sino que por el contrario, suele formar parte de un enfoque integral del VIH.

La educación interpares supone que los líderes del grupo establecen normas y modelos de actuación preventivos que modelan estos hábitos a otras personas de su entorno que todavía practican hábitos de riesgo. La importancia de la participación de los mediadores en la prevención reside en el papel fundamental del refuerzo social por parte de los iguales y de los modelos de conducta en el comportamiento de las personas (aunque en el caso de los más jóvenes se acentúa más). Si los compañeros adoptan y apoyan la adopción de medidas preventivas, probablemente el joven con una actitud positiva hacia la prevención, evitará las conductas de riesgo. Sin embargo, si los amigos realizan prácticas de riesgo *(p. e*. "*hacerlo sin preservativo no mola nada, pierdes sensibilidad")* o critican al que pretende adoptar medias preventivas (*p. e. "no te rajes ahora; si por una vez no pasa nada; no imaginaba que fueras tan pava/o")* es fácil que el jóven los imite a pesar de no estar de acuerdo con ellos.

Otro aspecto que refuerza la importancia de los iguales es que los mensajes son mejor aceptados y producen menor resistencia cuando se utilizan mensajeros o monitores del grupo de iguales o se compromete de alguna manera a personas relevantes de la población diana (Bimbela y Cruz, 1997). La correlación más elevada de los comportamientos de riesgo aparece cuando el individuo observa que sus propios compañeros están cambiando y, más específicamente dentro del ámbito de la prevención, cuando en el grupo de iguales, los líderes o personas respetadas manifiestan explícitamente que el comportamiento merecedor de aprobación es el preventivo (Bayés, 1995).

Los mediadores son seleccionados entre los miembros con mayor influencia en el grupo, procurando que tengan habilidades adecuadas de comunicación y de persuasión, un papel social muy bien definido y una actitud muy positiva para resolver los problemas sociales (Comas, 1989). Una vez seleccionados, se organizan actividades encaminadas a la formación de mediadores en prevención del sida, con el objetivo de que estos sean una referencia para el resto de compañeros. Los puntos básicos de la formación son la información y las actitudes y comportamientos respecto al VIH/sida y su transmisión. Los programas basados en el entrenamiento de iguales con capacidad de liderazgo han mostrado evidencias positivas: los educadores iguales son mejores agentes promotores de la salud para los adolescentes (Kirby y DiClemente, 1994; Ozer, Wheinstein y Maslach, 1997). No obstante, depende de las características personales del monitor, como la calidez a la hora de intervenir y moderar al grupo, o el atractivo personal.

En todos los casos es recomendable trabajar en pequeños grupos, para que los alumnos puedan expresar sus opiniones, temores, dudas, etc., y fomentar la discusión y el intercambio. La estructura de las sesiones puede seguir el esquema propuesto por García-Huete (1993), con una exposición teórica sobre los conceptos a desarrollar que ocupe aproximadamente el 25% del tiempo, seguida de sesiones prácticas en las que aprendan y practiquen las habilidades preventivas.

Aplicación del programa

El siguiente paso es poner en práctica las actuaciones que conforman el programa preventivo. Los destinatarios pueden ser los adolescentes, sus padres y sus profesores. En un primer momento la intervención debe centrarse en los aspectos cognitivos, proporcionando información y modificando las creencias erróneas de los destinatarios. En el cuadro 1 se muestran algunas de las creencias sobre el sida y el sexo seguro más frecuentes entre adolescentes.

Cuadro 1

Creencias juveniles sobre el hecho de plantearle a la pareja el uso de preservativo

- *"es un tema delicado"*

La habilidad para comunicarse es una destreza que se mejora con la práctica. Afrontar situaciones relacionadas con el sexo supone a fin de cuentas una forma de interacción personal. Por lo tanto, la

práctica en habilidades sociales específicas puede ayudar a plantear el tema de forma que no resulte incómodo, con un doble objetivo: protegerse de enfermedades mediante prácticas sexuales seguras y mantener una relación positiva con la pareja.

- *"confío en lo que me dice"*

No es suficientemente preventivo preguntar a la que va a ser pareja sexual si está sana, o si sus parejas anteriores lo estaban. Según se ha demostrado, la mayoría de los varones mentiría sobre su historia sexual si así consigue obtener sexo (Keeling, 1989). En la prevención del sida, el entrenamiento en habilidades debería centrarse en la negociación de sexo seguro, más que en indagar acerca de la historia sexual de la pareja, dado que ésta será de una fiabilidad bastante dudosa (Bandura, 1994).

- *"las relaciones sexuales tienen que ser espontáneas"*

El hecho de tratar sobre las relaciones sexuales seguras puede entrar en conflicto con la idea juvenil del amor romántico y espontáneo (Mitchell y Wellings, 1998). Sólo el 6 por 100 de entre 588 estudiantes hablaban del preservativo antes de una relación. Los estudiantes evitan hablar sobre el uso del condón porque creen que esa discusión puede impactar negativamente en la relación, y en la percepción que el otro tiene sobre él (Cline, Johnson y Freeman, 1992).

-*"en una pareja que se quiere es feo negociar"*

El término "negociación" aplicado a la relación de pareja no implica necesariamente frialdad ni mercantilismo. En toda relación interpersonal continuamente se negocian cosas: qué vamos a hacer hoy, qué película elegimos ver, quién se encarga de una tarea pendiente… Se trata, pues, de llegar a un punto de acuerdo para que ambas partes se sientan satisfechas. Llevado al terreno de las relaciones sexuales, nos encontramos un doble objetivo: mantener una relación agradable con la otra persona, disfrutando de la relación sexual si ha sido esa la opción elegida, y al mismo tiempo, poner los medios necesarios para evitar embarazos no deseados y la transmisión de ETS.

-*"si saco el tema mi pareja va a tener una mala impresión sobre mí"*

Hocking, Turk y Ellinger (1999) hicieron una simulación en la que jóvenes parejas iban a tener una relación sexual por primera vez. A algunos de los sujetos se les asignó el papel de "partidarios del preservativo" y debían insistir en que tenían que usarlo en la relación, y a otros sujetos se les instruía para que no pidieran su uso. Posteriormente cada miembro de las parejas tenía que valorar al otro. Los participantes tenían más respeto por las parejas que insistían en usar el preservativo que las que no lo hacían. Pensaban que su pareja se preocupaba más por ellos/as cuando ésta insistía en usar un preservativo como protección. Además, valoraban la relación como más íntima y cercana cuando se trataba el uso del preservativo.

Adaptado de Espada y Quiles (2001).

En una segunda fase, los alumnos mejoran su capacidad para negociar, para solucionar problemas y resistir la presión de su pareja, aprendan a valorar el riesgo personal ante las relaciones sexuales sin protección y a adquirir autocontrol para posponer una relación sexual. Para ello se emplean técnicas grupales como la que se presenta en el cuadro 2.

Cuadro 2: Técnica educativa para el análisis de situaciones de riesgo

MÁS RIESGO - MENOS RIESGO

Lee atentamente los casos que aparecen abajo. En ellos encontrarás testimonios de chicos y chicas jóvenes que hablan sobre las relaciones sexuales. Valora si el personaje se encuentra en riesgo de infectarse por el VIH. Coloca en el gráfico el nombre del protagonista de ese caso muy cerca del centro si consideras que corre mucho riesgo, y más alejado en caso contrario.

- Mónica: "Ayer mi novio y yo nos quedamos solos en su casa. Hicimos el amor utilizando un preservativo. Eso sí, como a él le desagrada bastante, insistió en colocárselo al final."

- Julio: "¿Preservativos? Son una molestia, yo prefiero confiar en mi chica. Ella está sana y se toma la píldora. Todas las chicas con las que estuve antes eran gente sana."

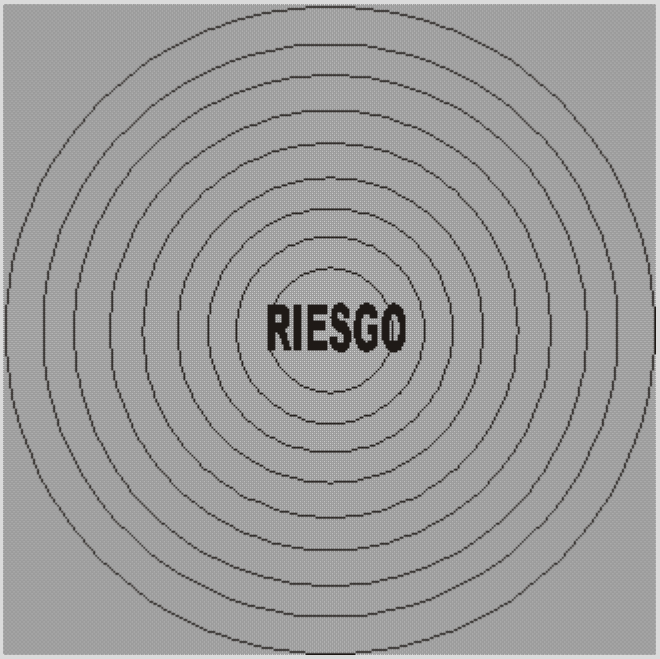
- Adrián: "Cuando salgo los fines de semana suelo llevar un

preservativo en la cartera. Es algo que no ocupa espacio, y que puede venir muy bien si surge algún plan."

- Javier: "El sábado pasado celebramos el cumpleaños de mi amigo Iván. Compramos bebida y organizamos una fiesta en su casa. Íbamos todos bastante puestos. Como estaba animado, le entré a Sonia y nos enrollamos, al final lo hicimos en el cuarto de Iván. Estuvo genial, aunque al día siguiente tuve una buena resaca".

- María: "Toni y yo salimos hace dos años. Alguna vez nos hemos "calentado" y teníamos ganas de hacerlo, pero como no teníamos preservativos lo dejamos para otro día. Disfrutamos mucho a pesar de no hacer el amor."

- Ignacio: "Yo creo que ninguna de las chicas con las que he estado tenía sida ni nada por el estilo. Eso se sabe cuando ves a la persona. No me cabe en la cabeza que una chica de 20 años y con buen aspecto pueda estar enferma. Cuando alguien tiene el sida se le nota enseguida."



Las principales técnicas empleadas con adolescentes son el entrenamiento en habilidades sociales y de negociación, y la práctica en resolución de problemas. Para el aprendizaje de habilidades de negociación, se sigue el mismo proceso de entrenamiento en habilidades sociales expuesto en Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein (1989). El aprendizaje estructurado de habilidades sociales se puede utilizar

para facilitar la adquisición y mejora de muchas conductas que facilitan que el adolescente se comporte de forma adaptada ante su pareja, su grupo de amigos, los compañeros de clase, etc., sin actuar presionado y defendiendo sus decisiones. Se pueden entrenar habilidades relacionadas con los sentimientos, habilidades para defender los propios derechos y hacer frente a la presión del grupo y la pareja, entre otras.

La técnica de resolución de problemas creada por D'Zurilla y Goldfried en 1971, presenta una estrategia estructurada en cinco pasos para alcanzar soluciones nuevas ante cualquier tipo de problema. Se aplica el método en situaciones en las que el adolescente debe analizar las alternativas (por ejemplo, en una situación en la que desea mantener relaciones sexuales con su pareja y no es posible conseguir preservativos), imaginar las consecuencias de cada opción, ponderar cada una de ellas y elegir la más satisfactoria.

Evaluación del programa

La evaluación nos indica si el programa ha logrado cumplir los objetivos propuestos y en qué medida. Para ello interesa conocer si los participantes han adquirido la información y las habilidades necesarias para poner en práctica las conductas-meta, y si éstas se mantienen a lo largo del tiempo. A la hora de valorar la eficacia de una intervención preventiva del sida podemos atender, entre otras, a las siguientes variables:

- Variables informativas: conocimiento sobre las vías de transmisión, las medidas de prevención, percepción de la norma sobre las prácticas sexuales seguras, etc. Los instrumentos más utilizados son los cuestionarios. Los hay de carácter genérico sobre conocimientos globales respecto al sida, y específicos, centrados en áreas concretas, por ejemplo, las conductas de riesgo. Algunas actividades grupales pueden servir también para estimar el nivel de información del grupo. También existen cuestionarios de información con soporte informático (véase Espada y Quiles, 2001).

- Variables actitudinales: actitud favorable hacia los comportamientos seguros, intención de poner en práctica dichas conductas, reducción/eliminación de miedos irracionales, actitud positiva hacia los afectados, etc. Una interesante técnica de evaluación es el cuestionario propuesto por Bayés (1995). En la primera parte se relatan tres historias en las que un protagonista del mismo sexo que el alumno que responde debe optar entre diversas alternativas. La segunda parte incluye cuestiones sobre el grado de riesgo de contraer el virus del sida que tenían los protagonistas.

- Variables conductuales: por ejemplo, la habilidad para posponer la relación sexual, para negociar el uso de preservativo, para resistir la presión individual y de grupo, etc. Una de las técnicas más fiables para evaluar las habilidades sociales son las pruebas estructuradas de interacción breve. Mediante la representación de papeles, el educador puede valorar de forma objetiva el nivel de competencia de los participantes.

La evaluación de los resultados se puede realizar mediante un diseño pretest - postest, con el fin de analizar las posibles diferencias obtenidas en los resultados. Es conveniente, asimismo, mantener seguimientos a medio y largo plazo (6, 12, 24 meses) para comprobar si los cambios producidos por el programa se mantienen.

Hasta aquí se han expuesto unas pautas para el diseño de un programa preventivo seleccionadas a partir de la revisión de las investigaciones existentes con

adolescentes, así como del análisis de las intervenciones realizadas. En cualquier caso, las nuevas actuaciones que se planifiquen a partir de estas indicaciones se han de adaptar a las circunstancias concretas de cada programa de intervención, según los resultados de los análisis de las variables contextuales y de la situación concreta en la que se aplicará el programa (destinatarios, objetivos, etc.).

Tratamientos psicológicos en afectados por el vih

El papel del bienestar psicológico

La necesidad de intervenir psicológicamente con pacientes seropositivos o enfermos de sida se debe básicamente a tres razones. En primer lugar, porque la enfermedad del sida hasta la fecha es incurable. Aunque los tratamientos han mejorado notablemente el pronóstico y la calidad de vida de los enfermos, el diagnóstico de seropositividad tiene las implicaciones de una enfermedad grave. Ello requerirá de una adaptación por parte del paciente. En segundo lugar, el sida conlleva otra serie de consecuencias de tipo social. El miedo al rechazo, y la forma afrontar la comunicación sobre el tema con amigos, familiares y conocidos será otro punto clave en la intervención psicológica. Por último, el buen ajuste psicológico puede facilitar un buen estado de salud física. Las situaciones de estrés prolongado y el estado de ánimo deprimido no favorecen en nada al mantenimiento de la salud o, en su caso, a la recuperación.

Gozar de una buena salud no se entiende sólo como tener un bienestar físico, sino que requiere también de una buena adaptación psicológica y social. Por otro lado, si nos fijamos en la relación unidireccional del estado psíquico sobre el físico, evidentemente el estado del sistema inmunitario estará sujeto a los cambios que se produzcan anímicamente. Dicho de otro modo, la persona psicológicamente deprimida tendrá con mayor probabilidad un sistema inmunológico deprimido. También al contrario: la ilusión y las ganas de vivir, el hecho de contar con proyectos, autoestima elevada, y el haber aceptado las circunstancias que afectan a la salud pueden, a su vez, favorecer una mayor fortaleza física.

Proceso de adaptación y afrontamiento de la infección

De igual forma que existe un proceso biológico en la infección por el VIH, la persona afectada experimenta una evolución en cuanto a su vivencia de la seropositividad. Cuando una persona decide hacerse la prueba de detección de anticuerpos, generalmente porque piensa que ha mantenido una práctica de riesgo, debe soportar la incertidumbre y el miedo mientras espera los resultados. Si los resultados del test resultan positivos, el impacto emocional al recibir el diagnóstico suele ser alto. Posteriormente se va produciendo un ajuste gradual a la nueva situación. El tiempo necesario para esta adaptación es variable, suele durar entre tres y seis meses (Green y McCreaner 1996). Tras ese periodo, la persona generalmente continúa con sus actividades de forma adaptada. Puede surgir un nuevo momento de crisis si el paciente comienza a experimentar síntomas molestos, o al producirse una caída de los CD4, y también cuando le es diagnosticado el sida. Tras otro ajuste a la nueva situación, la aparición de enfermedades incapacitantes, ingresos hospitalarios, etc., son eventos que potencialmente pueden desencadenar reacciones negativas. La evolución médica de la infección, así como el apoyo social con el que cuente la persona seropositiva, serán determinantes de su estado emocional.

Trastornos psicológicos

Los problemas psicológicos a los que son más vulnerables las personas seropositivas son los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. La ansiedad se produce como respuesta del organismo a los eventos del entorno a través de pensamientos, conductas, y reacciones somáticas. Los estímulos estresantes que pueden influir en la aparición de respuestas de ansiedad en el caso concreto de personas seropositivas pueden ser los relacionados con la enfermedad: noticias en prensa y televisión, enfermedad o muerte de algún amigo a causa del sida, o el hecho de no encontrarse bien físicamente.

En cuanto al diagnóstico de depresión, las personas seropositivas pueden tener circunstancias que favorezcan la aparición de alguno de sus síntomas: desinterés por el sexo, irritabilidad, baja autoestima, sentimientos de culpa y de fracaso, pérdida de esperanza en el futuro, etc.

Por otro lado, están los efectos directos que puede ocasionar el virus del sida. El VIH afecta directamente al sistema nervioso central, ocasionando diversos trastornos neurológicos. El principal es la encefalitis aguda o *demencia sida*, que puede presentar una incidencia entre el 30 y el 40% entre las personas que ya han desarrollado la enfermedad (Arranz, 1994; García-Huete, 1993).

Otras psicopatologías que se han descrito en pacientes seropositivos son los pensamientos obsesivos, especialmente los relacionados con rituales de comprobación y de limpieza. La auto observación excesiva o la búsqueda de indicadores de la aparición de síntomas de la enfermedad puede desencadenar un trastorno hipocondríaco.

Intervención psicológica

1. Objetivos de la intervención psicológica
2. Ayudar al paciente a adaptarse al estado de seropositividad. Esto supone sobre todo, intervenir en los primeros momentos tras conocer el resultado de las pruebas de detección de anticuerpos. Se ayuda al paciente a comunicar su estado a la pareja o familiares y también a los antiguos compañeros/as sexuales que pudieran estar también infectados.
3. Resolver dudas relacionadas con la infección, su proceso, etc. Aunque existe información, siempre surgen interrogantes: cuánto va a durar el tratamiento, qué riesgos existen de transmitir el virus a las personas que viven con él/ella, etc. No conviene tampoco aburrir ofreciendo información excesiva, es preferible cubrir las áreas que van a beneficiar al paciente, como sus hábitos de salud, y sus demandas de información.
4. Atender a las dudas, preocupaciones y angustias de los familiares y allegados. Se suele ofrecer a las parejas y/o familiares de los seropositivos que acudan a una entrevista con el psicólogo, o bien que mantengan contacto telefónico. Es frecuente que los familiares experimenten angustia y tengan dudas sobre la infección y sobre cómo actuar con el seropositivo. Si no llega a producirse este contacto con los familiares, es conveniente dejar la puerta abierta para que puedan acudir o llamar en cuanto lo deseen.
5. Promover estilos de afrontamiento activos ante la enfermedad, motivando hacia el tratamiento. En este sentido, se intenta que el paciente no se vea indefenso ante la evolución de su infección, sino que se perciba competente

de cara a realizar cambios y actuaciones que mejoren su salud y favorezcan un bienestar prolongado.

6. Motivar la adopción de hábitos de vida saludables: la alimentación equilibrada, ejercicio físico regular, eliminación del consumo de alcohol o tabaco, etc. Se trata de comportamientos que pueden beneficiar el estado de salud del paciente, y cuya adquisición se va programando en las sesiones de consejo y asesoramiento.
7. Promover los cambios en las conductas de riesgo si las hubiera: se explora y discute sobre la actividad sexual del sujeto, detectando las prácticas de riesgo, proponiendo alternativas y motivando hacia la práctica de relaciones sin riesgo de reinfectarse con el VIH o de adquirir otras enfermedades de transmisión sexual.
8. Asesorar y facilitar el acceso a recursos de apoyo social como grupos de autoayuda: el consejero tiene como función servir de nexo entre el afectado y recursos comunitarios que puedan beneficiar a éste, como son los grupos de apoyo mutuo. En ocasiones el propio psicólogo participa en alguno de estos grupos como terapeuta.
9. Acompañar en el cierre del ciclo vital en los enfermos terminales: los pacientes en estado terminal de la enfermedad pueden tener un mejor final de su vida si disponen de apoyo para atender sus necesidades emocionales y materiales en esos últimos momentos.

- Asesoramiento y psicoterapia

En determinados momentos se aconseja ofrecer activamente asesoramiento ("counselling" en países anglosajones) a los pacientes, aunque éstos no lo demanden de forma explícita. Son situaciones que antes señalábamos como "momentos de estrés": a) previamente a la realización de la prueba; b) en la información de resultados; c) al inicio de los síntomas; d) cuando se diagnostica sida y e) cuando surgen enfermedades duraderas. La característica común entre estas situaciones es que se produce un cambio en la situación médica del paciente. Alguna de las actuaciones concretas sería:

Intervención psicológica antes de la prueba

Siguiendo a McCreaner (1996), los objetivos del asesoramiento psicológico antes de la realización del test del sida son:

1. Asegurar que se ha tomado la decisión de hacerse el análisis con la suficiente información, y conociendo las implicaciones personales, médicas, sociales y legales de un resultado positivo.
2. Preparar a aquellos clientes que tendrán que afrontar un resultado positivo de la prueba.
3. Proporcionar información sobre la reducción de los riesgos de transmisión del VIH.

Conviene evaluar el nivel de riesgo del cliente, mediante su historia sexual y de otras prácticas con posibles riesgos de transmisión del virus. Según el conocimiento que pueda tener sobre las prácticas de riesgo, el riesgo real y el percibido serán similares. También se explica en qué consiste la prueba, y la información que ésta proporciona. Algunos clientes no conocen el procedimiento, o no saben que es necesario esperar algunos días para tener el resultado. Por último, se trata con el paciente lo que significa tener anticuerpos del VIH.

b) Apoyo en la adherencia terapéutica

El tratamiento antirretroviral tiene principalmente tres desventajas: el alto número de comprimidos diarios que el enfermo debe tomar, la pauta de administración en ocasiones compleja, y los efectos secundarios de los fármacos. La investigación ha demostrado que los pacientes que cumplían mejor las prescripciones médicas obtenían analíticas indicando mejoras en su sistema inmunológico. Sin embargo, existe una tasa importante de pacientes que no cumplen correctamente la prescripción médica. Se están desarrollando programas de apoyo psico-educativo en los que, empleando estrategias de asesoramiento, se informa, motiva y aconseja al paciente para un adecuado cumplimiento terapéutico.

- *Técnicas empleadas*

La intervención cognitivo-conductual se ha mostrado eficaz para el tratamiento de problemas psicológicos en personas seropositivas. La herramienta básica para el trabajo diagnóstico y terapéutico es la entrevista. Por eso el terapeuta que trabaja en esta área debe dominar la técnica, siendo capaz de crear un clima terapéutico adecuado. Debe, a su vez, contar con buenas habilidades de comunicación y de empatía en la relación terapéutica. Alguna de las técnicas cognitivo-conductuales que se han empleado con eficacia para el tratamiento de las alteraciones emocionales en pacientes seropositivos, según García-Huete (1993) son:

- Parada o detención del pensamiento.

- Reestructuración cognitiva

- Auto instrucciones

- Resolución de problemas

- Entrenamiento en relajación

- Grupos de apoyo mutuo

En el ámbito de intervención del sida suponen un recurso bastante utilizado por su gran valor terapéutico. De ellos se pueden beneficiar tanto personas infectadas por el virus como sus parejas y familiares. Existen diversos tipos de grupos, en función de su objetivo principal (terapéutico vs. apoyo mutuo) del grado directivo, de la presencia o no de terapeuta, del grado de estructuración de las sesiones, etc. En caso de que posean una vertiente más terapéutica, economizan el trabajo de los profesionales, ya que permiten el abordaje de problemas psicopatológicos comunes entre los miembros del grupo, llegando a varios pacientes a la vez. Se suma además, la ventaja del modelado que unos miembros del grupo ejercen sobre los otros, lo que hace más fácil la adquisición de estrategias de afrontamiento. Los grupos con un cariz más inclinado al auto apoyo aportan principalmente un espacio para la comunicación y la expresión de sentimientos, así como la creación de relaciones interpersonales y redes de apoyo social.

Cuidados paliativos

Supone la intervención tanto médica como psicológica cuando el enfermo se halla en situación terminal. El objetivo terapéutico no es la curación, sino aliviar el sufrimiento de la persona enferma. En esta etapa es crucial el apoyo a los familiares que ejercen de cuidadores. El objetivo principal de la intervención

psicológica en esta etapa es ayudar a que el paciente acepte la irreversibilidad de su proceso, facilitando el que pueda completar tareas inconclusas, hacer balance de su vida, despedirse de sus allegados, y prepararse para la muerte.

Conclusiones

El sida, como señala Bayés (1995), puede considerarse como una enfermedad conductual en la medida en que, si bien el agente causante es un virus, los comportamientos de la población son determinantes para que los individuos entren en contacto con él. Por ello, al esfuerzo en la investigación médica en búsqueda de una vacuna y de tratamientos eficaces, debe unirse la intervención educativa para reducir las conductas de riesgo. Los adolescentes que se inician en las relaciones sexuales se encuentran en situación especialmente vulnerable. La falta de información veraz, las creencias erróneas sobre la sexualidad, la anticoncepción y las enfermedades de transmisión sexual, junto a una carencia de habilidades específicas (autocontrol, habilidad de negociación, etc.), actúan como factores de riesgo. Como ya hemos sugerido en otros lugares (Espada, Quiles y Méndez, 2003b), la finalidad de las intervenciones preventivas es que el adolescente desarrolle una actitud favorable hacia las conductas de prevención y adquiera las habilidades conductuales necesarias para llevarlas a cabo con éxito. Estas mismas habilidades son útiles para la promoción del desarrollo psicosocial del joven y se pueden generalizar a otras conductas de salud, no sólo de prevención de la transmisión del sida, sino también al consumo de drogas, adhesión al tratamiento en dolencias crónicas, etc.

Lecturas recomendadas

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

Este libro es una obra de referencia entre las publicaciones sobre sida en castellano. Presenta una completa panorámica acerca de la problemática del sida, analizando los diversos factores relacionados con la prevención primaria, secundaria y terciaria, así como el análisis de los resultados de la intervención. Repasa el tema de la psiconeuroinmunología, centrándose en el binomio emoción y sida. Se trata de obra recomendable para iniciarse en el estudio del sida desde su faceta preventiva y terapéutica.

Bimbela, J. L. y Cruz, M. T. (1997). *Sida y jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH* . (2ª ed.). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Este original libro presenta los resultados de un estudio sobre las prácticas sexuales de los jóvenes y su relación con el sida. Mediante discusiones en grupo (técnica de grupo focal y de discusión), los jóvenes, guiados por un moderador, reflexionan sobre las prácticas sexuales de riesgo, los problemas para desarrollar comportamientos seguros, y sus necesidades más urgentes. A partir de las conclusiones que se extraen, los autores aportan abundantes sugerencias para la intervención preventiva.

Espada, J. P. y Quiles, M. J. (2001). *Prevenir el sida.* Madrid: Pirámide.

En esta obra se aborda la prevención del sida revisando los principales aspectos sobre la infección y haciendo especial hincapié en la prevención con niños y adolescentes. Junto a los contenidos informativos, que permiten un análisis riguroso del problema y sus causas, se exponen las estrategias preventivas más eficaces. Se presenta un programa de prevención, un anexo con actividades para aplicar en el aula, y un CD ROM con cuestionarios de evaluación y una guía de recursos en Internet. Constituye una guía útil para psicólogos, maestros, orientadores, educadores, y para todas aquellas personas interesadas en fomentar las conductas de prevención de esta enfermedad.

García-Huete, E. (1993). *Sida. Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral* . Madrid: Eudema.

Enrique García-Huete es Profesor de Psicología y asesor de la Organización Mundial de la Salud en el Programa Global del Sida. La obra es una monografía muy indicada para estudiantes y profesionales que deseen introducirse en el tema del sida, desde su vertiente psicológica y social. A lo largo de sus capítulos aborda la psicología de los afectados por el VIH/sida, aspectos sobre la prevención de la enfermedad, la intervención en prisiones, el entrenamiento del personal sanitario y la formación del voluntariado.

Gatell, J.M., Clotet, B. y Podzamczer, (dirs.) (2000). *Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (6ª ed.). Barcelona: Masson-Salvat.

Esta guía está elaborada por un nutrido elenco de especialistas en sida de nuestro país. Su contenido es eminentemente médico, prestando atención también a los aspectos psicológicos. sociales y legales de la infección. A lo largo de sus veintiocho capítulos desarrolla, entre otros temas, la inmunopatología del sida, epidemiología, manifestaciones clínicas de la infección, recomendaciones para el tratamiento, así como los principales trastornos psiquiátricos en pacientes con infección por VIH.

Referencias

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). Attitudes, personality and Behavior. Chicago: Open University Press.

Antela, A. (2004). Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/sida para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe . Washington, D.C: OPS. Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Arranz, P. (1994). Intervención psicológica en niños y adultos afectados de sida, Revista de Psicología General y Aplicada, 47, 2, 183-191.

Backett, K. B. y Wilson, S. (2000). Understanding peer education: Insights from a process evaluation, Health Education Research, 15 , 1, 85-96.

Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection, en R. J. DiClemente y J. L. Peterson (eds.), Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Intervention . Nueva York: Plenum Press.

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

Bimbela, J. L. y Cruz, M. T. (1997). Sida y jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Bimbela, J.L. y Gómez, C. (1994). Sida y comportamientos preventivos: El modelo PRECEDE, Revista de Psicología General y Aplicada, 47, 2, 151-157.

Bravo, M. J. (2004). Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Américas: Manual para profesionales de la salud. Washington, D.C., OPS. Biblioteca Sede OPS-Catalogación en la fuente.

http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/InfecUDI.pdf

Buela-Casal, G., Bermúdez, M. P., Sánchez, A. I., De los Santos-Roig, M. (2001). Situación del VIH/SIDA en Latinoamérica al final del siglo XX. Análisis de las diferencias entre países. Rev. méd. Chile v. 129 n.8 Santiago ago.

Cáceres, C. (2003). La Prevención del Sida en América Latina y Caribe . (Sustainable Development Department Technical papers series; SOC-131)

Centro Nacional de Epidemiología. Registro Nacional de Sida. (2002). Vigilancia del sida en España . Http//:msc.es/sida/epidemiología/sidaint.htm

Centro Nacional Para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA). El Sida en cifras 2004. http://www.salud.gob.mx/conasida/

Centro Nacional Para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) y Secretaría de la Salud (SSA), (2003). Epidemiología del Sida en México en el año 2003. http//: www.salud.gob.mx/conasida/estadis/pre2003.pdf

Comas, D. (1989). La formación de mediadores. En Instituto de la Juventud. Guía para la realización de programas de formación de mediadores . Madrid: Instituto de la Juventud.

Costa, M. y López, E. (1996). Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide.

DiClemente, R. J. y Peterson, J. L. (1994). Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions . New York: Plenum Press.

D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification, Journal of Abnormal Psychology, 78, 107-126.

Espada, J. P. (2000). Programas de reducción de riesgos: situación actual, Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, 11 , 4, 278-280.

Espada, J. P., Martínez, J. y Medina, M. (2000). Intervención con drogodependientes de alto riesgo: estrategias de reducción de daños, Revista Española de Drogodependencias , 25 , 1, 32-48.

Espada, J. P. y Quiles, M. J. (2001). Prevenir el sida. Madrid: Pirámide.

Espada, J. P. y Quiles, M. J. (2002). Prevención del sida en la escuela. Pautas para elaborar un programa comportamental-educativo. Revista Española de Drogodependencias, 27, 3, 381-406.

Espada, J. P., Quiles, M. J. y Méndez, F. X. (2003a). Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. Papeles del Psicólogo. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos, 24 (85) 29-36.

Espada, J. P., Quiles, M. J. y Méndez, F. X. (2003b). Prevención del sida en la infancia y adolescencia. En J. M. Ortigosa, M. J. Quiles y F. X. Méndez (Coords.), Psicología de la salud. Intervención con niños, adolescentes y familia (pp. 349-368). Madrid: Ediciones Pirámide.

Flora, J. A. y Thoresen, C. E. (1988). Reducing the risk of AIDS in adolescents, American Psychologist, 43, 11, 965-970.

García-Huete, E. (1993). Sida. Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral . Madrid: Eudema.

García-Huete, E. (1993). Programas de asesoramiento a profesionales de salud en sida, en F. X. Méndez, D. Macià y J. Olivares (eds.), Intervención conductual en contextos comunitarios I. Programas aplicados de prevención. Madrid: Pirámide.

Gatell, J. M., Clotet, B. y Podzamczer, D. (dirs.) (2000). Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento (6ª ed.). Barcelona: Masson-Salvat

Goldstein, A. P., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J. y Klein, P. (1989). Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza. Barcelona: Martínez Roca.

Gómez, L. (1994). Plan Educativo de Prevención del Sida. Valencia: Generalitat Valenciana.

Green, J. y A. McCreaner, A. (eds.) (1996). Counselling in HIV infection and AIDS . Londres: Blackwell Science.

Green, L.W. y Kreuter, M.W. (1991). Health Promotion Planning; and Educational and Environmental Approach. Mountain View, Cal; Ed Mayfield

Grimley, D. M., Prochaska, G. E. y Prochaska, J. O. (1997). Condom use adoption and continuation: A transtheoretical approach, Health Education Research, 12 , 1, 61-75.

Hunter, H. (1988). Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus, Journal of the American Medicine Academy , 260 , 1943-1944.

Insúa, P. y Moncada, S. (2000). ¿Cómo diseñar un programa de prevención de la transmisión sexual del VIH para usuarios de drogas? Trastornos Adictivos, Vol. 2 (3): 201-210

Insúa, P. y Moncada, S. (2001). Está cambiando el discurso sobre el uso de drogas en las instituciones?: Un programa de Formación de Formadores. Revista Española de Drogodependencias, Vol 26 (1)

Kirby, D. y Di Clemente, R. J. (1994). School-based interventions to prevent unprotected sex and HIV among adolescents, en R. J. DiClemente y J. L. Peterson (eds.), Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral interventions. (pp. 117-139). New York: Plenum Press.

Lacoste, J. A. (1995). Reducción de daños y riesgos: una respuesta de salud pública a la infección por VIH entre usuarios de drogas, Adicciones, 7, 3, 299-318

Macià, D., Méndez, F. X. y Olivares, J. (1993). Intervención comportamental y prevención, en F. X. Méndez, D. Macià y J. Olivares (eds), Intervención conductual en contextos comunitarios I. Programas aplicados de prevención . Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X., Macià, D. y Olivares, J. (1991). Medicina conductual con niños y adolescentes. Prevención y promoción de la salud, Cuadernos de Medicina Psicosomática, 19, 31-41

Montoya, M. M. (1997). La educación para la prevención del VIH/SIDA en programas escolares, Publicación de SEISIDA, 8, 1, 210-212.

Nájera, R. (1997). Sida. Respuestas y orientaciones . Madrid: Aguilar.

Nájera, R. (1998). Retrovirus humanos. Etiopatogenia, en J. M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczer, y J. M. Miró (dirs.), Guía práctica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento . Barcelona: Masson-Salvat

ONUSIDA (2004). Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Julio 2004. 4º Informe Mundial. http://www.onusida.org.co/

ONUSIDA (2000). La comunicación Inter pares y VIH/SIDA: Conceptos, usos y problemas. http://www.onusida.org.co/

Organización Mundial de la Salud (1992). La educación sanitaria escolar en la prevención del SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual. Ginebra. OMS.

Ozer, E. J., Wheinstein, R. S. y Maslach, C. (1997). Adolescent AIDS prevention in context: The impact of peer-educator qualities and classroom environments on intervention efficacy, American Journal of Community Psychology, 25 , 3, 289-323.

Páez, D., Ubillos, S., Pizarro, M. y León, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del sida, Revista de Psicología General y Aplicada, 47, 2, 141-149.

Planes, M. y Gras Mª E. (2002). Creencias y comportamientos sexuales preventivos frente al Sida en estudiantes universitarios. Análisis y Modificación de Conducta, 28 (121), 695-723

Segura, A., Hernández, I. y Alvarez-Dardet, C. (1998). Epidemiología y prevención de las enfermedades de transmisión sexual . Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Soto, F., Lacoste, J.A., Papenfuss, R. y Gutiérrez, A. (1997). El Modelo de Creencias de Salud. Un enfoque teórico para la prevención del Sida. Revista Española de Salud Pública, 71 (4), 335-341

Svenson, G, (1998). Directrices Europeas para la Educación entre Iguales sobre el SIDA a Jóvenes. Comisión Europea

Valverde, J. (1996). Vivir con la droga. Experiencia de intervención sobre pobreza, droga y sida . Madrid: Pirámide.

Vega, A. y Lacoste, J. A. (1995). Niños, adolescentes y sida. Problemática psicosocial e intervención educativa. Valencia: Promolibro.

Villamarín, F. y Juarez, O. (2002). Predictores psicológicos del comportamiento sexual seguro en la prevención de la infección por el VIH. Revista de Psicología de la salud, 14 (2), 81-101

PERSPECTIVAS PSICOSOCIALES DE LA PREVENCIÓN DE CÁNCER DE PIEL

Pablo Alfonso Sanabria Ferrand
Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá –Colombia-

Dimensión del problema

El cáncer de piel, tanto de tipo melanoma como no melanoma, es el cáncer más común en Estados Unidos de Norteamérica. La incidencia de melanoma en ese país se ha incrementado de forma dramática, en los últimos 25 años. Durante el año 2000, se registraron aproximadamente 47.700 casos nuevos de melanoma y más de un millón de casos de tipo no melanoma (Greenlee, Murray, Bolden, & Wingo, 2000).

En Colombia, las pocas estadísticas existentes, indican que el cáncer de piel es la segunda causa de consulta en el Instituto Nacional de Cancerología, siendo en el grupo de hombres la segunda causa de consulta y en las mujeres la tercera causa. Con 488 casos nuevos de cáncer de piel, representó el 11% del total de cánceres en el año de 1999 y el 12% del año 2000. Entre todos los cánceres de piel, el 52.9% lo presentaron las mujeres y el 47.1% los hombres (Instituto Nacional de Cancerología, 2001).

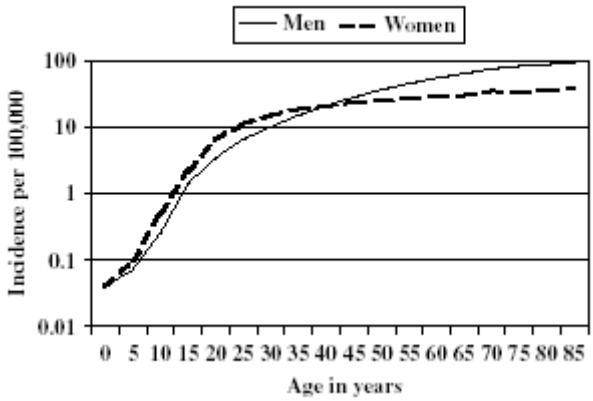
Los factores de riesgo relacionados con el cáncer de piel se pueden clasificar en dos grandes grupos: modificables y no modificables. Dentro de los factores no modificables está: el color de piel y la raza, el número de lunares, antecedentes de cáncer de piel en la familia, la edad y sexo del individuo y los factores ambientales

del lugar donde se encuentre el individuo. Entre los modificables se cuentan las conductas de exposición solar y protección.

El factor no modificable más importante es el color natural de piel, de esta manera, la población más propensa al cáncer de piel son aquellas personas que tienen piel clara, aunque este tipo de cáncer ocurre en todos los grupos étnicos, especialmente en aquellos que viven en zonas tropicales y lugares soleados (Glanz, Saraiya, & Wechsler, 2002). Otro factor importante constitucional es la presencia y número de lunares displásicos o atípicos (es decir con tamaño mayor a 5 mm de diámetro, bordes irregulares y distintas tonalidades de color) y la tendencia a tener pecas (Girgis, 1997). Una historia de melanoma en familia de primer grado de consanguinidad incrementa la probabilidad de desarrollar melanoma en aproximadamente un 10% (Glanz et al., 2002).

Así mismo, la incidencia de melanoma crece de forma exponencial con la edad, debido a que las personas mayores han tenido más oportunidades de haber estado expuestas a las radiaciones UV y a que su organismo tiene menos capacidad de reparar los daños producidos por dicha radiación, tal como se puede observar en la Figura 1, la cual muestra también como se invierte la relación entre sexo y edad a partir de los 45 años (Tucker & Goldstein, 2003).

Figura 1- Incidencia de melanoma entre hombres y mujeres de raza blanca en Estados Unidos durante el período de 1990 a 1999. Tomado de (Tucker et al., 2003)



El último grupo de variables relacionadas con los factores no modificables hace referencia a los factores ambientales, que pueden aumentar la intensidad de radiación UV a la que están expuestas las personas y estos son: los lugares cerca de la zona ecuatorial, la altura geográfica, la luz cubierta por las nubes (las nubes dejan pasar cerca del 80% de la radiación UV) y la presencia de material que refleja las radiaciones solares (por ejemplo, asfalto, el agua, la arena y la nieve). Es importante anotar además, que el deterioro de la capa de ozono incrementa los niveles de radiación solar que caen a la superficie de la tierra, sobre todo de radiaciones UVB (Glanz et al., 2002).

El factor de riesgo modificable más importante para todos los cánceres de piel es la conducta de exposición a la radiación solar, considerándose la exposición a las

radiaciones ultravioleta (UVR) como el factor que explica el 70% de todos los cánceres de piel. Esto se ha evidenciado a través de diferentes estudios epidemiológicos a nivel mundial en cuatro líneas de investigación básicas: las diferencias anatómicas por sexo, los estudios de migración, las diferencias por latitud del lugar de la residencia y las diferencias raciales (Girgis, 1997).

El efecto de la exposición solar durante la niñez y la adolescencia es un aspecto importante, debido a que la mayoría de la exposición solar ocurre durante este periodo de desarrollo. Se estima que más del 80% de la exposición a la radiación solar ocurre antes de llegar a la edad adulta (Vail-Smith et al., 1997) y se ha encontrado que las quemaduras de sol severas durante la niñez, incrementan el riesgo de melanoma maligno y carcinoma de células basales (Glanz et al., 2002). Se estima que los niños gastan entre 2.5 a 3 horas cada día al aire libre y que pueden recibir 3 veces más de radiación UVB que los adultos, debido a que tienen mas oportunidades de exponerse durante el medio día (Geller et al., 2002) .

La explicación biológica de la relación entre exposición a radiación UVR y cáncer de piel, es que la radiaciones UV disminuyen la capacidad de reparación de las células, debido a los daños producidos en su ADN (Gilchrest, Eller, Geller, & Yaar, 1999). Los dos tipos de radiación UV más importantes, UVA y UVB están relacionados con el cáncer de piel. La radiación UVA (320 a 400 nm del espectro solar) no es absorbida por la capa de ozono, penetra fácilmente a las capas mas profundas de la piel y causa envejecimiento prematuro de la misma, así como cambios endocrinológicos e inmunosupresión. La radiación UVB (280 a 320 nm) sí es absorbida por la capa de ozono, así que el nivel de exposición aumenta en la medida en que la contaminación ha hecho perder la capa ozono de la atmósfera y como efecto de la altura (a mayor altura mayor cantidad de radiaciones UVB), a esta se le atribuye el 90% del envejecimiento de la piel, el daño el ADN de las células, la aparición de catarata y hace que la piel se broncee o se enrojezca (eritema) dependiendo de su sensibilidad. Por tanto, para evitar el cáncer de piel, ésta se debe proteger tanto de las radiaciones UVA como UVB (Berwick, 1998), (Montesano & Hall, 2001) y (Glanz et al., 2002).

Otra forma de exposición a la radiación UV es a través de las cámaras de bronceado y lámparas de sol, que según el "National Institute of Environmental Health Sciences" de Estados Unidos, emiten cantidades de radiación UV similares a las que se encuentran en un medio día de verano y en algunos casos mayores a ésta. Finalmente, el comportamiento de protección constituye otro de los factores modificables relevantes para la prevención del cáncer de piel. De acuerdo con Rigel, (2002), Camacho, (2002) y Serra, (1994), el término filtro o bloqueador solar se utiliza de forma general para definir cualquier producto capaz de disminuir la penetración de los rayos solares en la piel. Se pueden clasificar los filtros solares en:

1. Vestidos: Hoy en día se sabe que el uso de vestidos adecuados puede bloquear el 97% de los UV.B. Sin embargo, el nivel de protección que tenga una prenda de vestir depende de la calidad del tejido, esto es, la tensión o tirantez con la que se ha realizado, de tal manera que a mayor tensión mayor nivel de protección. Hay que anotar que, algunos tejidos como el nylon, poliéster y algunos algodones, cuando se mojan, pierden el 1/3 de su valor fotoprotector.
2. Pantallas solares: Son sustancias opacas que por sus propiedades fisicoquímicas filtran el 99% de la luz visible y ultravioleta. Se presentan generalmente en forma de un polvo finamente dividido. Los más importantes son: oxido de zinc, dióxido de titanio, caolín, mica, vaselina, óxidos de hierro y silicatos. Su actividad es altamente protectora al cubrir la

superficie de la piel de tal manera que refleja la radiación solar y por tanto impide la penetración de la radiación.

3. Filtros químicos: Son sustancias capaces de absorber las radiaciones UV. La absorción a determinadas longitudes de onda depende de la estructura química, el solvente y el pH. La mayoría de los productos comercializados cubren la absorción de los UVB, aunque actualmente existen algunos compuestos que cubren también el UVA, permitiendo con su mezcla la formulación de preparados antisolares eficaces de amplio espectro que favorecen el bronceado normal, mejorando simultáneamente la protección de la piel.

Teniendo en cuenta lo anterior la prevención primaria del cáncer de piel se ha centrado básicamente en recomendaciones de tipo conductual, tales como limitar el tiempo de exposición solar; evitar exponerse al sol entre las 10:00 a.m. y las 4:00 p.m.; usar diariamente bloqueador solar con un factor de protección 15 o mayor; usar ropas que aíslen la piel del sol; usar gafas de sol; procurar permanecer siempre en lugares con sombra; evitar las quemaduras de sol, y general, hacer que estas conductas se conviertan en un hábito (Glanz et al., 2002). Métodos de estudio de los factores psico-sociales relacionados con la prevención del cáncer de piel De acuerdo con Arthey & Clarke, (1995) el tipo de diseño de investigación más usado para explicar los comportamientos de protección y exposición solar y su prevención es el de encuestas poblacionales, las cuales evalúan usualmente el nivel de conocimiento sobre el peligro de la sobre exposición solar, la percepción de los beneficios de la conducta de bronceado y las conductas usuales y de protección solar cuando las personas están al aire libre. Otro tipo de diseños que se utiliza, aunque con menos frecuencia es la investigación experimental y cuasi-experimental. La gran dificultad en el uso de este tipo de diseños hace referencia al control de variables extrañas así como la conformación de grupos de control adecuados para las comparaciones. Es común que en este tipo de diseños se utilicen como variables independientes la manipulación de la información a través de estrategias educativas y/o informativas, mediante videos o medios masivos de comunicación, divulgación directa, e información en centros educativos, la enseñanza de medidas de prevención y la evaluación de los efectos del uso del reforzamiento positivo y el modelamiento de la conducta de protección.

Arthey et al., (1995) plantea así mismo, que debido al dominio de los estudios poblacionales con el uso de cuestionarios y encuestas, ha habido una pérdida de profundidad en la información que se recolecta en ellas. No se ha evaluado la percepción de riesgo de padecer cáncer de piel, su nivel de motivación para emprender medidas de protección solar, su confianza en la habilidad para tomar dichas medidas y la creencia sobre el tipo de personas que deben o no tomar medidas de protección solar.

Otra dificultad que se presenta en la investigación sobre la prevención del cáncer de piel, está relacionada con las medidas directas de la conducta, lo cual usualmente tienen problemas éticos , ya que no informar que la conducta de una persona está siendo observada sería anti-ético, pero informárselo a la persona, alteraría su propia conducta. De otro lado, el uso de los auto reportes puede hacer que se sobre estime la conducta que se pretende promover, por efecto de deseabilidad social (Neale & Green, 2002). A pesar de ello, los diarios de auto-reporte (de las actividades al aire libre durante dos horas diarias, en cinco días de la semana) ha sido la estrategia más utilizada para el estudio en cáncer de piel. También se ha intentado utilizar alternativas para los auto-reportes, evaluando la intención conductual de los sujetos para la protección solar y la conducta de bronceado. Sin embargo, esta medida debe ser tomada con precaución, por la fuerte influencia social que afecta la respuesta de los sujetos.

Otra alternativa para la medición del nivel de exposición solar de los sujetos hace referencia al uso de dosímetros de UVR, los cuales son unas películas de plástico, que ubicadas sobre el individuo permiten determinar el grado diferencial de exposición de UVR, decolorándose proporcionalmente de acuerdo con la exposición solar y por tanto pueden proporcionar una valoración objetiva de la cantidad de esta conducta. Sin embargo, este tipo de medida presenta limitaciones importantes tales como el efecto permanente de evaluación de la conducta de exposición del sujeto y no tienen en cuenta las conductas de protección usadas tales como el uso de filtros solares, búsqueda de sombra y uso de ropas de protección (Girgis, 1997).

Finalmente Neale (et al., 2002) plantea una medida alternativa que hace referencia a pesar el tubo de bloqueador solar de forma periódica con el fin de establecer el consumo promedio de bloqueador utilizado por el sujeto diariamente. Esta medida tiene como limitación el hecho de que no detecta si es el sujeto quien usa el bloqueador solar o si este está siendo desechado sin que el sujeto se lo aplique. Adicionalmente no mide el uso de otras medidas de protección tales como el uso de ropas o la búsqueda de sombra.

En general se puede observar que los únicos tipos de medida que es posible utilizar en la investigación sobre exposición y protección solar son medidas indirectas de estas conductas, lo cual se convierte en una limitación importante que debe tenerse en cuenta al evaluar los resultados de dichas investigaciones.

Variables psicosociales relacionados con la exposición

La adopción o no de cada una de las conductas de salud pueden ser explicadas tanto por aspectos intrínsecos (variables sociodemográficas, personalidad, cogniciones) como extrínsecos, tales como el manejo de incentivos (p.ejl. impuestos para el tabaco y el alcohol, subsidio a la practica de deportes) y restricciones legales (amonestaciones por el uso de sustancias psicoactivas, multas por el no uso del cinturón de seguridad). El primero de los factores es el que ha tenido una mayor atención por parte de los psicólogos, siendo las variables cognitivas las que mayor investigación han tenido, creándose una variedad de modelos cognitivos que permiten explicar muchos de los comportamientos sociales de las personas. Estos modelos se han denominado Modelos Cognitivos Sociales (MCS) y son hoy en día, ampliamente utilizados dentro del campo de la psicología de la salud. Las dos principales razones por las cuales estos modelos han recibido tanta atención, son en primer lugar, la suposición de que las variables cognitivas median el efecto de muchos de los determinantes de la conducta (p.ej. clase social); y segundo, que las variables cognitivo-sociales son más fáciles de modificar que otros factores (p. ej. personalidad). Las cogniciones sociales son descritas como aquellas percepciones que tienen las personas sobre las situaciones sociales en que interactúan. Estas cogniciones o pensamientos son un proceso que interviene entre un estímulo observable y una respuesta especifica que se da en el mundo real (Fiske & Taylos, 1991; citado por Conner y Norman, 1996).

A continuación se presentarán algunos ejemplos de los modelos más comúnmente trabajados en prevención de cáncer de piel.

Teoría de la Acción Planeada y Teoría de la Cognición Social:

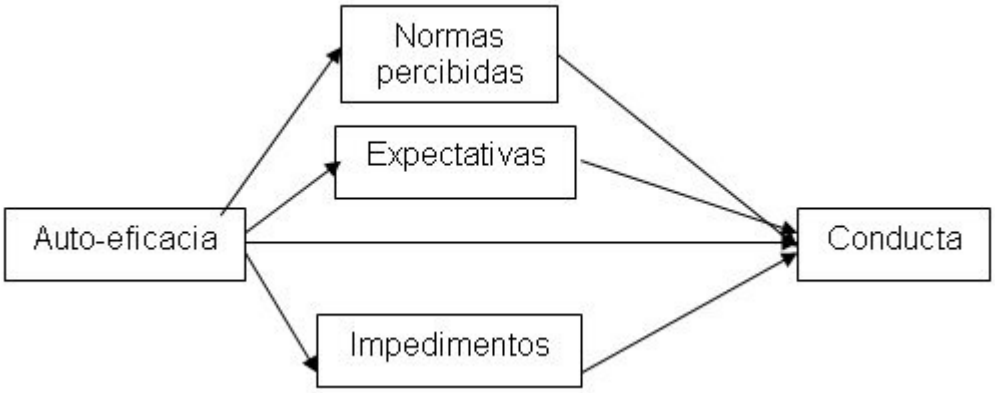
James, Tripp, Parcel, Sweeney, & Gritz, (2002) realizaron un estudio de tipo de cohorte transversal, que tenía como objetivo establecer si las variables psico-sociales que conforman la Teoría de la Acción Planeada (Azjen, 1991) y la Teoría de la Cognición Social (Bandura, 1986) permiten explicar la conductas de protección solar (uso de bloqueador con un SPF 15 + y evitar la exposición solar), que realizaba el personal de las instituciones de preescolar hacia sus estudiantes luego de la implementación de un programa de prevención llamado "Sun Protection is Fun" (Tripp, Herrmann, Parcel, Chamberlain, & Gritz, 2000) en el estado de Houston, Estados Unidos. Para ello, los investigadores tomaron una muestra de 245 instituciones de educación preescolar, en las cuales se evaluó a todo el equipo docente de la institución, con relación a sus conductas de protección solar hacia los niños a su cargo. Las edades de los niños oscilaban entre los 0 y los 5 años y pertenecían a todos los grupos étnicos y raciales.

El instrumento utilizado para la evaluación, consistió en un cuestionario de auto-reporte de lápiz y papel con escala de respuesta tipo Likert, que evaluaba las características demográficas, las conductas de protección solar y las variables relevantes de los modelos psico-sociales. El cuestionario de aplicación de bloqueador solar, estaba conformado por preguntas dirigidas a las prácticas y creencias del personal del preescolar para el uso de bloqueador con un SPF 15+ y su reaplicación si era necesario. El cuestionario de evitación de la exposición solar estaba conformado por preguntas dirigidas al personal del preescolar sobre sus prácticas y creencias relacionadas con el uso de ropas de protección y búsqueda de sombra.

Uno de los constructos psico-sociales utilizados por los investigadores para explicar las conductas de protección y evitación de las radiaciones solares, es la Teoría de la Acción Planeada (Azjen, 1991) el cual es un modelo predictivo de la conductas de salud, que supone que la conducta no está bajo el control absoluto del sujeto, ya que depende también de aspectos tales como el aprendizaje de ciertas habilidades y el acceso a ciertos recursos para poder ejecutar la conducta meta. Esta teoría plantea como hipótesis, que la intención y, subsecuentemente la conducta, están determinadas por las actitudes, las normas subjetivas y la percepción de control de la conducta (que es prácticamente el mismo concepto de auto-eficacia usado por Bandura). El otro constructo utilizado por los investigadores, es la Teoría de la Cognición Social (Bandura, 1986) que comparte mucho de la teoría de la acción planeada, pero pone un gran énfasis sobre la auto-eficacia y no incluye el concepto de intención. Otros aspecto que tiene en cuenta esta teoría son los impedimento para realizar la conducta, las expectativas que presenta al ejecutarla y las normas que percibe el sujeto sobre dicha conducta. Los factores psico-sociales que toman los investigadores de estos modelos para ser incluidas en el estudio, fueron las expectativas de la conducta, las normas percibidas, la auto-eficacia y los impedimentos percibidos.

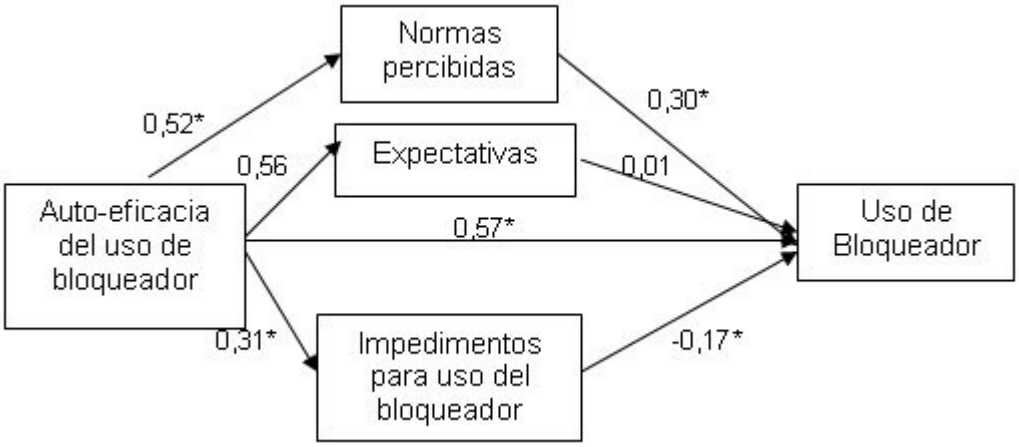
James (et al., 2002) plantearon como hipótesis que las normas percibidas, las actitudes y expectativas y los impedimentos afectan directamente las conductas de protección solar y de evitación del sol. Así mismo, que la auto-eficacia tiene un efecto directo sobre las mismas conductas, e indirecto, a través de las normas subjetivas, las actitudes y los impedimentos. El modelo se presenta a continuación:

Figura 1- Combinación del modelo de cognición social y teoría de la acción planeada (Hipótesis de trabajo)



El análisis de los resultados permitió establecer que la conducta de aplicación de bloqueador a los niños, estaba fuertemente determinada por la auto-eficacia del personal de preescolar, seguido por las normas percibidas del uso de bloqueador e inversamente por los impedimentos percibidos para su uso. La asociación entre las expectativas de uso del bloqueador y la conducta, no fueron significativas. También se encontró una relación significativa entre la auto-eficacia con las normas subjetivas y los impedimentos percibidos, sugiriendo esto, que la relación entre auto-eficacia y la conducta puede estar parcialmente mediada por las normas y los impedimentos percibidos. El modelo obtenido se grafica a continuación:

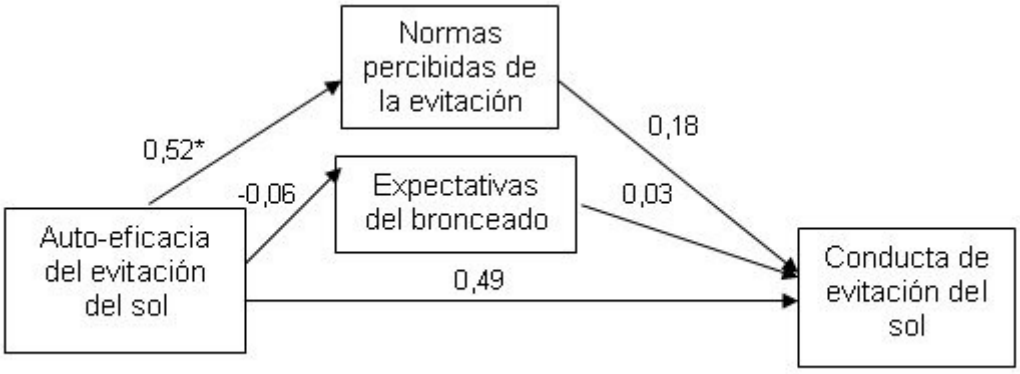
Figura 2- Modelo final del uso de bloqueador solar



En relación con la conducta de evitación solar se encontró que de la misma manera que en la conducta de protección solar estuvo fuertemente relacionada con la auto eficacia. Otra coincidencia es que las expectativas de bronceado no correlacionaron con la conducta de evitación. Sin embargo, no se encontró relación significativa de

las normas y los impedimentos percibidos con la conducta de evitación solar como si se evidenció respecto a la conducta de protección solar.

Figura 3- Modelo final de la conducta de evitación del sol.



Teoría de la Protección Motivada Esta teoría Rogers, 1983; citado por Conner & Norman, (1998) fue originalmente desarrollada para entender la efectividad de las comunicaciones persuasivas relacionadas con salud. Los trabajos originales estudiaron de qué manera el miedo afecta el proceso de persuasión. El modelo supone que si un mensaje persuasivo es capaz de generar miedo en las personas que son objeto del mismo (haciendo énfasis en la severidad y umbral de ocurrencia del daño), probablemente tenderán a reducirlo, debido a que la anterior situación, produce un estado emocional displacentero. Si el mensaje contiene recomendaciones para la acción, probablemente las personas tenderán a seguir las recomendaciones del comunicador. Pero, si el mensaje no contiene dicha recomendación, o la misma es inadecuada, probablemente las personas tenderán a negar o evitar la situación.

Janis (1967); citado por (Conner et al., 1998) propuso que apelar al miedo puede ser más efectivo cuando éste es moderado. Bajo estas condiciones, la respuesta cognitiva que promete una reacción adaptativa (por ejemplo: seguimiento de las recomendaciones conductuales), pesará más que aquella que promete una reacción desadaptativa (por ejemplo, negación). Para Rogers la respuesta cognitiva resultante de la apelación al miedo se puede resumir en el siguiente proceso: varios recursos ambientales (apelar al miedo) e interpersonales (variables de personalidad) pueden iniciar dos procesos de evaluación: evaluación de la amenaza y la evaluación del afrontamiento. La evaluación de la amenaza es similar a la evaluación primaria de Lazarus & Launir's (1978); citado por Conner y Norman (1998), en la que se enfoca sobre el origen de la amenaza y de los factores que pueden incrementar o decrementar la probabilidad de una respuesta maladaptativa. Tanto la percepción de severidad de la amenaza, como la percepción de vulnerabilidad del individuo hacia la amenaza, son vistas como respuestas maladaptativas.

Sin embargo, también pueden existir refuerzos tanto intrínsecos (placer), como extrínsecos (aprobación social) que pueden incrementar la probabilidad de respuestas maladaptativas. McClendon & Prentice-Dunn, (2001) realizaron una investigación de tipo experimental basados en la Teoría de la Protección Motivada

(Rogers, 1983; citado por Corner y Norman, 1998), con 61 estudiantes caucásicos de psicología de ambos sexos que se broncearon intencionalmente en el último año anterior al de la investigación. Fueron excluidas aquellas personas que tenían cáncer de piel o quienes tenían familiares o amigos con la enfermedad, debido a que presumiblemente tendrían un alto conocimiento sobre el cáncer de piel. Los participantes fueron asignados de forma aleatoria a la condición experimental y a una lista de espera para tomar posteriormente el mismo programa de prevención.

La variable independiente consistió en una intervención que estuvo dividida en dos sesiones separadas por 48 horas. La sesión de trabajo duraba entre 60 a 75 minutos. En la primera sesión los estudiantes llenaron un cuestionario que evaluaba las variables de la Teoría de la Acción Motivada, se les tomo una fotografía de su piel y escuchaban una breve presentación de la misma teoría por parte de los investigadores. Posteriormente los participantes leían cinco páginas que contenían fotos de diferentes tipos de lesiones de piel producidas por el sol y fotos de modelos de portadas de revistas que presentaban una piel sin bronceado. El mensaje enfatizaba cómo las personas bronceadas lucían poco atractivas y saludables de acuerdo con las nuevas normas sociales. También se enfatizaba la efectividad de seguir las dos recomendaciones conductuales básicas (no broncearse y aplicarse bloqueador solar) para prevenir los daños producidos por el sol y se incluía un instructivo de cómo aplicarse correctamente el bloqueador solar. Así mismo, en grupos de 3 a 4 personas escuchaban las maneras en que los estudiantes de colegio podían evitar las consecuencias negativas que les podían producir las radiaciones solares. Posteriormente, cada grupo compartió sus ideas con los demás. La segunda sesión comenzó con dos videos que contaban la historia de un adulto joven y de cómo murió a causa de un melanoma. Luego, los participantes discutieron posibles alternativas que hubieran evitado que el personaje adquiriera el melanoma, y posteriormente diseñaron una campaña para la promoción de comportamientos seguros ante las radiaciones solares en estudiantes jóvenes.

Finalmente los estudiantes llenaron el postest, y se les tomó de nuevo una fotografía de su piel. Al mes de haber terminado la aplicación fueron repetidas las medidas, para finalizar la investigación con la aplicación del programa al grupo control. Los resultados del estudio permitieron establecer que el grupo experimental incrementó significativamente sus intenciones conductuales y su conducta de protección solar, en comparación con el grupo de control. Adicionalmente, una vez el grupo control recibió el programa, igualó los resultados obtenidos en el grupo experimental, lo que permitió concluir que la Teoría de la Protección Motivada es efectiva para cambiar las actitudes y conductas maladaptativas y para instaurar los comportamientos seguros para protegerse del sol. Los autores concluyen que la investigación confirma que los mensajes de los medios y las campañas de salud deben enfocar su atención en motivar a las personas más que simplemente dar información acerca de los hechos relevantes en el cáncer de piel. Sugieren además que es necesario evaluar las diferencias de género en el impacto que los mensajes puedan tener en hombres y mujeres.

Modelo de Creencias en Salud y Modelo Transteórico

El MCS es probablemente el más usado dentro de los modelos de cognición social en psicología de la salud (Rosenstoc, 1974; citado por (Conner et al., 1998). El modelo indica que las creencias de salud de las personas hacen más o menos probables la realización de ciertas conductas de salud. Así, la ejecución de una conducta en particular, estará determinada por la percepción de amenaza de una enfermedad y la percepción de la efectividad de su propia conducta para contrarrestar la amenaza a la salud. A su vez, la percepción de la amenaza depende de dos variables: la percepción de susceptibilidad de la enfermedad y la percepción de severidad de las consecuencias de la enfermedad. Estas dos variables determinan la probabilidad de seguir o no acciones relacionadas con la salud. Sin embargo también están afectadas por las diferencias individuales de los sujetos, tales como sus características sociodemográficas, las normas sociales y su personalidad.

Prochaska y DiClemente, por su parte, construyeron un modelo de cambio por etapas, el cual ha sido aplicado a una gran variedad de problemas de salud, con resultados positivos (Prochaska, Velicer, & Rossi, 1994). Los autores identifican 6 etapas de cambio para las conductas de riesgo: 1) pre-contemplación, en donde la persona no tiene intención de cambio, por lo menos en los próximos 6 meses; 2) contemplación, en donde la persona comienza a pensar seriamente en cambiar su conducta en los próximos 6 meses; 3) preparación, en donde el individuo tiene un plan concreto de cambio, 4) acción, en donde la persona ya ha comenzado a cambiar su conducta y ha permanecido en dicho cambio por lo menos 6 meses; 5) mantenimiento, en donde el individuo a superado el periodo de los 6 meses de estar realizando su conducta, y ya supera efectivamente casi todas las situaciones de tentación que se le presentan para abandonar su cambio, y 6) terminación, en donde el individuo luego de haber permanecido 1 año con su conducta, sabe que no existen situaciones que le hagan desistir de su cambio.

Con base en este modelo (Kristjánsson, Helgason, Mansson-Brahme, Widlund-Ivarson, & Ullén, 2003) realizaron un estudio cuyo objetivo era establecer el efecto de un material educativo de corta duración denominado "You and your skin" el cual fue aplicado a 184 adolescentes de 13 a 15 años de los grados séptimo y octavo de educación básica secundaria en Suecia. Se utilizó un grupo control no equivalente con medida pre-test y un post-test tres meses después de la intervención. El material educativo fue desarrollado en 1996 con la participación de profesores y estudiantes de un colegio que no participó en este estudio. En la fase de diseño de la intervención, pidieron a 130 estudiantes que escribieran un ensayo sobre temas relacionados con el bronceado que posteriormente fueron llevados a discusiones grupales. Los autores, basados en el Modelo de Creencias en Salud desarrollaron la estrategia de intervención teniendo en cuenta las sugerencias de los estudiantes y los profesores de enfatizar los mensajes positivos y evitar el uso del miedo en el material. Este material contenía aspectos relacionados con comportamientos de protección solar.

La intervención consistió en una sesión de 45 minutos, dictada por los profesores o la enfermera del colegio, en la cual se trabajaba a conocer el material educativo previamente diseñado, conformado por un manual para los profesores, 10 acetatos, una cinta de video de 7 minutos y unas instrucciones de cómo comportarse bajo el sol. La metodología favorecía el trabajo en grupos de estudiantes. Es importante señalar que todo el trabajo fue realizado por los profesores, quienes fueron entrenados para aplicar el paquete de intervención y recolectar los datos pertinentes. Por ética el grupo control recibió el programa después. Las variables psicosociales evaluadas fueron la conducta de protección, las actitudes y las etapas de cambio. Las variables socio-demográficas tenidas en cuenta fueron la edad, sexo, tipo de piel y color de piel.

La intervención incrementó el conocimiento de los estudiantes sobre los factores de riesgo para el cáncer de piel, aunque no tuvo un efecto significativo sobre las actitudes de los estudiantes hacia la exposición solar y el bronceado. El efecto de la intervención sobre las etapas de cambio se manifestó principalmente en una progresión de la etapa de precontemplación a la etapa de contemplación, específicamente en la evitación del sol a medio día. Los investigadores concluyeron que el paquete educativo que se diseñó puede ser utilizado para incrementar el conocimiento, pero se necesita de una intervención mucho más extensa para modificar la conducta de los estudiantes y sus actitudes hacia la exposición solar y la conducta de bronceado. Es importante dentro de la intervención, incluir las discusiones grupales, según lo sugiere el Modelo Transteórico.

Los resultados sustentan el supuesto de que el incremento de la conciencia es un proceso importante de cambio en la etapa de precontemplación, de tal manera que el conocimiento o la conciencia de recordar los peligros relacionados con el sol pueden ser el prerecurrente necesario para progresar de una etapa a otra, lo que finalmente conduce a un cambio de actitud y conducta.

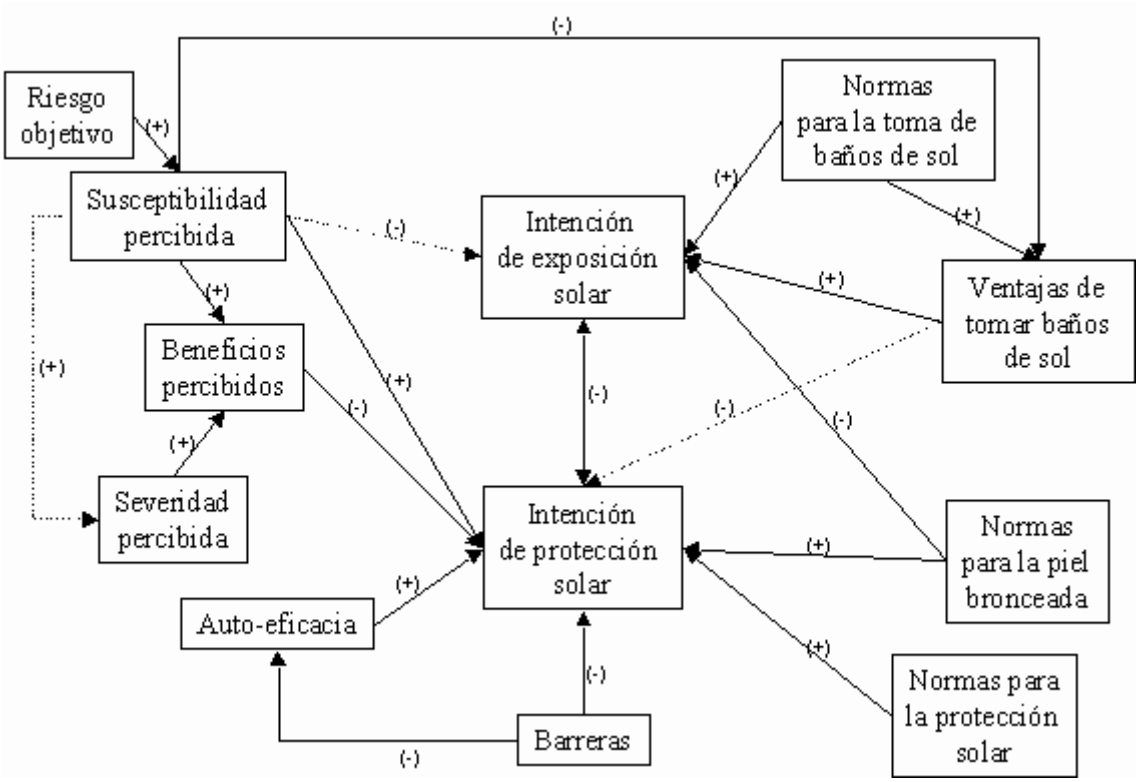
El incremento de la preparación para el cambio de la conducta puede ser un predictor confiable del cambio de una conducta actual, esto pudo ser observado en este estudio en el incremento de la evitación al sol durante el medio día aunque, según los autores, es necesario hacer más investigación en este sentido para establecer la verdadera dimensión de esta relación.

Modelo Multiteórico

Este modelo predictivo de las intenciones de las conductas de protección y exposición solar fue desarrollado por (Jackson & Aiken, 2000) mediante un análisis estructural de la conjugación de la Teoría del Comportamiento Planeado (Ajzen & Madden, 1986), la cual es una extensión, de la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1980), mas el Modelo de Creencias en Salud (Rosentock, 1974) y la Teoría de la Protección Motivada (Rogers, 1983).

Jackson et al., (2000) realizó un estudio con la participación de 202 mujeres entre los 18 y 27 años de edad sin historia de cáncer de piel. Se constituyeron grupos de 5 a 8 estudiantes a los cuales se les aplicó un cuestionario de 125 ítems con variables psicosociales que pretendían evaluar la intención para la conducta de protección y de exposición solar. 5 meses después se hizo un seguimiento con el 53% de la muestra original en donde se evaluaron las variables psicosociales y las conductas de protección y exposición solar con el fin de evaluar la capacidad predictiva del modelo. Los resultados evidenciaron que las intenciones de protección y exposición solar, se pueden predecir por la percepción del riesgo objetivo de cáncer de piel, las creencias de salud sobre la protección solar, la auto-eficacia para el uso de la protección solar, las actitudes hacia los baños de sol y las normas subjetivas hacia la protección y los baños de sol. Más concretamente, establecieron que las normas subjetivas de la protección solar y su auto eficacia predicen únicamente la conducta de protección solar; que las normas subjetivas de la toma de baños de sol predicen únicamente la intención y la conducta de tomar baños de sol; y que tanto la susceptibilidad percibida como ventajas de broncearse, predicen los dos tipos de conductas.

Figura 4- Modelo psico-social para predecir la intención de protección y exposición solar



Intervenciones basadas en la comunidad

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, la reducción de la tasa de incidencia de cáncer de piel se ha dirigido especialmente a la prevención a través del incremento del comportamiento de protección (Girgis, 1997). Esto implica, entonces, el mejoramiento de la información de la comunidad y el uso de medidas de protección contra la radiación UVR.

La escuela ha sido notado como comunidad blanco en varias intervenciones (Girgis, 1997) hace una síntesis de 12 programas de prevención de cáncer de piel, desarrollados en Australia y Estados Unidos entre 1984 y 1993, de los cuales 5 se han realizado con población entre los 9 y los 16 años y 4 de estos se han desarrollado en escuelas.

Varias razones se exponen para escoger la escuela como lugar privilegiado de este tipo de acciones (Glanz et al., 2002)). En primer lugar, la cobertura aumenta, ya que se tiene un número grande de personas en el mismo espacio, (niños, adolescentes y adultos), anotando además, que es probable que los cambios que se produzcan en el comportamiento de los niños, pueden a su vez motivar modificaciones en otros miembros de la familia. En segundo lugar, los niños y adolescentes en la escuela pasan buena parte de su tiempo al aire libre, en actividades recreativas o académicas, especialmente en el espacio de tiempo no recomendado para la exposición solar (la mayoría de los horarios escolares en Bogotá van de 7:00 – 8:00 a.m. a 3:00 – 4:00 p.m)

Se menciona además el hecho de que la infancia y adolescencia son períodos de formación, en la cual los comportamientos son más fácilmente modificables, siendo el contexto escolar un ambiente predominantemente formativo, esto es, que facilita el aprendizaje. Finalmente, también se ha notado que los hábitos desarrollados durante esta etapa de la vida se conservan hacia el futuro con mayor frecuencia.

Los programas desarrollados en la escuela, fundamentalmente se dirigen a reducir la exposición solar durante las actividades escolares y ofrecer información y estrategias que permitan llevar a cabo comportamientos saludables. Este tipo de programas será más efectivo si incluye la participación de la familia y en general, la participación de la comunidad educativa; esto es, si son insertados en el contexto de las prácticas cotidianas de la vida escolar, siendo los docentes y otros adultos de la comunidad, modelos del comportamiento saludable.

El Centro de Control y Prevención de la Enfermedad de Estados Unidos (CDC), propone un Programa de Prevención basado en la escuela (Glanz et al., 2002) que siga los siguientes pasos:

1. *Establecimiento de políticas para reducir la exposición a radiación ultravioleta*. Es decir, reglas formales (contenidas en el Manual de Convivencia, por ejemplo), que para ser exitosas, deben ser comunicadas a toda la comunidad escolar, implementadas durante largo tiempo, monitoreadas sistemáticamente y revisadas periódicamente. Antes de implementar estas normas, es importante revisar cuáles de las existentes pueden estar dificultando la prevención del cáncer de piel, por ejemplo, la programación de actividades curriculares y extra-curriculares al aire libre (especialmente las clases de educación física y las actividades lúdicas), la prohibición de usar gorras, gafas de sol o bloqueadores solares. Para esto, es imprescindible el compromiso de los diferentes estamentos de la comunidad, directivas, docentes, padres de familia y servicios de apoyo pedagógico y de salud.

2. Diseño de ambientes que apoyen las prácticas saludables frente a la exposición solar. Este diseño debe dirigirse tanto a los ambientes físicos como a los ambientes sociales. La mayoría de las instituciones educativas son construidas sin tener en cuenta la protección a los rayos solares, incluso dentro de los salones de clase en ocasiones, los estudiantes están expuestos directamente a los rayos solares. Los docentes o los estudiantes, pueden ser creativos al momento de pensar en nuevos espacios de protección, como techos o espacios cerrados. También es importante el diseño de ambientes sociales, que favorezcan el establecimiento de hábitos y que incluyan los comportamientos preventivos como parte de las actividades planeadas en grupo. El modelado por parte de los profesores y otros adultos, las señales visuales o auditivas (utilización de la emisora escolar por ejemplo) que recuerden las horas de no exposición pueden favorecer los comportamientos de protección.

3. Ofrecer educación en salud, dirigida a la información, cambio en las actitudes y estrategias de comportamiento requeridos para la prevención del cáncer de piel. Lo

anterior se puede llevar a cabo a través de conferencias de expertos en el tema especialmente antes de las temporadas de vacaciones, a través de la inclusión del tema de cáncer de piel en los planes curriculares de diferentes áreas tales como ciencias naturales, educación física, matemáticas o ciencias sociales o utilizando otras estrategias pedagógicas como jornadas especiales respecto al tema de la prevención.

4. Involucrar a la familia. La información a la familia sobre las actividades que se están llevando a cabo en la jornada escolar y la realización de actividades en casa junto con los padres, pueden favorecer la participación de los miembros de la familia en el programa, incrementando la probabilidad y frecuencia del cambio conductual.

5. *Incluir la prevención del cáncer de piel en el desarrollo profesional del equipo docente.* También debe ofrecerse al personal docente y de apoyo, capacitación adecuada sobre el cáncer de piel y su prevención, mejorando la motivación a hacer parte del programa y sirviendo estos adultos de modelo a los estudiantes.

6. *Complementar y apoyar la prevención del cáncer de piel con otros servicios de salud escolares.* La participación de otros servicios de apoyo como la enfermería o la oficina de orientación, a través de exámenes físicos o informando a los padres sobre los cambios conductuales, refuerzan los esfuerzos hechos por los otros estamentos.*Evaluación periódica de la implementación de los pasos anteriores*. Que permita hacer un seguimiento de las medidas tomadas y su modificación en los casos en que sea necesario.

Conclusiones

Una de las implicaciones que se puede derivar de los estudios reseñados en este trabajo es que mientras cada uno de los modelos maneje unos correlatos psicosociales específicos, se pierde el poder predictivo de estas construcciones teóricas sobre los comportamientos en salud y específicamente las conductas de exposición y protección solar, ya que los componentes individuales varían en la fuerza de las relaciones que se establecen entre las variables dependiendo del comportamiento específico que se está investigando. Prueba de esto es el modelo de Jackson et al., (2000) y el de James et al., (2002) en los cuales se tienen en cuenta variables diferentes para explicar las conductas mencionadas.

Así mismo, no todas las variables que componen cada uno de los modelos son utilizadas al momento de explicar un comportamiento particular lo que ha llevado a los investigadores a mezclar modelos para encontrar el mejor modelo para explicar las conductas de salud.

También es importante anotar, que los modelos, aunque dan cuenta de variables psicosociales relacionadas con el comportamiento de salud, no establecen parámetros concretos de acción dentro de los programas de prevención y promoción, que permitan promover los factores relacionados con los cambios de las intenciones y/o conductas de salud. Finalmente, los modelos apenas conforman una mínima parte de cualquier programa de prevención y promoción de la salud ya que estos deben tener en cuenta aspectos contextuales de vital importancia para el éxito de los programas tales como las políticas, la evaluación de las características de la población, los diseños ambientales y la integración de diferentes estamentos de la comunidad sobre la que se va a intervenir, tal como lo propone el Centro de

Control de Enfermedades de Atlanta en Estados Unidos (CDC) para la prevención del cáncer de piel (Glanz et al., 2002).

Referencias

Arthey, S. & Clarke, V. A. (1995). Sun tanning and sun protection: A review of the psychological literature. Social Science Medicine, 40(2), 265-274.

Azjen, I. (1991). The theory of planned behavior. Organizacional Behavior and Human Decisión Processes, 50, 179-211.

Bandura, A. (1986). Social fundations of thought and actino: A social cognitive theory. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

Berwick, M. (1998). Sun exposure and cancer risk. In J.Holand (Ed.), Psycho-Onchology (pp. 58-66). New York: Oxfor Press.

Camacho, F. Antiguos y nuevos aspectos de la fotoprotección. 2002. Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Departamento de Dermatología.

Conner, M. & Norman, P. (1998). Health Behavior. In Comprensive clinical psichology (Primera ed., pp. 1-37). UK: Elsevier Science.

Geller, A. C., Coldiz, G., liveria, S., Emmos, K., Jorgensen, C., Aweh, G. N., & Frazier, A. L. (2002). Use of sunscreen, sunburning rates, and tanning bed use among more than 10.000 US children and adolescents . Pediatrics, 109(6) , 1009-114.

Gilchrest, B. A., Eller, M. S., Geller, A. C., & Yaar, M. (1999). The pathogenesis of mela-noma induced by ultraviolet radiation. New England Journal of Medicine, 240, 1241-1348.

Girgis, A. (1997). Prevención del cáncer de piel. In G.Buela-Casal, L. Fernandez-Ríos, & G. T. J. Carrasco (Eds.), Psicología Preventiva (Primera ed., pp. 255-305). Madrid España.

Glanz, K., Saraiya, M., & Wechsler, H. (2002). Guidelines for school programas to prevente skin cancer. Recommendation and Reports, 51, 1-16.

Greenlee, R. T., Murray, T., Bolden, S., & Wingo, P. (2000). Cancer statistics. Cancer Journal for Clinicians, 50, 7-331.

Instituto Nacional de Cancerología. Registro Institucional de cáncer. Instituto Nacional de Cancerología. Año 1999 – 2000. 2001. Santafe de Bogotá, Subdirección General de Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Promoción. Republica de Colombia, Ministerio de Salud.

Jackson, K. M. & Aiken, L. S. (2000). A psycosocial 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), 469-478.

James, A. S., Tripp, M. K., Parcel, G. S., Sweeney, A., & Gritz, E. R. (2002). Psychosocial correlates of sun protective practices of preschool staff toward their studentes. Health Education Research.Theory & Practice., 17(3), 305-314.

Kristjánsson, S., Helgason, Á. R., Mansson-Brahme, E., Widlund-Ivarson, B., & Ullén, H. (2003). 'You and your skin': a short-duration presentation of skin cancer prevention for teenagers. Health Education Research.Theory & Practice., 18(1), 88-99.

McClendon, B. T. & Prentice-Dunn, S. (2001). Reducing skin cancer risk: An intervention based on protection motivation Theory. Journal Health Psychology, 6(3), 321-328.

Montesano, R. & Hall, J. (2001). Enviromental causes of human cancer. European Journal of Cancer, 37, S67-S87.

Neale, R. E. & Green, A. C. (2002). Measuring behavior interventionbs by questionaries and prospective diaries: An example of sunscreen uses. Epidemiology, 13(2), 224-227.

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., & Rossi, J. S. (1994). Stages of change and decision balance for 12 problem behavior. Health Psychology, 13, 39-46.

Rigel, D. S. (2002). Photoprotection: a 21 st century perspective. British Journal of Dermatology, 146, 34-47.

Serra, N. (1994). Fotoproctectores y bronceadores. Actualidad Dermatológica .

Tripp, M. K., Herrmann, N. B., Parcel, G. S., Chamberlain, R. M., & Gritz, E. R. (2000). Sun protection is fun! A skin cancer prevention program for preschols. Journal of School Health, 70(10), 395-401.

Tucker, M. A. & Goldstein, A. N. (2003). Melanoma etiology: where are we? Oncogene, 22, 3042.

Vail-Smith, K., Watson, C. L., Felts, M., Parillo, A. V., Knight, S. M., & Hughes, J. L. (1997). Childhood sun exposure: parental knowledge, attitudes and behavior. Journal of Health Education, 28, 149-155.

EL MALTRATO EN LA INFANCIA

Mª Ángeles Pérez San Gregorio
Antonio Galán Rodríguez

Agustín Martín Rodríguez
Universidad de Sevilla -España-

Introducción

El maltrato infantil constituye uno de los temas en los que la psicología aparece estrechamente unida al ámbito de la Salud. ¿Cuáles son los motivos por los que relacionamos estas dos áreas de estudio con el abuso a la infancia? Son los siguientes:

a) El maltrato a los niños y adolescentes debería constituir uno de los ámbitos de actuación prioritarios para los profesionales de la Psicología Clínica y de la Salud. En efecto, esta experiencia infantil conlleva altos niveles de sufrimiento personal, y en numerosas ocasiones las dificultades que presentan los niños se plasman en entidades diagnósticas clínicamente reconocidas (trastornos de conducta, manifestaciones psicosomáticas, trastornos de ansiedad...). La Psicología Clínica dispone de un amplio bagaje de conceptos y técnicas que pueden ser utilizadas en este ámbito, desde la psicopatología evolutiva hasta las técnicas de entrevista familiar, pasando por la psicopatología de los cuidadores o de la familia en su conjunto. Pero no sólo debemos considerar la capacidad de que dispone esta disciplina para abordar el problema, tenemos que hablar también de responsabilidad, de la obligación de implicarse en la prevención del maltrato, y de intervenir en la reparación de sus efectos patógenos sobre el niño.

b) El maltrato a la infancia constituye un fenómeno extremadamente complejo, donde confluyen elementos sociales, culturales, familiares... y sanitarios. Efectivamente, el maltrato tiene un considerable efecto patógeno sobre el desarrollo del niño, convirtiéndose por tanto en un elemento participante en el surgimiento de alteraciones psicopatológicas infantiles; por otra parte, la violencia y la negligencia ejercidas sobre el niño están en la base de muchas de las alteraciones que presentará el individuo una vez llegado a la edad adulta. Es importante señalar que en este punto estamos considerando dos niveles de análisis; así, atendemos en primer lugar el gran sufrimiento psíquico que lleva aparejada en el niño la vivencia del maltrato; y en segundo lugar, nos estamos remitiendo a la plasmación de esas vivencias en categorías diagnósticas reconocidas, tanto en la propia infancia como en el desarrollo vital posterior. En este sentido, concebimos el maltrato infantil como una experiencia que puede hipotecar el futuro personal del individuo.

En definitiva, consideramos que ante el maltrato infantil se requiere una labor sociosanitaria, y a lo largo de este texto trataremos de desarrollar la forma en que nosotros concebimos el abuso sobre la infancia. Comenzaremos acercándonos a la definición del maltrato, exponiendo más adelante las distintas formas en que puede presentarse; a continuación realizaremos algunas aportaciones en torno a sus consecuencias, tras lo cual abordaremos las intervenciones que pueden ser realizadas en este ámbito.

Hacia una definición de maltrato

En estos momentos de la exposición se hace necesario ir más allá del concepto intuitivo de maltrato infantil, y empezar a profundizar en torno a su definición, límites e interrogantes. Nosotros definimos el maltrato a la infancia como aquellas acciones u omisiones, respecto a un niño o adolescente, que entorpecen gravemente su normal desarrollo biológico, psicológico y/o social. Ésta es una definición elaborada especialmente desde la óptica de los psicólogos clínicos que trabajan con niños maltratados dentro de su entorno familiar.

Una de las razones por las que hemos expuesto esta definición es que nos confronta con una de las principales dificultades en este ámbito: resulta muy difícil establecer los límites entre un comportamiento anómalo y un maltrato. Así, resulta evidente que si un padre golpea a un hijo hasta el punto de causarle graves heridas, nos encontramos ante un caso de maltrato infantil. Pero hasta llegar a esta conducta extrema, atravesamos un largo "continuum" entre la normalidad y el maltrato, y los límites entre uno y otro son difusos. Realmente podemos establecer unos estándares de "buena calidad" en el cuidado del niño, como un ideal al que realmente pocos padres podrán ajustarse; lo que no resulta fácil determinar es cuándo el alejamiento de ese modelo de conducta comienza a convertirse en un maltrato. Pero no se trata tan sólo de la gravedad o contundencia de la conducta de los padres, porque también hay que considerar el contexto en el que aparece la conducta, el grado de intencionalidad... Pensemos, por ejemplo, en una consulta infantil de Salud Mental; en muchos casos el profesional establecerá una relación entre la conducta de los padres y la aparición de las manifestaciones psicopatológicas de los niños-pacientes, pero pocas veces se utilizará la etiqueta de "maltrato infantil" para describir estas situaciones. En estos casos, y partiendo de que no exista un peligro vital para el niño, el profesional no pensará en el maltrato porque los padres reconocen (al menos parcialmente) las dificultades y buscan una solución.

Quizá sea por esta dificultad para definir de una manera operativa el concepto de maltrato por lo que muchos profesionales prefieren recurrir a otros términos que tienen una connotación legal, como "desamparo" o "desprotección". Otra "trampa" a la que nos abocan las dificultades para delimitar el concepto es la de definir el maltrato como la situación en la que las instituciones pueden y deben realizar una intervención de protección sobre el niño. Además de poco rigurosa, es una definición falsa, porque resulta tautológica ("es maltrato sólo lo que puedo tratar como maltrato"). A pesar de esto, y aunque no se quiera reconocer explícitamente, esta forma de entender el abuso sobre la infancia está muy presente en los ámbitos asistenciales. El motivo se halla en su carácter operativo; en efecto, de poco sirve calificar una situación como "maltrato" si no existen recursos legales, técnicos o materiales que permitan subsanarla. Pero además, esta definición falsa tiene otro problema: su complacencia. En efecto, si sólo consideramos maltrato a aquellas situaciones en las que podemos realizar una intervención, corremos el riesgo de perder la necesaria actitud crítica frente a las instituciones (que deberían proveer de los recursos necesarios) y frente a nosotros mismos (que tendríamos que delimitar los conceptos con los que desarrollamos nuestra labor).

Algunas de estas ideas podrán ser mejor entendidas tras la exposición de un caso.

Viñeta clínica 1. Germán es un adolescente de 13 años; hijo primogénito, sufre las limitaciones psicológicas de cada uno de sus padres, y los intensos conflictos conyugales entre estos; su madre presenta un serio trastorno de la personalidad, y su padre sufre un cuadro depresivo de larga evolución. La relación entre ellos ha estado marcada por la existencia de serias disputas, en las que han intervenido expulsiones del domicilio familiar, acusaciones mutuas de maltrato y separaciones prolongadas. Germán ha mantenido siempre una relación sumamente estrecha con su madre, hasta el punto de que resulta difícil encontrar en él rasgos de individualidad; esto tiene un claro reflejo en su vida social: es un chico aislado, percibido como infantil, perseguido y agredido por sus compañeros de escuela, y francamente incompetente en las relaciones con los iguales. Cuando los servicios de protección a la infancia conocieron esta situación, apreciaron la gravedad del estado psíquico del niño, y la relación de esta situación con las características y conductas de los padres. El fracaso de distintos terapeutas mostraba la extremada dificultad de lograr cambios en las relaciones familiares. Se hacía necesario forzar una salida de Germán de este clima familiar tan enrarecido. La opción más

deseable era que unos familiares del padre se hiciesen cargo de Germán, pero no podían asumir esa responsabilidad. Entonces se cuestionó el ingreso del muchacho en un centro de acogida, pero las dificultades eran importantes: la separación supondría la ruptura de una relación fusional con la madre y además, Germán no disponía de los recursos personales que le permitieran adaptarse a un recurso residencial. Es decir, el muchacho debía salir de casa pero no se disponía del lugar adecuado al que enviarle. Ni tan siquiera se cumplían las condiciones básicas para abordar una terapia familiar con unas condiciones mínimas de éxito. En esta situación, los profesionales decidieron el archivo del caso.

Podemos finalizar este apartado señalando cuánto queda por hacer para lograr una definición del maltrato infantil que resulte científicamente válida y técnicamente operativa para los profesionales que trabajan en este ámbito.

Las formas de maltrato

La clasificación más habitual de las formas de maltrato infantil suele distinguir cuatro grandes grupos: el maltrato físico, la negligencia/abandono, el maltrato psicológico, y el abuso sexual. La casuística que puede establecerse dentro de cada uno de estos grupos puede ser interminable; por ello, nos limitaremos a ofrecer una breve descripción y ejemplificaremos alguna de las categorías con una breve viñeta clínica.

El maltrato físico

En este tipo de maltrato se produce, de una manera no accidental, un daño físico al niño. Inicialmente puede ser la forma de maltrato más visible, en cuanto que tiende a dejar señales físicas (hematomas, contusiones, fracturas...), perfectamente descritas en el ámbito forense. No obstante, el efecto negativo sobre el niño no está sólo en el daño físico; en efecto, la violencia crea un clima de inseguridad, indefensión e incertidumbre, cuyos efectos sobre el niño pueden ser igualmente dramáticos.

Las agresiones a un niño pueden aparecer de forma puntual, en momentos de crisis familiar; en esas circunstancias, las barreras que protegen a los niños de la violencia de sus padres no son efectivas. Pero otras veces, la violencia forma parte de la familia; en estos casos, los padres no cuentan con mecanismos que les permitan descargar su agresividad dejando al margen a sus hijos; en otras ocasiones el motivo es la falta de un lazo de apego con el hijo, o el hecho de que la estructura de personalidad de los padres les impidan percibir al hijo como un ser humano que puede sufrir. Para conocer los motivos por los que se produce el maltrato, y las posibilidades de cambio, se hace necesario un estudio detenido de los aspectos patológicos de la dinámica familiar y del padre maltratador. Pero también debemos tener en cuenta que cuando un padre golpea a su hijo, debemos plantearnos por qué el otro progenitor es incapaz de proteger al niño.

La negligencia y el abandono

En el maltrato como negligencia, los padres presentan comportamientos que implican una omisión o una insuficiencia del cuidado que precisan sus hijos. Estamos hablando de aquellos niños que no están bien alimentados, que no reciben la atención y estimulación que requieren, que no disfrutan de un estilo de vida lo suficientemente estructurado (horarios, cuidadores de referencia...), etc. Obviamente en este punto surge la duda de cómo considerar las situaciones en las que los padres no disponen de recursos económicos para sostener a sus hijos, especialmente en aquellos países o comunidades muy desfavorecidas; en efecto, acusar sin más a estas familias de negligentes supondría incrementar aún más la injusticia (histórica y social) que sufren. Quizá por ello deberíamos añadir a la definición que el sufrimiento que experimenta el niño hubiera podido ser evitado por los padres. A pesar de todo, consideramos que el concepto de "negligencia" está muy asociado a las sociedades del bienestar; en ellas, la negligencia suele estar ligada no a la pobreza en sí, sino a la desestructuración interna de las familias. En efecto, en los países económicamente desarrollados, la negligencia aparece unida casi siempre a grupos familiares donde se encuentran dos problemáticas básicas:

-los padres no han llegado a establecer un firme lazo de apego con sus hijos, lo que suele aparecer relacionado con dificultades personales de los adultos (depresión, toxicomanía, trastornos mentales graves...).

-se ha producido una transmisión intergeneracional de una forma precaria de cuidar a los hijos; nos referimos a padres que no han tenido la experiencia de ser cuidados y queridos, y que por ello tendrán dificultades para proveer los cuidados y el afecto consistentes que un niño requiere.

En este sentido, resulta muy valioso el trabajo realizado por uno de los más destacados terapeutas familiares, Salvador Minuchin. Al trabajar con familias desfavorecidas de Nueva York, comprobó que existían importantes similitudes en la organización familiar de las familias marginales de países muy diferentes. Se refería a un estilo de vida desorganizado, en el que la asignación de roles dentro de la familia es deficiente, donde los niños no están ajustados a horarios coherentes, o donde se prima la acción sobre la reflexión. De esta forma, se establece un círculo vicioso entre las limitaciones materiales y un estilo de vida que tiende a perpetuar la falta de recursos económicos (Minuchin, Colapinto y Minuchin, 2000). En la actualidad, existe cierto consenso en denominarlas "familias multiproblemáticas", refiriéndose con ello a familias de baja extracción socioeconómica pero en donde también se da una forma peculiar de relación (anómala) entre sus miembros, y con el entorno social (Coletti y Linares, 1997).

El caso extremo de la negligencia es el abandono, en donde los padres renuncian al cuidado de su hijo. El contexto en el que se produce este abandono puede ser muy diverso. Un ejemplo paradigmático es el de las madres solteras que renuncian a su hijo por las dificultades que implica su maternidad (mantener económicamente al niño, sufrir el estigma social...); estos abandonos suelen dejar una dolorosa e imborrable huella en las madres. En otras ocasiones, ceder un niño a sus abuelos es la forma que tiene la madre de que se le tolere abandonar el hogar familiar; sin esta "fianza" no se le permitiría irse sin sufrir un gran sentimiento de culpabilidad.

En líneas generales la reacción automática de los espectadores de estas situaciones de abandono es juzgar y condenar a los padres. Es por ello por lo que los profesionales debemos hacer un gran esfuerzo de comprensión para poder acoger la angustia que suele acompañar a algunos abandonos.

Viñeta clínica 2. Nicolás es un bebé de dos meses; los médicos acaban de confirmar que padece una extraña enfermedad de carácter congénito. Su pronóstico de vida es incierto; puede sobrevivir varios días o algunos años, aunque sería extraño que superara los diez años de vida. Al conocer el diagnóstico, los padres se niegan a llevarse al niño a casa, planteando que no pueden hacerse cargo de su cuidado. Diversos profesionales emiten juicios negativos respecto a los padres, alegando que las necesidades de cuidado del bebé son perfectamente asumibles por cualquier familia. Pero cuando se puede abordar las vivencias de la familia en torno a este niño, lo que se encuentra no es rechazo sino miedo: el temor a no ser lo suficientemente fuertes como para acompañar a un niño en el curso de su enfermedad terminal. Pero también debilidad, el no sentirse fuerte para tomar las decisiones en las que está en juego la vida de su hijo. La angustia que están sufriendo les aboca a buscarse (para ellos mismos y para los profesionales) excusas que justifiquen la negativa a hacerse cargo de su hijo.

El maltrato psicológico

En esta forma de maltrato nos encontramos con que la relación de los padres con sus hijos está marcada por el rechazo, el desprecio, las críticas, las amenazas de abandono o la falta de respuesta o contacto ante las demandas del niño. Probablemente éste sea el tipo de maltrato más difícil de identificar; en efecto, la sutileza de algunas formas de relación con los hijos, y el carácter privado de la vida familiar, hacen difícil determinar si está presente. Lo que suele ser percibido por el entorno son las consecuencias del maltrato; en algunos casos se trata de conductas de pasividad e inhibición (retraimiento, ánimo deprimido, baja autoestima) y en otras de confrontación con el entorno (agresividad, fugas de casa, comportamiento antisocial). El reto de los profesionales estará en relacionar estas manifestaciones con una conducta maltratante de los padres.

El abuso sexual.

*E*n este caso nos encontramos con que el adulto mantiene alguna clase de contacto sexual con el niño, aprovechándose así de la falta de simetría que existe entre ambos; efectivamente, el adulto tiene más poder, conocimientos y posibilidades de gratificación en esa relación. En este punto partimos de la firme idea de que no existe relación sexual apropiada entre un niño y un adulto, y de que si se producen contactos sexuales entre ambos, la responsabilidad es del adulto.

En el abuso sexual normalmente existe una fase de seducción previa a los contactos sexuales propiamente dichos; a su vez, estos suelen incluir un proceso gradual y progresivo. El abuso se mantiene en el tiempo porque el abusador le da una gran importancia al secreto, y para mantenerlo hace uso de las lealtades familiares y del temor que el niño tiene al castigo o al abandono. En estos casos, y al igual que con el maltrato físico, hay que plantearse qué ha fallado en el padre no abusador para que no proteja de manera efectiva a sus hijos; en estos casos es frecuente encontrar madres para quienes internamente prima mantener su relación conyugal frente a ser madres; en otras ocasiones, las madres están inmersas en su papel de víctimas de la violencia de su marido; finalmente, encontramos casos en los que las madres han interiorizado los mismos valores abusivos que sus parejas.

Centrándonos en el ámbito de la familia, el abuso sexual suele presentarse en distintos contextos, si bien suelen aparecer combinaciones entre ellos.

Destacaríamos los siguientes:

-el abuso sexual puede aparecer en el marco de una perversión sexual del padre; en este sentido, nos encontraríamos ante un paidófilo que además, no ha desarrollado las barreras naturales que impiden convertir al hijo en un objeto sexual.

-en ocasiones nos encontramos con padres que hacen un uso psicopático de su familia; nos referimos a personas para quienes los hijos son instrumentos que pueden ser utilizados para el propio placer.

-algunos padres se han socializado en contextos donde no se incluyó la prohibición del incesto (o incluso se alentó); esto puede aparecer en algunas familias muy desestructuradas, donde los límites entre las generaciones no están claros y existe confusión entre intimidad y sexualidad (o incluso entre cercanía o contacto físico, y erotismo).

-a veces el abuso sexual es el resultado de conflictos conyugales; así, es posible que un padre busque en la intimidad (sexualizada) con su hijo la calidez afectiva que no puede encontrar en su cónyuge; de la misma manera, puede que a través de una relación sexual abusiva con el hijo descargue la agresividad que realmente se querría dirigir a la pareja.

Otras formas de maltrato.

Los cambios sociales están imponiendo la presencia de nuevas formas de maltrato; no obstante muchas de ellas no son sino concreciones socialmente relevantes de formas de maltrato que ya quedan recogidas en la clasificación que acabamos de exponer. Por esa relevancia social de la que hablamos, puede resultar interesante explicitar algunas de ellas.

La lucha entre los padres separados

Cada vez son más frecuentes las situaciones en las que padres separados se dirigen acusaciones mutuas de maltrato. En estos casos, el hijo es convertido en un arma arrojadiza mediante la cual los ex cónyuges mantienen abierta una guerra que no finalizó con su separación matrimonial. Es habitual que ambos se muestren firmemente convencidos de que su ex cónyuge ejerce un efecto muy negativo sobre el hijo común; con frecuencia se refieren a situaciones de escasa relevancia, o al producto de diferentes sistemas de valores (por ejemplo, que un padre no acepte que su ex cónyuge imponga poca disciplina al hijo). Cada uno de ellos valora la conducta del otro como claramente inapropiada, presentando agrias recriminaciones en las que no se deja espacio para la duda. De fondo, encontramos una relación emocional que aún no se ha roto; tras la repetida afirmación de que "sólo quiero que me deje en paz", subyace una adherencia afectiva con el ex cónyuge, en la que el odio parece poder unir tanto como el amor.

Pero más allá de las acusaciones de maltrato, son múltiples las formas en que los padres separados pueden colocar al hijo común en una situación muy dañina desde un punto de vista psicológico. Como ejemplo podemos citar el cada vez más conocido Síndrome de Alienación Parental (SAP), descrito por Richard Gardner (1992); en este trastorno el progenitor que cuida del niño lleva a cabo un persistente trabajo de adoctrinamiento sobre el hijo, cuyo objetivo es que éste rechace al padre no custodio. De esta manera el niño se ve inmerso en un contexto de perpetua descalificación de uno de sus padres por parte del otro, viéndose enfrentando a intensos conflictos de lealtad y posiblemente a la pérdida de una de sus referencias afectivas básicas (Aguilar, 2004).

Viñeta clínica 3. Gustavo es un chico de diez años, con tres hermanas menores que él. Hace un año su madre abandonó con todos sus hijos el domicilio familiar, alegando la existencia de malos tratos hacia ella. Más tarde, el padre denunció a la madre por cuidado negligente hacia los hijos, y por maltrato físico hacia Gustavo; cuando la madre planteó su visión de la situación, existía un estrechísimo paralelismo entre las quejas de ambos excónyuges: se lanzaban las mismas acusaciones uno a otro. El principal campo de batalla en el que se dirimía la guerra entre ellos era Gustavo; y así, los dibujos e historias que elabora en las entrevistas giraban repetidamente en torno a competiciones (carreras de coches, partidos de fútbol) en las que un contrincante conseguía derrotar a otro: tal como podía ser interpretada la relación entre sus padres. Pero en estos momentos, y en consonancia con su nivel evolutivo, no era un mero espectador, sino que actuaba en función de lo que se esperaba de él; y así, provocaba a la madre para ser agredido por ella, se ocasionaba heridas para acudir al médico o a la Policía... Pero desde nuestro punto de vista, el elemento más dañino de esta situación era la negación que ambos padres hacían de las vivencias de Gustavo. En efecto, cada uno de ellos negaba que su hijo pudiera querer al ex cónyuge, y cuando el muchacho manifestaba afecto por el padre ausente, su conducta era considerada el resultado de una manipulación. Mientras, Gustavo asistía impasible a esos comentarios que descalifican sus vivencias, limitándose a manifestaciones esporádicas de rabia cuya motivación los padres no entendían.

Los trastornos del comportamiento en la adolescencia

En muchas ocasiones los padres de adolescentes reclaman una solución al grave deterioro que se ha producido en la convivencia familiar, planteando como elemento determinante de su petición los problemas de conducta que presenta su hijo. Así, acusan al adolescente de que no respeta la jerarquía familiar y, en los casos más graves, de que se muestra violento ante los propios padres; al mismo tiempo, esa falta de ajuste a las normas de la familia se ve acompañada de conflictos fuera del hogar (insubordinación en la escuela, pequeños robos, peleas con otros muchachos...). En algunas ocasiones, los padres llegan a renunciar al cuidado de su hijo.

Estas situaciones nos están confrontando con las limitaciones de los conceptos que utilizamos en la atención a la infancia maltratada. Así, cuando un muchacho establece una relación de poder sobre sus padres, ¿estamos ante una situación de maltrato a la infancia? Desde la visión habitual del maltrato infantil se presupone una relación de verdugo-víctima, ocupando los adultos el primero de los papeles, y los niños el segundo. De esta manera, un adolescente que se exime a sí mismo de la autoridad de sus padres, y que se muestra desafiante con ellos, no estaría desprotegido.

Desde nuestro punto de vista, la única manera de considerar las situaciones que nos ocupan como vivencias de desprotección, es situarse en una perspectiva de necesidades evolutivas. En efecto, en el momento del nacimiento son los padres quienes asumen de una manera auxiliar todas las funciones vitales del niño, encargándose ellos de regular su funcionamiento biológico, psicológico y social. De esta manera, el crecimiento comporta un progresivo trasvase de autonomía,

proceso en el que el niño debe ir haciéndose cargo de cada una de las áreas de funcionamiento vital. Y una de esas funciones que provisionalmente deben ejercer los padres en los primeros años de vida de su hijo es la de contención, la de control de sus sentimientos y de sus conductas; y por ello, el crecimiento va a suponer la progresiva conquista de autocontención, del saber ajustarse a normas, de poder controlar los sentimientos de rabia hacia uno mismo y hacia los demás, de manejar la tristeza y la alegría, de mantenerse constante en la ejecución de las tareas... En definitiva, de hacerse responsable de una dirección ajustada y sana de la propia vida. La adolescencia es un momento clave en esta transición; en esta fase del desarrollo, el muchacho se enfrenta a explosiones de sentimientos para cuyo dominio necesitará una combinación de recursos familiares y personales. En los casos de adolescentes con problemas de conducta frecuentemente asistimos precisamente a esa ausencia de capacidad de contención: el muchacho no sabe regular su conducta y sentimientos, y el entorno familiar no puede proveerle de manera auxiliar de ella. Por tanto, estaríamos ante una necesidad evolutiva no cubierta. Quizá se deba a esta dicotomía entre ser víctima (de una historia evolutiva y familiar inapropiada) y ser agresor (de unos padres ya indefensos) que en ocasiones se hable de estos muchachos como "victiagresores".

Los efectos del maltrato

Planteábamos en la introducción que el maltrato constituye un factor patógeno en el desarrollo del individuo. Ésta es una idea fácilmente comprensible, porque no cuesta entender que algunas formas de violencia o de abandono de un niño puedan traducirse en el desarrollo de un trastorno mental. No obstante, a la hora de establecer estas relaciones, contando con las debidas garantías de un trabajo científico, nos encontramos con dificultades. Las razones son varias:

a) Es difícil realizar un diagnóstico psicopatológico en la infancia y en la adolescencia. Entre otras causas debemos señalar que las clasificaciones de trastornos mentales más reconocidas a nivel internacional (la DSM-IV, elaborada por la American Psychiatric Association, y la CIE-10, creada por la Organización Mundial de la Salud) presentan serias deficiencias en lo referente al diagnóstico infantil (Doménech y Ezpeleta, 1995). Por ésta y por otras razones, nos encontraremos que utilizamos, más que etiquetas diagnósticas, indicadores psicopatológicos variados, polivalentes y cambiantes.

b) En el ámbito psicopatológico resulta difícil ligar de una manera clara y unívoca una influencia determinada en la infancia con un trastorno psicopatológico en la edad adulta. A un nivel intuitivo, y más aún en un entorno clínico y/o psicoterapéutico, resulta más sencillo establecer esos nexos. En un ámbito investigador, esta labor es más dificultosa, pero existen serias evidencias que apoyan esa relación. Podemos mencionar, por ejemplo, el ámbito de los trastornos de la personalidad, donde existe cierto consenso en torno a que experiencias de maltrato y abuso juegan un papel importante en el desarrollo de algunos cuadros psicopatológicos (Millon y Davis, 2001). Pensemos, por ejemplo, en el caso del trastorno antisocial de la personalidad, caracterizado por un patrón de conducta en el que el desprecio y la violación de los derechos de los demás es la norma; los niños que sufren negligencia, hostilidad o abusos, y que no reciben respuestas comprensivas ante sus sentimientos, aprenderán que el mundo es un lugar hostil y peligroso, y no sabrán ponerse en el lugar del otro; pero además, el hecho de verse expuestos a la agresividad brutal y arbitraria de sus padres, generará un importante resentimiento y una necesidad de huir del control que los demás ejercen sobre uno; de esta manera, existe una gran probabilidad de que se desarrolle una personalidad antisocial. También podemos considerar el trastorno límite de la personalidad; la persona que lo sufre presenta una extrema inestabilidad (en las emociones, en las relaciones interpersonales y en la imagen de

sí misma), y una gran impulsividad; este trastorno se ha ligado repetidamente a vivencias traumáticas en la infancia, entre las que se incluyen el abandono y el abuso sexual.

No obstante, no podemos continuar sin advertir que no estamos planteando que el maltrato sea "el" factor patógeno de estos trastornos, sino que es "un" elemento MÁS dentro de una serie etiológica que desembocará en la patología mental.

Por otra parte, no podemos avanzar sin reflejar las opiniones que cuestionan estos planteamientos, es decir, las de quienes niegan ese carácter pernicioso del maltrato. Ésta es una idea popular, que podemos encontrar con facilidad en nuestro entorno cotidiano. En efecto, no resulta raro oír a alguien decir que él fue golpeado, descuidado o rudamente castigado, y que no percibe un efecto negativo de esas experiencias; y no sólo eso, también es posible que llegue incluso a formular una interpretación positiva de las prácticas educativas que recibió ("gracias a ello soy más fuerte"). Una contundente respuesta a esta objeción ha sido formulada por la autora alemana Alice Miller (1985, 1998, 2000). En los últimos años, sus obras han adquirido cierta relevancia, tanto en ámbitos profesionales como en el del público en general. En algunos de sus títulos más conocidos, como "Por tu propio bien. Raíces de la violencia en la educación del niño" o "El origen del odio", Miller ha alertado precisamente sobre el peligro de normalizar las experiencias anómalas de crianza. Esta autora, en obras como "El saber proscrito", realiza un fino análisis de las interacciones que los adultos mantenemos con los niños, y de esta manera nos muestra cuán frecuentemente actuamos sin acercarnos a la realidad interna de nuestros hijos; el resultado son vivencias de sufrimiento infantil. De esta manera, la frontera entre una conducta parental normal y lo que designamos como "maltrato" se hace muy tenue.

Lo curioso es que estos padres "insensibles" (que somos todos nosotros) han vivido esas mismas situaciones en su infancia, de modo que reproducen (de forma activa) las experiencias que en la infancia fueron sufridas (de forma pasiva). Tras esta transmisión de las experiencias de una generación a otra, subyace un potente mecanismo de defensa: la negación (de los sucesos vividos, o de la experiencia emocional que los acompañó).

Las implicaciones de estos fenómenos sobre los que nos alerta Miller son diversos y de gran relevancia. En primer lugar, nos están indicando que muy posiblemente el maltrato adquiera una mayor dimensión de la que inicialmente le atribuimos; en efecto, en cuanto experiencia que tendemos a negar, las cifras reales siempre serán mayores de lo que una primera aproximación nos ofrezca. Pero el peor efecto de la negación podría ser lo que se conoce como "transmisión intergeneracional del maltrato". Resulta un hecho indiscutible que muchos maltratadores han sido víctimas de maltrato; es por ello por lo que se habla de una transmisión de generación a generación de patrones anómalos de relación con los hijos; las explicaciones han sido diversas, apelando a patrones de aprendizaje (el niño aprende de sus padres la forma de educar a un niño) o a los procesos de ligazón afectiva (la forma en que nos vinculamos de niños se convierte en nuestro prototipo de apego, por lo que lo repetiremos con nuestros hijos). Esta evidencia constituye uno de los principales motivos por los que resulta necesario intervenir sobre el niño maltratado, porque las probabilidades de que en el futuro se convierta en un padre abusivo son más altas que en la población general.

No obstante, debemos advertir que no existe una correspondencia lineal entre sufrir maltrato y convertirse en maltratador; no estamos hablando de una sentencia a la que el individuo no pueda escapar; son muchos los casos de personas que han

sufrido severos maltratos durante la infancia, y que a pesar de ello logran tener una relación sana y satisfactoria con sus hijos.

De la misma manera, debemos considerar el hecho de que incluso viviendo las situaciones más dramáticas, un niño puede desarrollarse de una manera sana. Esta idea goza en la actualidad de un renovado reconocimiento gracias a la popularización del concepto de "resiliencia". Este término, divulgado por Boris Cyrulnik (2002, 2003) en obras con gran difusión, como "Los patitos feos" y "El murmullo de los fantasmas", nos remite a la capacidad de los niños para conservar su integridad física, psíquica y emocional a pesar de vivir experiencias dramáticas. Este concepto recoge la realidad de niños que se desarrollan en contextos claramente patógenos pero que logran un desarrollo relativamente sano; entendemos que este tipo de desarrollo implica desprenderse de patrones de relación que ya no serán hechos propios en la edad adulta.

No obstante, no podemos renunciar a explorar qué mecanismos psicológicos son los que hacen que determinados niños maltratados hagan suyos estos patrones de relación y los reproduzcan cuando se convierten en padres. Como ilustraciones de las aportaciones que se han realizado en este ámbito, nos gustaría exponer dos; la primera cuenta con un largo recorrido histórico, y la segunda supone una formulación relativamente reciente.

-La identificación con el agresor. La idea básica de este concepto es la de que un individuo expuesto a una situación de dependencia y agresión, puede llegar a asumir los valores de la persona que le maltrata. Éste es un concepto propuesto inicialmente por el psicoanalista húngaro Sandor Ferenczi, y más tarde popularizado por la también psicoanalista Anna Freud. De su éxito da cuenta el hecho de que algunas de sus formas (como el "Síndrome de Estocolmo") formen ya parte del lenguaje popular. Por otra parte, aunque el concepto haya surgido dentro de un marco teórico muy concreto (el psicoanalítico), estamos ante un fenómeno psicológico que puede ser explicado desde muchas de las teorías sobre las relaciones humanas. Por ejemplo, desde las teorías del comportamiento se habla de un proceso de aprendizaje de formas de relación. La realidad incuestionable es que un proceso humano muy básico y generalizado es el de que la víctima puede llegar a asumir los valores de quien le maltrata (Frankel, 2002).

-Una de las aportaciones teóricas más importantes para entender el desarrollo emocional del ser humano es la teoría del apego. En realidad se trata de una corriente teórica con cierto recorrido histórico; en efecto, parte de las limitaciones que un autor inglés llamado John Bowlby percibió en el Psicoanálisis; así, Bowlby consideraba que no se podía entender al ser humano analizando exclusivamente su evolución psicosexual; de esta manera, propuso que uno de los sistemas de motivación básicos del individuo es el apego, es decir, la tendencia a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular. De esta manera, el niño no se ligaría a su madre sólo porque ésta le proporciona alimentos o estimulación sensorial: el bebé necesita a su madre por el contacto con ella en sí mismo. Pues bien, ¿qué aportación ha realizado la teoría del apego a la comprensión de la transmisión intergeneracional del maltrato? Para entenderlo, debemos considerar que la teoría del apego ha evolucionado desde las formulaciones originales, hasta convertirse en un punto de encuentro entre el Psicoanálisis, la Psicología Cognitiva y las Neurociencias (Marrone, 2001). Desde los conocimientos que le proporcionan este nexo, se plantea que los seres humanos almacenamos la información en nuestro sistema nervioso en función del tipo de procesamiento al que sometamos nuestras experiencias. Existirían al menos dos grandes tipos de procesamiento: el episódico (guardar un registro de los hechos tal como son percibidos) y el semántico (acumular el significado de los eventos). Lo que se plantea es que las vivencias traumáticas sólo pueden ser superadas cuando se liga el recuerdo

episódico con el semántico; es decir, que si recordamos un suceso pero lo desvinculamos del afecto que le acompañaba, la vivencia traumática persistirá. De esta manera podemos entender a una persona que diga "Mi infancia fue terrible, pero eso no me afectó en nada". Los teóricos del apego sostienen que son estas personas las que repetirán los patrones de maltrato, porque no han llegado a depurar (emocionalmente) sus experiencias traumáticas. Finalmente, desde este marco teórico se ofrece un mecanismo protector respecto al maltrato; cuando un padre maltrata a su hijo, es fácil que éste asuma como propios los valores y conductas del maltratador, puesto que el niño no dispone de la perspectiva suficiente como para establecer una distancia con el patrón de relación que impone el adulto. Por ello, la existencia de "un tercero", una otra persona, que arroje una sombra de duda sobre la legitimidad de la conducta del maltratador, puede tener un efecto determinante para que el niño no asuma los valores de quien le maltrata; esa tercera persona puede ser el otro padre, un educador, un hermano mayor, un igual con cierto ascendiente sobre el niño... De esta manera, los teóricos del apego están enfatizando la responsabilidad que debe asumir cualquier adulto frente a los niños y adolescentes que le rodean.

Las intervenciones

La protección frente al maltrato implica realizar numerosas acciones a muchos niveles. Considerando que aquí debemos limitarnos a presentar un breve esbozo de dichas intervenciones, podríamos ofrecer una sistematización que las agrupa en cinco ámbitos:

El desarrollo de una cultura protectora

Estamos hablando de la prevención primaria del maltrato, de la creación de un clima social y cultural que incorpore dentro de sí los valores, las prácticas y las condiciones que impidan el sufrimiento de su infancia. Entre otras cosas, esto implica el educar en valores a toda la población, incluyendo a los niños; en efecto, estos últimos deben conocer cuáles son sus derechos, cómo hacer uso de ellos, y cómo reclamar su protección. Pero serán los padres los destinatarios principales de cualquier acción; es necesario que asuman el carácter autónomo del niño, que desarrollen la sensibilidad a las necesidades de sus hijos, y que adquieran las habilidades personales para satisfacer aquéllas. Y desde una óptica menos "optimista" en torno al funcionamiento de una familia, podemos plantear la necesidad de incorporar ciertas prohibiciones, censuras y tabúes en la vida familiar; en efecto, la sociedad sanciona ciertas prácticas con la infancia, y la familia como grupo debe incorporar esa prohibición; en muchas ocasiones, serán las instituciones que protegen a la infancia las que instauren las prohibiciones dentro de la familia; es decir, que a través de la supervisión del estado de los hijos, hagan presente ante los padres la norma que debe regir el cuidado de los niños.

Son muchos los programas desarrollados para implantar esta cultura protectora; podemos mencionar como ejemplo una iniciativa que se ha extendido recientemente por algunos países hispanoamericanos: la de "vacunar contra el maltrato"; dentro de estas campañas, se busca que los niños creen una sensibilidad

social frente al abuso a la infancia, utilizando para ello el acto simbólico de "vacunar" a los adultos contra las actitudes perniciosas para los niños.

b) La implantación de sistemas de protección precoz ante el posible desarrollo de conductas de maltrato

Pasamos aquí a una prevención secundaria, es decir, la dirigida a prevenir el maltrato en aquellos grupos donde existe un riesgo especial (por ejemplo, en entornos de familias multiproblemáticas, de madres con sobrecargas familiares...). Para realizar estas acciones es necesario que los agentes sociales identifiquen poblaciones de riesgo y que creen dispositivos y herramientas para intervenir sobre ellas. A las acciones que se realizan para lograr este objetivo se les suele denominar "Programas de apoyo a la familia". Son muy numerosos los programas que han sido desarrollados desde esta perspectiva. Como ejemplo ilustrativo podríamos mencionar uno de los más extendidos y exitosos, el NEWPIN; este nombre es un acrónico que significa "nueva red padres hijos" (New Parent Infant Network); nació en el Reino Unido, y su objetivo es trabajar con padres que sufren depresión, se encuentran aislados o muestran problemas para ejercer su rol parental de una forma adecuada; a través de una red de centros, proporciona grupos de apoyo, asesoramiento individual, y terapia de grupo para los progenitores, además de un servicio de guardería para los niños.

c) La creación de un sistema de identificación y notificación del maltrato

A pesar de los esfuerzos preventivos, en muchas ocasiones el maltrato será una realidad consumada. La prioridad en estos casos es facilitar la identificación de los casos y su rápida derivación a los servicios profesionales que deban intervenir. Esto implica que las personas que rodeen al niño hayan desarrollado las habilidades necesarias para identificar los indicadores de maltrato; a su vez, esto demanda un trabajo de formación, tanto para la población en general, como para los profesionales que pueden acceder al niño. Tratar de desarrollar este punto implica que los ciudadanos conozcan los derechos de la infancia y que sepan a quién recurrir para comunicar las situaciones de maltrato; en este sentido, la formación de los líderes de la comunidad puede ser una labor de gran eficacia. Un servicio que cuenta con gran reconocimiento en algunos países es el de los teléfonos de ayuda; son números de teléfono a los que se puede llamar para consultar y comunicar en torno a las situaciones que nos ocupan. Pero no podemos olvidar la formación de los profesionales; un niño maltratado desarrollará su vida junto a médicos, profesores, policías, trabajadores sociales..., cualquiera de los cuales puede ser el primero en encontrarse ante los indicadores de maltrato; de ahí la importancia de que conozcan estos indicadores y los procedimientos para hacer llegar la información a los servicios de protección a la infancia.

d) El desarrollo de servicios efectivos de valoración de la infancia maltratada

Cualquier sociedad que desee proteger a su infancia debe contar con servicios encargados específicamente de velar por ella. No obstante, la labor que deben realizar resulta extremadamente difícil. Entre los obstáculos que se encontrarán los profesionales en su labor cotidiana se hallan los siguientes:

-uno de los grandes desafíos es el de desentrañar las dinámicas familiares en las que se desarrolla el maltrato; estamos hablando de penetrar en un espacio privado (la intimidad familiar) al mismo tiempo que se lucha contra las resistencias que pondrá la familia; en efecto, es fácil que ésta se sienta cuestionada y atacada, y que responda con negaciones, mentiras, amenazas...

-el profesional debe saber que su investigación no es aséptica: tanto durante la fase de estudio como en la de intervención se corre el riesgo de que, al intentar proteger al niño, en realidad se le esté causando un daño.

-en muchos casos resulta muy difícil determinar si las dificultades que vive el niño realmente son debidas a experiencias de maltrato.

-frecuentemente el profesional debe luchar con sus propias emociones; el contacto con el sufrimiento de la infancia genera un intenso malestar en quien lo observa, y los sentimientos que aparecen en el profesional pueden resultar dolorosos. Incluso las medidas de protección (por ejemplo, alejar al niño de sus padres) resultan de por sí perturbadoras (para el niño, la familia y el profesional).

e) La acción efectiva de sistemas de intervención con los niños maltratados y con sus familias

Una vez que se ha constatado la existencia del maltrato, se hace necesario realizar una intervención efectiva que proteja al niño. Los casos más difíciles son aquellos en los que se debe provocar una separación del niño respecto a su familia. El abanico de opciones es amplio, desde la institucionalización en un centro de acogida, hasta el acogimiento por parte de una familia (voluntaria o profesional); en medio, se encontrarían otros recursos como los pisos de acogida, o el acogimiento con la familia extensa (abuelos, tíos...).

Pero nunca se debe descuidar el trabajo con los padres; estar con estos es un derecho del niño, lo que obliga a los profesionales a luchar por la restauración de la familia. Esta labor debe hacerse tanto si el niño permanece con ellos como si ha sido necesario una separación del hogar familiar; en este último caso, se debe trabajar para lograr una reintegración familiar lo antes posible. Debemos anotar que la intervención de los servicios de protección a la infancia provoca una crisis en la familia, y que esta situación de conmoción de la organización familiar puede ser un buen momento para introducir cambios en su funcionamiento. Y no debemos olvidar que éste es un trabajo rodeado de grandes dificultades, en el que debe buscarse el punto idóneo de combinación entre dos actitudes: a) la de control y coerción sobre una familia a la que se deben exigir cambios; y b) la de ayuda sobre un grupo humano que requiere una intervención sanadora.

Y debemos terminar señalando que, a pesar de los esfuerzos, siempre existirán casos en los que los padres se muestren irrecuperables; entonces, se hará necesario el buscar una familia alternativa para ese niño; la adopción se convertirá en muchos casos en la única opción adecuada.

Conclusión

Uno de los hitos en el desarrollo de la preocupación por el maltrato se produjo cuando Kempe y sus colaboradores describieron en 1962 el "síndrome del niño apaleado" (Kempe y Kempe, 1998). En esos momentos se gestaba el clima social que iba a suponer una apuesta decidida de las sociedades occidentales por la protección de la infancia. Los avances que se han producido desde entonces, en los ámbitos técnicos, legislativos y culturales, han sido considerables. No obstante, aún queda mucho camino por recorrer.

Tal como planteábamos al principio del texto, el maltrato infantil constituye un reto para los psicólogos clínicos; los profesionales implicados en la protección a la infancia debemos avanzar en el desarrollo de entornos socio-terapéuticos que permitan prevenir y solventar las situaciones que perjudican el desarrollo del niño. Y esta atención no debe limitarse al niño, sino que debe dirigirse también a desentrañar las dinámicas familiares que han permitido la gestación del maltrato. En este punto, el profesional debe remitirse a los estudios que han mostrado qué estructuras y funcionamientos familiares están relacionados con el abuso a la infancia. Así, las dinámicas en las que el hijo se convierte en el "chivo expiatorio" de los problemas del matrimonio o de la familia en su conjunto, o aquéllas en las que el niño se convierte en el defensor del padre ausente (normalmente en casos de divorcio). De la misma manera, la estructura de algunas familias, encerrada en ellas mismas ("familias aglutinadas") o sin cohesión interna ("familias desligadas"), también está relacionada con formas específicas de maltrato. Realizar un diagnóstico de estas situaciones, e intervenir sobre ellas, es una tarea ineludible en la protección de los niños.

Podemos finalizar nuestra exposición con lo que bien hubiese podido estar al inicio, señalando nuestras convicciones éticas y filosóficas de fondo. Si bien este texto recoge planteamientos básicamente desde una perspectiva clínica, es importante señalar que todos ellos quedan enmarcados en una visión general sobre la infancia, la que considera al niño como un sujeto de derechos, como un valor en sí, y no como una propiedad de sus padres. Estos planteamientos, que afortunadamente han sido recogidos en convenios y declaraciones internacionales (como la Convención de los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1989), son los que guían nuestra labor.

Referencias

Aguilar, J. (2004). S.A.P. Síndrome de Alienación Parental. Córdoba: Almuzara.

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Cyrulnik, B. (2002). Los patitos feos. Barcelona: Gedisa.

Cyrulnik, B. (2003). El murmullo de los fantasmas. Barcelona: Gedisa.

Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1991). Niños maltratados. Barcelona: Paidós.

Coletti, M. y Linares, J.L. (1997). La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. Barcelona: Paidós.

Doménech, E. y Ezpeleta, L. (1995). Las clasificaciones en psicopatología infantil. En J. Rodríguez-Sacristán (comp.), Psicopatología del niño y del adolescente, (Vol. 2, pp. 121-143). Sevilla: Universidad.

Frankel, J. (2002). Exploring Ferenczi's concept of identification with the agresor. Its role in trauma, everydaily life, and the therapeutic relationship. Psychoanalaytic Dialogues. A Journal of Relational Perspectives, 12, 101-139.

Gardner, R. (1992). The parental Alienation Síndrome: a guide for mental health and legal professionals (2th ed.). Cresskill, NJ: Creative Therapeutics.

Kempe, R.S. y Kempe, C.H. (1998). Niños maltratados (5ª ed.). Madrid: Morata.

Marrone, M. (2001) La teoría del apego. Un enfoque actual. Madrid: Psimática.

Miller, A. (1985). Por tu propio bien. Raíces de la violencia en la educación del niño. Barcelona: Tusquets.

Miller, A. (1998). El saber proscrito. Barcelona: Tusquets.

Miller, A. (2000). El origen del odio. Barcelona: Ediciones B.

Millon, T. y Davis, R. (2001). Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson.

Minuchin, P., Colapinto, J. y Minuchin, S. (2000). Pobreza, institución, familia. Buenos Aires: Amorrortu.

Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.

ADOLESCENCIA Y ABUSO DE DROGAS

José Pedro Espada
Daniel Lloret
José Antonio García del Castillo
María del Carmen Segura
Instituto de Investigación de Drogodependencias
Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante (España)

Xavier Méndez Carrillo
Universidad de Murcia (España)

Introducción

El consumo abusivo de drogas, tanto legales como ilegales, supone un importante problema de salud que afecta de manera especial a los adolescentes. Por un lado, el inicio temprano del uso de drogas correlaciona con unas pautas más altas de consumos futuros, con las implicaciones que ello conlleva en cuanto al deterioro de la salud. Además, el abuso de sustancias durante la adolescencia repercute

negativamente en otras áreas de la vida del joven, afectando a su desempeño académico y a su desarrollo personal y social. También se ha de considerar que, normalmente, no se consumen drogas ilegales sin haber pasado antes por consumir las conocidas como "drogas de entrada" (alcohol, tabaco y marihuana), especialmente en edades tempranas. Así pues, dadas las importantes consecuencias negativas a nivel físico, psicológico y social, es comprensible la gran preocupación de los gobiernos, de las instituciones educativas, de los profesionales de la salud y de los propios padres acerca del tema.

En este capítulo pretendemos abarcar varios objetivos: en primer lugar, se revisan los modelos tradicionales y actuales de la prevención del abuso de drogas, discutiendo sobre su eficacia preventiva. En segundo lugar, se sintetizan las principales técnicas que, de forma específica, han mostrado su eficacia en los programas preventivos y suelen emplearse con mayor frecuencia. En tercer lugar, se expone de modo ilustrativo un modelo de programa de prevención que combina diferentes estrategias de entrenamiento en habilidades y mejora de competencias personales.

Epidemiología del consumo de drogas en la adolescencia

El Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de drogas (SIDUC), realizó en el año 2003 una encuesta a nivel nacional, en población escolar de segundo, cuarto y sexto grado, representando aproximadamente a estudiantes de 13, 15 y 17 años de los siguientes países: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay. Atendiendo a la prevalencia de consumo, los resultados de la encuesta agrupan estos países en 3 bloques. En primer lugar, Panamá y Uruguay con niveles elevados de consumo. Por otro lado, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Paraguay con consumos moderados y por último, República Dominicana con niveles de consumo bastante bajos.

El informe refleja que, en casi todos los países, la gran mayoría de consumidores, lo son de una sola droga. Sin embargo al analizar el tipo de drogas consumidas, encontramos que en Uruguay, cerca del 80% de los consumidores tiene como droga preferida la marihuana, mientras que en Paraguay, el consumo de esta droga es menos frecuente, siendo aquí la droga con mayor prevalencia la denominada "jarra loca" (mezcla de alcohol y tranquilizantes). En la República Dominicana, se encontró que los solventes se consumen en niveles similares que la marihuana, pero sin embargo, suponen el 32% de los consumidores entre los consumidores de una sola droga. En este mismo país, observamos una elevada tasa de consumo de tranquilizantes sin receta médica, un 12.8% en el caso de las mujeres y un 6.5% entre los hombres, y de estimulantes también sin receta médica, con un porcentaje del 6.2% en mujeres y un 4.4% en hombres.

Tabla 1- Prevalencia del consumo del último año por drogas de consumo ilícito por país. (todos los grados)

	El Salvador	Guate-mala	Nicara-gua	Panamá	Para-guay	Rep. Domin.	Uruguay
Marihuana	2.5	2.3	2.2	7.1	1.7	1.1	9.7
Hashis	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.4
Cocaína	0.7	1.3	1.1	1.4	0.6	0.3	1.9
Pasta base	0.3	0.2	0.2	0.2	0.4	0.1	0.8
Crack	0.5	0.5	0.4	0.3	0.1	0.2	0.4
Solventes	0.9	1.0	0.9	2.6	0.6	1	1.4
Alucinógenos	0.5	0.3	0.2	0.1	0.3	0	0.8
Heroína	0.2	0.3	0.2	0.1	0.1	0	0.3
Opio	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0	0.3
Morfina	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0	0.3
Éxtasis	0.3	0.4	0.2	1.3	0.2	0.2	0.3
Otras Drogas	1.8	0.8	2.4	4.5	0.6	0.8	2.8
Primo	-	0.4	-	-	-	-	-
Bazuco	-	0.1	-	-	-	-	-
Jarra Loca	-	-	-	-	2.1	-	-
Curitibana	-	-	-	-	0.1	-	-
Cualquiera	4.9	4.1	4.9	12.2	4.3	2.8	11.5

Amarillo=droga de mayor consumo, Azul=segunda de mayor consumo, Verde=tercera de mayor consumo

Respecto al tabaco y el alcohol, el informe del SIDUC concluye que existe una alta variabilidad entre países. Uruguay presenta unas tasas de consumo de tabaco entre las mujeres, en cuanto a consumo reciente (últimos 30 días) de casi un 40%, entre 3 y 4 veces superior a los datos del Salvador, Guatemala, Nicaragua y Paraguay, y 10 veces superior a la de República Dominicana, con un 3.8%. En el caso de los hombres, las diferencias entre países en el consumo de tabaco es menos variable. En todos los países estudiados la tasa en hombres es superior a la de las mujeres, y varía entre un 15% y un 23%, con excepción de República Dominicana, con una tasa de 3.8%.

En referencia al consumo de alcohol, Uruguay reporta la prevalencia de consumo más alta en relación al último mes, tanto en hombres como en mujeres, mientras que El Salvador, consigue las cifras más bajas (15% en mujeres y 18% en hombres).

Otro aspecto importante se refiere a la percepción de gravedad que los jóvenes atribuyen al consumo de drogas ilícitas, punto en el que la mayoría de los países coinciden, presentando cifras elevadas. El estudio destaca el caso de Panamá, por presentar los índices más altos de consumo de drogas ilícitas, y de Uruguay, respecto al consumo de tabaco y alcohol. Ambos países, presentan también los mayores porcentajes en cuanto a oferta y facilidad de acceso a las drogas.

En México, la Subsecretaría de Servicios Educativos para el D. F. y el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" realiza cada tres años, desde 1991, una Encuesta de Consumo de Drogas en población estudiantil. En el 2003 se realizó la "Encuesta sobre el Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del DF", que nos permite extraer algunos datos de interés.

Respecto a la prevalencia en el consumo de tabaco, más del 50% de los estudiantes lo ha consumido "alguna vez", siendo las tasas similares para hombres que para mujeres (51.1% hombres y 50.1% mujeres). Por edades en los estudiantes, se observa un cambio drástico en el paso de los 14 a los 15 años, ya que en este punto se triplica la proporción de consumidores.

Con relación al consumo de bebidas alcohólicas, un 35.2% de los jóvenes ha consumido alcohol en el último mes. No se observan diferencias en este aspecto en función del género, ya que tanto la población masculina (65.6%), como la femenina (66.1%), presentan tasas similares. Resulta también interesante, el hecho de que más de la mitad de los adolescentes de 17 años, ha bebido alcohol en el último mes, aún cuando son menores de edad.

Respecto al consumo de cualquier droga, las drogas ilegales (marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalables y heroína) son las más consumidas por los varones, mientras que los psicofármacos (tranquilizantes, anfetaminas y sedantes) son consumidos por las mujeres en mayor medida. La marihuana (7.2%), ocupa el primer lugar de preferencia por los adolescentes (presentando el mayor incremento en los últimos tres años) seguida por el consumo de inhalables (4.6%), el de los tranquilizantes (4.5%) y el de cocaína (4%).

Los resultados de esta encuesta revelan que el 44.1% de los hombres y el 35.7% de las mujeres consideran que es fácil o muy fácil conseguir drogas. Respecto a la percepción de riesgo asociados al consumo de drogas, los adolescentes coinciden en señalar como peligroso el consumo de sustancias, si bien esta percepción de riesgo disminuye notablemente, cuando la sustancia en cuestión es el alcohol (sólo un 49.5% considera muy peligroso su consumo frecuente) o el tabaco (un 47.5% considera muy peligroso fumar 5 o más cigarrillos diariamente).

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas en su informe del MEM (Mecanismo de Evaluación Multilateral) "Evaluación del progreso del control de drogas 2001-2002", presenta las siguientes conclusiones para México:

"...en general las tendencias en el consumo de drogas muestran como droga ilegal de mayor consumo la marihuana, incremento del consumo de cocaína y la ampliación de su uso a poblaciones de bajo recursos; brote epidémico de consumo de heroína en regiones localizadas; surgimiento del consumo de metanfetaminas, principalmente en los jóvenes y una gran vulnerabilidad para iniciarse en el consumo de drogas por parte de niños, adolescentes y mujeres. En relación con el consumo de heroína, el país empezó a recolectar información sobre morbilidad asociada al consumo de drogas inyectables."

En las últimas décadas se ha avanzado de forma considerable en la formulación de teorías y en la investigación de la etiología del abuso de sustancias en la adolescencia. Algunas de las teorías propuestas en este tiempo resaltan los componentes cognitivos, destacando el papel de los déficit en los procesos de toma de decisión (p. e, el modelo de creencias de salud de Becker, 1974). Otras, como las teorías del aprendizaje social enfatizan la influencia negativa de los modelos consumidores (p. ej., Bandura, 1977). Por su parte, las teorías de la personalidad destacan la vulnerabilidad individual o las características afectivas (p. ej., la teoría de la auto-depreciación de Kaplan, 1980). Otras teorías subrayan la importancia del aislamiento de los jóvenes respecto de sus padres y de su entorno escolar y se integran en grupos con conductas antisociales (p. e., el modelo de desarrollo social de Hawkins y Weis, 1985), así como diferentes teorías que integran múltiples determinantes del consumo de drogas en la adolescencia (p. e., la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor, 1977). Los estudios que ponen a prueba estas y otras teorías han identificado factores de riesgo que influyen en el consumo

de drogas adolescente, y factores protectores que reducen los efectos de dichos riesgos (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). A continuación presentamos una síntesis de todos ellos.

Factor de riesgo.
"Atributo y/o característica individual, condición social y/o contexto ambiental que incrementa la posibilidad del uso / abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación en las mismas"

Factor de protección.
"Atributo y/o característica individual, condición social y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la posibilidad del uso / abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación en las mismas"

Clayton, 1992.

Droga	Sustancia que, introducida en el organismo vivo, modifica una o más de las funciones de éste.
Dependencia	Es el estado psíquico y a veces físico causado por la acción entre un organismo vivo y una droga. La *dependencia física* es un estado de adaptación caracterizado por la aparición de trastornos físicos intensos al interrumpir la administración de la droga. Por su parte, la *dependencia psíquica* consiste en el impulso que incita a la administración regular y continuada de la droga. También se emplea el concepto de *dependencia comportamental* con él a los factores biológicos, factores de aprendizaje, factores conductuales y factores sociales.
Uso y abuso	Se considera *uso* al consumo no problemático, es decir, que no repercute negativamente en la salud del individuo ni perjudica a las personas de alrededor. *Abuso* es el consumo que tiene consecuencias negativas para la salud de la persona y/o que puede afectar negativamente a otros.
Tolerancia	Es el estado de adaptación del organismo a la droga. La respuesta ante la misma dosis de droga disminuye, por lo que se hace necesario aumentar progresivamente la cantidad de sustancia para obtener los mismos efectos psicoactivos. La *tolerancia cruzada* es el fenómeno por el cual al consumir una determinada sustancia, aparece tolerancia no sólo a esa droga, sino otra del mismo tipo u otro similar.

Factores de riesgo del abuso de drogas

Factores macrosociales

a) Institucionalización de las drogas legales

Beber alcohol está aceptado socialmente. La televisión, el cine y la prensa muestran imágenes de personajes famosos y personas con prestigio social bebiendo. La bebida se asocia al éxito, a la vida social y al placer, de modo que la celebración de muchos acontecimientos sociales (banquetes, fiestas de cumpleaños, comidas de empresa, etc.), tienen presente al alcohol.

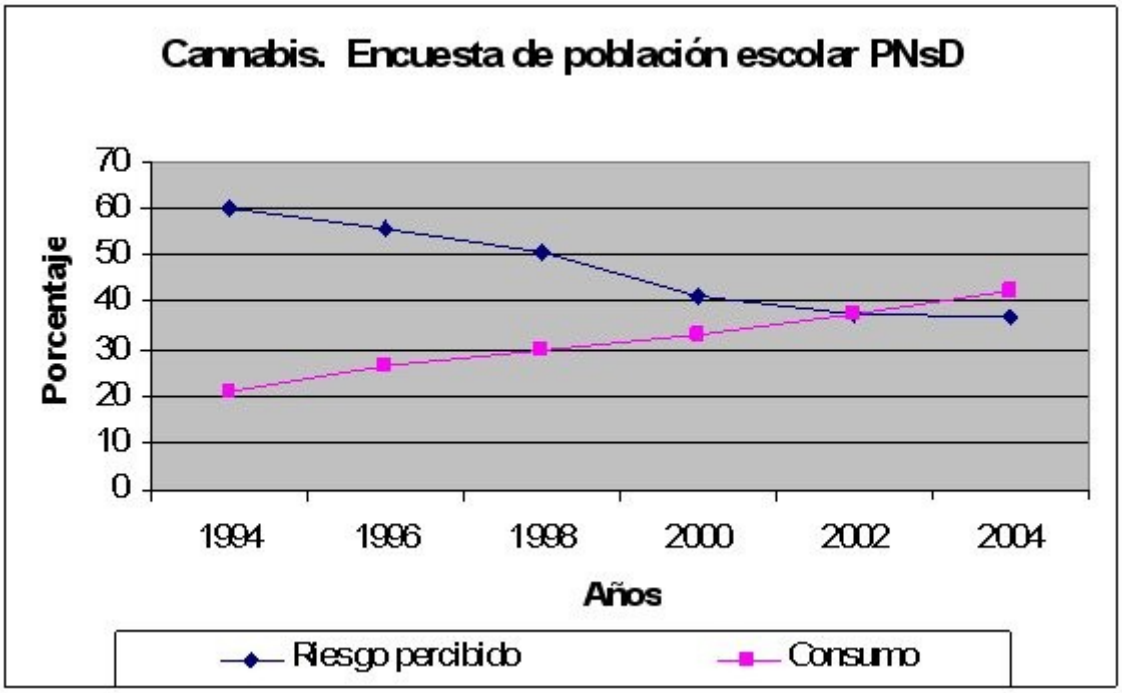
b) Presión social a través de la publicidad

El presupuesto destinado por las administraciones públicas para prevenir el abuso de alcohol y tabaco no puede competir con las partidas multimillonarias de las empresas nacionales o multinacionales invertidas en publicidad para fomentar el consumo. A pesar de la normativa vigente en muchos países acerca de la prohibición de subvencionar acontecimientos deportivos con publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco, las marcas de bebidas alcohólicas y cigarrillos están presentes en todo tipo de soporte y campañas publicitarias relacionadas con el patrocinio de eventos deportivos. Los mensajes publicitarios asocian la bebida con valores y estímulos atractivos para la juventud, como la amistad, tener carácter, la transición a la adultez, el sexo, la aventura, etc.

Sánchez, L., Megías, I., y Rodríguez, E. (2004) en su estudio sobre los valores presentes en la publicidad dirigida a los jóvenes, encuentran una importante presencia de valores hedonistas y "genuinamente juveniles", relacionados con lo aspiracional, la experimentación, la libertad, el sexo o el disfrute del tiempo libre, en contraste con la baja presencia de valores tales como el compromiso social o la solidaridad, la armonía familiar o la preparación para el futuro, socialmente deseables en el mundo adulto.

c) Disponibilidad

La facilidad de acceso a la droga se considera un factor relevante que determina su mayor o menor consumo. La cantidad de producto en el mercado, así como un número suficiente de puntos de venta, y un precio asequible para el consumidor influyen notablemente en el mayor uso (Becoña y Vázquez, 2001). El carácter de droga legal convierte al alcohol en un producto muy disponible y de fácil acceso, por los múltiples establecimientos donde se puede adquirir, los amplios horarios de venta, el precio asequible de las bebidas, y el escaso control de la venta a menores. Aunque las drogas ilegales no se venden en supermercados, no resulta difícil encontrar quien las distribuye en los lugares de ocio nocturno. El precio de una dosis, por ejemplo en España una pastilla de MDMA (éxtasis) se encuentra en torno a los 12 dólares, puede estar al alcance de la mayoría de adolescentes y jóvenes. Por lo tanto, entendemos la disponibilidad de la sustancia como el resultado de la combinación de dos subvariables: la accesibilidad al punto de venta y el precio de la misma. La figura 1 nos muestra una clara relación directa entre la disponibilidad y la prevalencia de consumo de canabis en población escolar en España (Encuesta Escolar 2004. Observatorio Español sobre Drogas).



d) Consumo de drogas y ocio

El consumo juvenil de drogas se encuentra ligado al tiempo libre, los fines de semana, a ciertos lugares de oferta como discotecas, bares o pubs, y a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias. La utilización que se hace del tiempo libre se relaciona con el riesgo de consumo de drogas, y se asocia con la asistencia a lugares de oferta y a la búsqueda de los efectos de las drogas. Así, en un estudio realizado por Gallego, Van-der Hofstadt, Estévez, López y García-Rodríguez (2001), acerca de la representación social de la droga en la literatura psicosocial, se concluye que el modelo de consumo de drogas está ligado al modelo de sociedad que prevalece actualmente, ya que las drogas forman parte de nuestra realidad cultural, marcada por cambios rápidos y profundos. Los jóvenes, perciben la droga como elemento integrante de una serie de actividades eminentemente lúdicas que, las practiquen o no, se asocian al consumo de determinadas sustancias (especialmente cocaína y éxtasis). Por ello cada vez se considera más beneficioso fomentar el asociacionismo y la participación juvenil (voluntariado, ONGs, etc.), por un lado, y promover actividades recreativas saludables (deportes, actos culturales, etc.), por otro, que actúan como factores de protección, garantías para el mantenimiento de hábitos sanos, y estrategias de prevención del abuso de drogas (Espada, Sarabia y Lillo, 1998; Macià, Olivares y Méndez, 1993).

Factores microsociales

a) Desestructuración familiar

Los conflictos conyugales pueden tener un impacto negativo en las pautas de crianza y educación, facilitando la aparición de problemas en la adolescencia, como comportamiento negativista y desafiante, conducta antisocial o abuso de drogas (Espada y Méndez, 2002). La investigación revela que la vivencia negativa de las relaciones familiares se asocia a un mayor uso de drogas. Como apuntan Secades y Fernández (2003) en sus conclusiones del estudio nacional de factores de riesgo familiares, las familias en las que se percibe más conflicto (padres separados con

problemas, padres que combinan con alto grado de tensión, situaciones mantenidas de estrés familiar) presentan un menor grado de consenso normativo para la familia en general, y en particular un menor control efectivo sobre la prole, lo que dificulta su funcionamiento social y académico.

b) Separación parental

El mismo estudio de Secades y Fernández concluye que los adolescentes incluidos en el grupo de consumidores tienen más probabilidad de convivir con padres separados que con ambos padres y de que exista más conflicto entre los miembros de la familia. Probablemente en la variable estructural (familiar monoparental) no ejerce un efecto directo sobre consumo de drogas de los hijos, sino que se debe más bien a la mediación de la variable funcional como es el control familiar.

c) Estilos educativos inadecuados

Existen cuatro estilos educativos que se pueden considerar de riesgo: a) confusión en modelos referenciales: ambigüedad en las normas familiares, déficit de habilidades parentales, b) exceso de protección: la sobreprotección del hijo/a genera una gran dependencia de éste respecto a sus padres, que le impedirá desarrollar su iniciativa, autonomía y responsabilidad, c) falta de reconocimiento: la ausencia de refuerzos positivos por parte de los padres, y en general, de una valoración incondicional del adolescente favorece un auto concepto negativo de sí mismo, provocando consiguientemente desajustes sociales y personales, y d) rigidez de estructuras familiares: ante una organización familiar rígida y/o jerárquica, los adolescentes tienden bien a la sumisión, bien a la rebeldía contra esa estructura. Ambas opciones influyen negativamente en el adolescente, y pueden desembocar en una personalidad con escasa asertividad, o en un enfrentamiento con el mundo adulto (Arbex, Porras, Carrón y Comas, 1995).

e) Comunicación y clima familiar

La comunicación es un aspecto más que facilita una educación armónica del niño/a y adolescente. Una comunicación adecuada evita el aislamiento, educa para las relaciones extra-familiares y la expresión de sentimientos, elementos todos ellos facilitadores de un desarrollo personal sin carencias que puedan ser satisfechas por las drogas. Numerosos estudios (Elzo, Lidón y Urquijo, 1992; Espada y Méndez, 2002; Macià, 2000; Recio, 1992; Varó, 1991) destacan la relación entre la vivencia negativa de las relaciones familiares y el uso de drogas.

e) Modelos familiares

Gran parte de las conductas aprendidas se adquieren mediante la observación e imitación de otros, especialmente de aquellas personas con las que se identifica el joven. El consumo de alcohol en el hogar produce un aprendizaje implícito, ya que beber es una conducta de la vida diaria socialmente aprobada, y explícito, porque el adolescente copia la conducta de sus padres y hermanos mayores. Los estudios revelan la relación significativa del consumo de alcohol de padres, hermanos e hijos (Méndez y Espada, 1999). Este aprendizaje observacional de los hijos, se ve a menudo reforzado por la interacción de los menores con su grupo de iguales. En este sentido, la figura del padre o de la madre, no queda restringida al ámbito familiar, sino que es proyectada fuera del mismo al círculo social del menor. En las conversaciones con el grupo de amigos o compañeros, las referencias al padre/madre son constantes, donde se trata al progenitor como algo de lo que se está orgulloso ante los demás (Lloret 2001).

f) Presión del grupo

La pandilla es el marco de referencia que contribuye al afianzamiento de la identidad adolescente frente al mundo adulto, y satisface el sentimiento de afiliación o pertenencia a un grupo de iguales con quienes se comparte la forma de hablar, vestirse, cortarse el pelo, etc. Los compañeros ejercen una poderosa influencia, incluyendo el consumo en grupo de alcohol y otras drogas, que adquiere connotaciones de rito de iniciación y constituye una trasgresión de las reglas adultas. La búsqueda de aceptación y el miedo al rechazo del grupo induce a algunos jóvenes a aceptar las ofertas de estas sustancias, a pesar de que en su fuero interno desaprueben su consumo. El consumo de alcohol y otras drogas se aprende. El riesgo de que un joven comience a consumir aumenta si se integra en un grupo de amigos que lo hacen, ya que los otros miembros actúan como modelos y refuerzan positivamente la conducta de beber o consumir otras drogas (Comas, 1992).

Factores personales

a) *Déficit de información*

La falta de conocimiento o la información errónea sobre la naturaleza de las drogas, extensión del consumo adolescente, repercusiones negativas a corto y largo plazo, etc., alienta la curiosidad y el deseo de probar estas sustancias. La desinformación da lugar a creencias erróneas. En el caso concreto del alcohol se ha podido observar que existe una proporción alta de adolescentes que no lo considera una droga (García-Jiménez, 1993).

Actitud favorable hacia las drogas

Algunas características de la adolescencia, como la tendencia a minusvalorar las conductas de riesgo, la búsqueda de sensaciones, el deseo de aventura, el gusto por lo prohibido, o el choque generacional, facilitan el desarrollo de una actitud favorable hacia las drogas. La actitud de los adolescentes hacia estas sustancias es un importante predictor del inicio a su consumo.

c) Déficit y problemas del adolescente

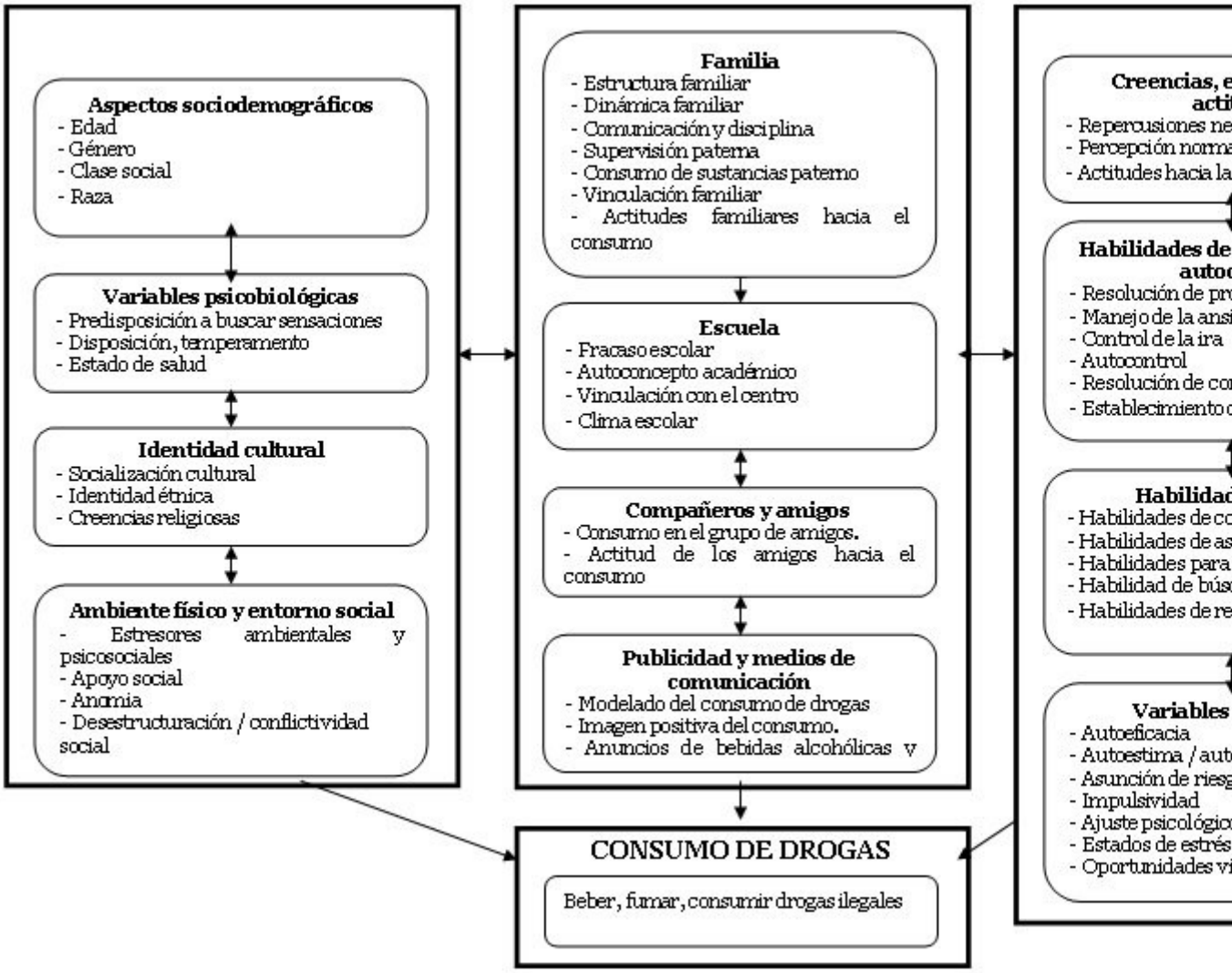
El déficit y problemas constituyen factores de riesgo porque el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al alcohol y otras drogas. Así, los adolescentes con mejores habilidades sociales presentan tasas más bajas de consumo de drogas, depresión, delincuencia, agresiones y otros problemas de conducta (Dalley *et al*., 1994; Griffin *et al*., 2000; Pentz, 1983; Scheier *et al*., 1999). En un estudio con estudiantes de primaria, Jackson *et al*., (1997) hallaron que los alumnos con un mayor déficit en competencia social se iniciaban en el consumo de drogas de forma más temprana. Alonso y Del Barrio (1996) hallaron una fuerte relación entre autoestima, locus de control y consumo de tabaco y alcohol. Un auto concepto negativo puede repercutir en el inicio al consumo de drogas por varias razones: porque el adolescente intenta paliarlo a través de la droga, para buscar el reconocimiento en el grupo o para facilitar el contacto social mediante el consumo de alcohol y así compensar dificultades en las relaciones interpersonales. Así, Bentler (1987) encontró que los niveles de autoestima más altos se asocian a un menor consumo de canabis en la adolescencia. También se ha observado que la depresión, la ansiedad y el auto concepto negativo se relacionan positivamente con la actitud favorable hacia las drogas y con la probabilidad de su consumo (Blau, Gillespie, Felner y Evans, 1988).

Hacia un modelo integrador de los factores de riesgo

Dado el gran número de factores que contribuyen al consumo de drogas, parece apropiado plantear una etiología multicausal (véase Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003). En la figura 2 se presenta un modelo que reúne los principales factores que contribuyen al consumo de drogas en la adolescencia, con las variables agrupadas en tres categorías: a) los *factores contextuales*, que incluyen variables sociodemográficas (sexo, edad, clase social), biológicas (temperamento) y ambientales (disponibilidad de drogas, conflictividad social), b) *factores sociales*, que se refieren tanto al entorno próximo del adolescente en el colegio (clima escolar), en la familia (pautas educativas, disciplina, consumo de drogas por parte de los padres), o en el grupo de amigos (consumo y actitud pro-drogas de los compañeros), como a la influencia mediática de la publicidad y los medios de comunicación (televisión, películas, anuncios), y c) *factores personales*, que comprenden cogniciones (actitudes, creencias y expectativas normativas sobre el consumo), competencias personales (toma de decisiones, autocontrol), habilidades sociales (habilidades de comunicación, asertividad) y otras variables psicológicas relevantes, como la auto eficacia, autoestima o el bienestar psicológico del individuo.

En este marco, se considera que los factores sociales y personales actúan conjuntamente facilitando la iniciación y escalada en el consumo de drogas. Así, algunos adolescentes pueden verse influidos hacia el consumo por los medios de comunicación, que en ocasiones normalizan o ensalzan el consumo de drogas, mientras que otros pueden estar más influenciados por los familiares o por amigos que consumen o mantienen actitudes y creencias favorables al consumo. Estas influencias sociales tienen un mayor impacto en jóvenes psicológicamente vulnerables, con pobres habilidades sociales y competencias personales, baja autoestima, ansiedad o estrés. Cuantos más factores de riesgo incidan en un adolescente, mayor es la probabilidad de que consuma drogas. De esta forma, la concurrencia de dos o más factores produce un efecto multiplicador. Conocer cómo esas variables conducen al consumo, resulta de mucha utilidad a la hora de conceptualizar y diseñar programas de prevención. Por ejemplo, un programa preventivo que mejora las habilidades sociales y la competencia personal puede tener efectos beneficiosos en varios factores psicológicos (por ejemplo, incrementando el bienestar o la autoestima) y conductuales (como las habilidades de rechazo de la oferta), ambas asociadas con la reducción del consumo.

FIGURA 2- Modelo integrador de influencias en el consumo de drogas



Prevención del abuso de drogas en la adolescencia

Durante los últimos veinte años se han desarrollado diferentes tipos de intervenciones de prevención primaria en contextos escolares. Las estrategias tradicionales, como la transmisión de información, la educación afectiva o los programas de alternativas, continúan siendo las más comunes, a pesar del elevado número de estudios de evaluación que han mostrado su ineficiencia en la prevención de las conductas de abuso. Orientaciones más recientes, como el entrenamiento en habilidades de resistencia o la mejora de competencias personales han mostrado mayor eficacia. Las estrategias tradicionales partían de nociones intuitivas sobre cómo prevenir el abuso de drogas, mientras que las contemporáneas se basan en las teorías psicológicas de la conducta humana.

a) Programas de prevención tradicionales

La estrategia más común de prevención es el modelo de *transmisión de información*, en el que se ofrece a los adolescentes información sobre las drogas y su abuso. Se instruye a los alumnos acerca de los peligros de las drogas en términos de sus consecuencias negativas a nivel social, legal y de salud. Los programas informativos también instruyen a los adolescentes acerca de los

distintos patrones de consumo de drogas, su farmacología y el proceso de adicción. En algunos de estos programas participaban médicos u otros profesionales sanitarios para hablar sobre las consecuencias negativas de las drogas sobre la salud. En otros programas se invitaba a antiguos consumidores a tratar con el grupo los problemas de su adicción. Algunas de estas estrategias recurrían a la activación del miedo, mediante técnicas diseñadas para asustar a los adolescentes mediante presentaciones muy realistas e incluso dramáticas de los peligros del consumo. Estos programas asumen que el consumo se debe al desconocimiento de las consecuencias negativas de hacerlo. Sin embargo, la evidencia sugiere que esta asunción es limitada. Los estudios de evaluación muestran que los programas informativos tienen cierto impacto en el nivel de conocimientos y en las actitudes antidrogas, pero fallan a la hora de reducir el consumo o de modificar la intención de consumir drogas.

Otra aproximación tradicional ha sido denominada como *educación afectiva*. Este tipo de programas asume que fomentando un desarrollo afectivo individual, se reduce la probabilidad del abuso de drogas. Aunque los programas basados en este modelo se centran en muchos de los factores incluidos en las intervenciones actuales, la educación afectiva tradicional ha usado métodos ineficaces. Más que centrarse en el entrenamiento de habilidades, se enfatizaban los juegos de experiencia y las actividades de clase que persiguen fomentar el crecimiento personal de los estudiantes, el auto-conocimiento y la auto-aceptación. Sin embargo, no hay evidencia de que ese tipo de actividades mejoren realmente la toma de decisiones, la asertividad o las habilidades de comunicación. Al igual que el modelo de transmisión de información, el modelo de la educación afectiva carece de evidencias que demuestren su impacto en las conductas de consumo, si bien en ocasiones sí que modifican alguna de las variables moderadoras del consumo.

Una tercera aproximación clásica es el *modelo de alternativas*, que se basa en proporcionar a los adolescentes actividades que en teoría suponen una alternativa al consumo. Se asume que si el adolescente dispone de ofertas tan atrayentes como el consumo, estas actividades ocuparán el lugar de las drogas. El modelo originalmente surge desde centros de ocio juvenil que programaban actividades deportivas, de medio ambiente, de voluntariado, etc. Los estudios que evalúan estos programas no han hallado impacto sobre la conducta de consumo (Schaps, Moscowitz, Malvin y Scheffer, 1986), aunque pueden producir otros efectos beneficiosos.

b) Aproximaciones actuales

Los programas de *entrenamiento en habilidades de resistencia* parten de la premisa de la que parte este enfoque es que muchos adolescentes no desean consumir drogas, pero les falta confianza o habilidades para rechazar la oferta. Así pues, esta estrategia se basa en el entrenamiento en habilidades para ayudar a los adolescentes a resistir las presiones sociales. Los programas de este tipo han sido denominados como de "influencias sociales", "habilidades de rechazo", "habilidades sociales de resistencia" o simplemente programas de "habilidades de resistencia". En este capítulo empleamos este último término porque recoge dos aspectos centrales de estas aproximaciones: a) el objetivo de mejorar la resistencia de los adolescentes ante las influencias sociales negativas y b) la atención hacia el entrenamiento en habilidades. Aunque los programas de habilidades de resistencia incluyen las influencias de la familia, los amigos y los medios de comunicación, la mayoría de estos programas se centran en la influencia del grupo de iguales. El principal objetivo de este enfoque es enseñar a los destinatarios a reconocer las situaciones donde pueden encontrarse bajo la presión para consumir. El objetivo es que los alumnos aprendan a evitar las situaciones de alto riesgo y adquirir los conocimientos, confianza y habilidades para afrontar la presión en ese tipo de

situación. Se suele incluir también un componente sobre la influencia de los medios de comunicación, especialmente sobre las técnicas empleadas por los publicistas para fomentar las conductas de consumo. Por último, estos programas a menudo incluyen un componente dirigido a corregir las expectativas normativas sobre el consumo mayoritario entre los adolescentes. Un gran número de estudios han probado la efectividad de los programas que emplean el entrenamiento en habilidades de resistencia (p. e., Snow, Tebes, Arthur y Tupasak, 1992; Sussman, Dent, Stacy y Sun, 1993). Según la mayoría de trabajos, los programas basados en este enfoque son capaces de reducir el consumo de tabaco entre el 30 % y el 50 % (Botvin y Griffin, 2000). Sin embargo, son menos los estudios que han evaluado el impacto del entrenamiento en habilidades de resistencia en el consumo de alcohol o marihuana. Por otro lado, los estudios de seguimiento a largo plazo muestran que los efectos tienden a decaer gradualmente con el paso del tiempo (Murray, Pirie, Luepker y Pallonen, 1989).

Una premisa implícita en los enfoques anteriores es que los adolescentes no desean consumir drogas, de forma que empiezan a tomarlas porque sucumben a los mensajes persuasivos o porque carecen de las habilidades suficientes para resistir la presión. Esto supone una limitación, ya que no consideran la posibilidad de que algunos adolescentes realmente sí quieran consumir. Para ellos tomar drogas no sería caer ante la presión, sino que tendría valor en sí mismo. Como se ha visto, fumar, por ejemplo, puede ayudar a algunos adolescentes a afrontar la ansiedad, la baja autoestima o la incomodidad en situaciones sociales. Dada la complejidad de los factores determinantes del consumo, parece lógico que la actuación preventiva debería ser integral, abarcando el máximo de variables etiológicas.

Ante esto, los *programas de mejora de competencias* optan por la instrucción de habilidades personales generales y sociales en combinación con habilidades de resistencia. El programa *Entrenamiento en Habilidades de Vida* (Botvin, 1998) es uno de los mejores exponentes de este tipo de intervención. En nuestro país, el programa *Saluda* (del que hablaremos en la última parte del capítulo) se basa parcialmente en las premisas de este modelo. Aunque estas intervenciones tienen en común algunos métodos de los programas de habilidades de resistencia, un rasgo distintivo es el énfasis en fomentar las habilidades de autonomía personal y de afrontamiento social. Estas habilidades se enseñan usando métodos combinados de corte cognitivo-conductual: instrucción y demostración, representación de papeles, *feedback* y refuerzo, ensayo conductual y práctica extensiva mediante tareas para casa. Es habitual incluir el entrenamiento en toma de decisiones y resolución de problemas, habilidades cognitivas para resistir la influencia social, habilidades para mejorar la autoestima (establecimiento de objetivos, técnicas de cambio de conductas), estrategias de afrontamiento para el estrés y la ansiedad, así como habilidades sociales generales. Este tipo de programas suele incluir habilidades generales y su aplicación a situaciones directamente relacionadas con el consumo de drogas. Además, un beneficio añadido es que el repertorio de habilidades adquiridas son útiles para el adolescente en muchas otras situaciones de su vida, por tanto, lo que aprenden en los programas no se reduce únicamente a situaciones relacionadas con la droga. Esta es una diferencia respecto a los programas de entrenamiento en habilidades de resistencia, centrados exclusivamente en el campo del consumo de drogas.

Respecto a los resultados de los programas basados en este modelo, numerosos estudios de evaluación han comprobado su eficacia modificando las conductas de consumo, e incidiendo en los factores de riesgo más relevantes (Botvin y Eng, 1982; Botvin, Epstein, Baker, Diaz y Williams, 1997; Espada, 2002; Pentz, Dwyer, MacKinnon, Flay, Hansen, Wang, y Johnson, 1989). Sin embargo, los programas parecen eficaces únicamente si contienen actividades centradas específicamente en las drogas. Un estudio de Caplan, Weissberg, Grober, Sivo, Grady y Jacoby (1992)

mostró que un programa de prevención inespecífica (sin contenidos relacionados en las habilidades relacionadas con las drogas) no resultaba eficaz reduciendo el consumo.

Técnicas de intervención aplicadas en los programas preventivos

Educación sobre las drogas

La transmisión de conocimientos se considera una parte necesaria de la prevención de la drogodependencia en adolescentes. Como se ha señalado, los programas tradicionales se centraban únicamente en proporcionar información, presumiendo que los individuos cambiarían por ello su conducta. Sin embargo, sabemos que aunque el cambio cognitivo es necesario, debe estar seguido de un cambio afectivo y conductual (consumo e intención de hacerlo). No obstante, ofrecer información es un paso necesario para prevenir o modificar hábitos, y por ello los programas preventivos suelen incluir la transmisión de información como uno de sus componentes. Entre los objetivos de la fase educativa de un programa está el informar sobre las características de las drogas (acción sobre el organismo, capacidad adictiva, consecuencias negativas a corto y largo plazo, etc.), y corregir las falsas creencias sobre las drogas. Las *creencias erróneas* más frecuentes sobre las que se debe actuar mantienen que las drogas no perjudican la salud, no generan hábito, o que únicamente las drogas ilegales son peligrosas (Macià, 2000).

Algunos principios que se debe tener en cuenta a la hora de ofrecer información sobre drogas a los adolescentes son:

- La información debe ser veraz, evitando las exageraciones y la ocultación de información.

- No conviene dramatizar ni recurrir al miedo como forma de persuasión.

- Es preferible destacar las consecuencias negativas a corto plazo, no las enfermedades futuras, pues es más probable que a nivel cognitivo se elaboren contra-argumentos. Por otro lado, para los adolescentes es más importante el momento presente.

- Se debe adaptar la información a las características de los destinatarios, sin ofrecer información excesiva. Igualmente, conviene emplear los medios didácticos precisos para captar la atención y optimizar la asimilación de mensajes.

- La intervención no debe basarse exclusivamente en la información. Ésta debe considerarse como un paso necesario, previo a la adquisición de las habilidades que facilitan el mantenimiento de conductas saludables.

Macià (1984) comparó un programa preventivo en el que se ofrecía únicamente información, frente a otros programas en los que se practicaba el modelado de conducta y una combinación de información más modelado. Resultó que ambos programas eran más eficaces que el que sólo proporcionaba información de forma tradicional. Otras investigaciones (López-Sánchez, 2000) demuestran que las técnicas persuasivas y de recurso al miedo son ineficaces desde el punto de vista preventivo.

Métodos de entrenamiento en habilidades

Mejora de las habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales es uno de los elementos centrales de la intervención comportamental-educativa por dos razones (Macià, 2000): 1) por la estrecha relación entre la competencia social infantil y el posterior desarrollo psicológico y social, y 2) por la importancia de las habilidades de relación interpersonal en la adaptación a la vida cotidiana. Además de la práctica de habilidades sociales generales, en la prevención de la drogadicción se ha otorgado especial importancia a un tipo concreto de habilidad: la *asertividad*. Ésta se ha definido como la capacidad de expresar los propios derechos y opiniones con respeto hacia los derechos de los demás (Alberti y Emmons, 1974). Si bien el entrenamiento en asertividad comenzó constituyendo una terapia individual para adultos (Wolpe y Lazarus, 1966), se ha ido extendiendo progresivamente a numerosos programas de entrenamiento, especialmente de tipo educativo o preventivo. Se considera especialmente indicado durante el inicio de la adolescencia, por los beneficios que supone potenciar en esta etapa el auto concepto y promover el locus de control interno (Wise, Bundi, Bundy y Wise, 1991). El objetivo que se persigue con este entrenamiento es que los alumnos aprendan a identificar los obstáculos al comportamiento asertivo y a comportarse de forma asertiva en todo tipo de situaciones. La estrategia indicada es el entrenamiento en habilidades sociales, que se desarrolla en varios pasos:

1. Fase educativa:

Paso 1: Discusión sobre los estilos de comportamiento: pasivo, asertivo, agresivo.

Paso 2: Diálogo sobre los obstáculos para comportarse de forma asertiva (p.eJ. decir "no" de forma adecuada).

1. Fase de entrenamiento en habilidades: Práctica de habilidades asertivas.

Paso 3: Selección de una habilidad concreta a entrenar.

Paso 4: Modelado por parte del monitor-terapeuta.

Paso 5: Escenificación mediante representación de papeles una situación relacionada con la habilidad.

Paso 6: Refuerzo positivo a los participantes, destacando los aspectos adecuados de su ejecución.

Paso 7: Retroalimentación, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo de participantes. Se debe atender a los

aspectos verbales, paraverbales y no verbales de la interacción social representada.

Paso 8: Repetición del ejercicio de representación de papeles.

En la tabla 5 se resumen los contenidos a tratar en la fase educativa del entrenamiento en habilidades sociales y las principales habilidades genéricas y específicas a practicar. Por su parte, en la tabla 6 se muestran dos escenas practicadas con adolescentes para aprender conductas asertivas. El lector interesado en conocer a fondo este procedimiento puede consultar manuales como el de Caballo (2002) o el de Michelson, Sugai, Wood y Kazdin (1999).

Tabla 5- Entrenamiento en habilidades sociales en un programa preventivo

Contenidos informativos	Habilidades genéricas	Habilidades específicas
• Criterios para unas habilidades sociales adecuadas. • Mecanismos de adquisición de las habilidades sociales. • Estilo pasivo, asertivo y agresivo. • Proceso y componentes de la comunicación. • Lenguaje verbal y no verbal .	• Conversaciones • Iniciar, mantener y finalizar conversaciones • Escuchar activamente • Presentarse a desconocidos • Introducirse en una conversación • Opiniones positivas • hacer cumplidos, elogiar • recibir cumplidos • Opiniones negativas • Hacer críticas • Aceptar críticas • Expresión de sentimientos • Defender los propios derechos • Hacer peticiones	• Defender la propia postura ante las drogas y su abuso. • Expresar opiniones positivas sobre las conductas saludables. • Expresar opiniones contrarias al abuso de drogas. • Rechazar el ofrecimiento de una droga. • Pedir una bebida no alcohólica en un bar. • Resistir la presión cuando varios amigos insisten en beber o tomar otras drogas. • Rehusar a beber cuando se va a conducir.

Tabla 6- Escenas para el entrenamiento en habilidades sociales específicas

Ficha 4

Tipo de habilidad: Resistir la presión

Situación: Estás en un bar celebrando el cumpleaños de un amigo. Él insiste en que bebas, pero tú no quieres porque tienes que volver en moto.

PERSONAJE 1: ¡Venga, Mario! ¡tómate otra cerveza!

PERSONAJE 2: Gracias, de verdad. Pero ya me he tomado una y no me quiero pasar. ¡Que tengo que conducir!

PERSONAJE 1: ¡Pero si por un par de cervezas no te vas a emborrachar!

PERSONAJE 2: Además, yo también voy en moto. No seas tan pardillo y tómate otra, hombre.

PERSONAJE 1: Tú haz lo que quieras, pero no te metas conmigo. ¿Es que no has oído nunca lo de "si bebes no conduzcas"?

PERSONAJE 2: ¡Pero si por aquí nunca se pone la "poli"!

PERSONAJE 1: No es sólo por la multa. No quiero tener un accidente tontamente. No insistas más, por favor.

Ficha 7

Habilidad: Decir que no

Situación: De marcha con tus amigos. Habéis tomado un par de "megavasos" entre los cinco.

PERSONAJE 1: Venga, que éste se ha acabado. Dadme dos euros cada uno que voy a pedir otro.

PERSONAJE 2: Yo no pongo, que no quiero más.

PERSONAJE 1: ¿Cómo que no? ¡No nos hagas esto, tío! Pero si la tarde acaba de empezar...

PERSONAJE 2: Yo ya voy bien. Si bebo más me voy a poner malo.

PERSONAJE 1: Hoy hay que pillarla, que tenemos que celebrar el final de los exámenes.

PERSONAJE 2: Pilladla vosotros, yo ya voy bien.

PERSONAJE 1: ¡Qué tío más soso!

PERSONAJE 2: Ya te he dicho que así voy bien. Estoy un poco alegre, he cogido justo el "puntillo". No quiero beber más.

Modificado Espada y Méndez (2003)

Mejora en las habilidades de resolución de problemas

Los primeros estudios sobre los procesos de resolución de problemas y su relación con un buen ajuste social fueron desarrollados por Spivack, Platt y Shure (1976). La capacidad de tomar decisiones responsablemente es para el adolescente una importante habilidad que le proporciona autonomía personal. Éste constituye el objetivo de partida del entrenamiento en resolución de problemas. Por otro lado, la toma de postura ante el consumo de drogas supone en sí misma una decisión por adoptar. Por ambas razones es un componente que se incluye en muchos programas de fomento de competencias personales. Además, la habilidad de toma de decisiones se cita a menudo como uno de los principales factores asociados con el consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia (Grimes y Swisher, 1989; Pfeffer, 1993).

Entre los procedimientos para el entrenamiento en resolución de problemas, uno de los más extendidos es la técnica de D´Zurilla y Goldfried (1971). Estos autores definen la resolución de problemas como "un proceso conductual (...) que hace disponibles diversas alternativas de respuesta potencialmente eficaces para hacer frente a la situación y que aumenta la probabilidad de seleccionar la respuesta más eficaz entre estas alternativas". El método consta de los siguientes pasos:

1. Orientación hacia el problema

a. Percepción del problema

b. Valoración de las causas

2. Definición y formulación del problema

a. Recopilación de información relevante para el problema

b. Comprensión del problema

c. Establecimiento de metas realistas respecto al problema

d. Re-valoración del problema

3. Búsqueda del mayor número de alternativas como posibles soluciones al problema. Principios aplicables en esta etapa:

a. Principio de cantidad antes que calidad.

b. Principio de dilación del juicio: esperar a valorar las consecuencias en la siguiente fase.

c. Principio de variedad

4. Valoración de cada solución posible, atendiendo a las consecuencias de la puesta en práctica de esa alternativa, tanto positivas como negativas, a corto y largo plazo.

5. Toma de decisiones

6. Puesta en práctica de la medida elegida.

7. Evaluación de la puesta en práctica.

a. Auto evaluación

b. Autor refuerzo si los resultados son satisfactorios, o nuevo proceso si la medida no ha solucionado el problema.

En los programas de prevención de la drogodependencia, los alumnos pueden aprender los pasos básicos del método de resolución de problemas aplicado a situaciones cotidianas. Posteriormente, se pueden plantear supuestos relacionados con la oferta de drogas (véase el cuadro 1). Por último, los adolescentes pueden aplicar el método para la toma de decisión sobre su postura en el futuro ante las drogas, una vez analizadas las ventajas e inconvenientes de su consumo. García-Rodríguez y López (1988) valoraron dos programas preventivos, uno de ellos basado en el modelado y la representación de papeles y otro en la técnica de resolución de problemas. Ambas condiciones experimentales fueron comparadas con un grupo control sin tratamiento. En el seguimiento a los doce meses, se observó que las actitudes saludables en los dos grupos experimentales eran significativamente mayores que las de los sujetos que no recibieron ninguna intervención.

El caso de Laura

Es sábado, y como muchos fines de semana Laura está con sus dos mejores amigas en la puerta de un *pub* al que suelen ir. Un chico se acerca a ellas y les ofrece "chocolate". Ellas suelen fumar algún cigarro de vez en cuando, pero casi nunca compran tabaco. Piensan en decirle al chico que no quieren, pero las tres se miran, pensando que les apetecería probar cómo sienta un cigarro con hachís.

El caso de Eduardo

Eduardo se lo suele pasar muy bien con sus amigos. Les gusta ir a las discotecas, bailar y ver a las chicas que van por allí. Este sábado hay una fiesta especial, vienen *disc-jockeys* invitados y habrá música durante ocho horas seguidas. Antonio, uno del grupo propone comprar pastillas y tomar todos. Conoce a un chico que las pasa, y no son muy caras.

Eduardo no sabe qué hacer.

El caso de Adrián

Adrián cumple quince años dentro de una semana, y lo quiere celebrar con sus amigos. Durante el verano han celebrado varios cumpleaños, ya que son muchos en la pandilla, y todos han sido parecidos: comprar bebida y hielo en el supermercado, e irse a la playa a beber y a estar allí. Se lo suelen pasar bien, pero alguna vez ha habido malos rollos porque alguno ha bebido mucho y se ha puesto agresivo. Una vez dos de ellos llegaron a las manos discutiendo, y otra vez se pelearon con otros chicos que les habían provocado. Adrián no está seguro de querer celebrar así su cumpleaños, pero sabe que a sus amigos les gustaría.

Espada y Méndez (2003)

Manejo de la ansiedad y la ira

Algunos programas preventivos incluyen entre sus objetivos el enseñar a los adolescentes a afrontar situaciones estresantes (p. e., Botvin, 1998). El entrenamiento en este tipo de técnica se justifica porque entre las motivaciones para consumir tabaco, alcohol u otras drogas se incluye la intención de vencer las dificultades de la vida diaria. Así por ejemplo, un adolescente puede beber para superar su timidez, o fumar para calmar los nervios antes de un examen. El objetivo a la hora de enseñar estas estrategias es, por tanto, que los destinatarios aprendan a controlar su conducta sin ayuda de las drogas.

Para ello, el entrenamiento en estrategias de auto-control, como parte de un programa preventivo, contribuiría a aumentar el control del sujeto sobre el medio en el que interacciona, reforzaría su autonomía en el proceso de toma de decisiones, y le colocaría como actor principal en un posible cambio hacia un estilo de vida más saludable. Resumiendo la propuesta de Olivares, Méndez, y Lozano (1999), las fases que componen un programa de entrenamiento en autocontrol, serían estas:

1. *Fase educativa o de información:*

   Paso1- Corrección de errores de concepto, tales como que la voluntad o la confianza equivalen a autocontrol, o que este consiste exclusivamente, en exponerse a las situaciones difíciles para aumentar la resistencia.

   Paso2- Dar información sobre los principios básicos del aprendizaje.*Fase de Entrenamiento:*

2. Paso3– Análisis objetivo, tanto de la conducta problema como del comportamiento en general, que nos permitirá establecer una línea base.

   Paso4- Definir los objetivos y establecer criterios para los cambios que esperamos conseguir, teniendo muy en cuenta la planificación temporal de los mismos.

   Paso5- Escoger el método de autocontrol que se ajuste mejor a los objetivos

   Paso6- Programar los auto-refuerzos.

3. Fase de Aplicación:

Paso7- Puesta en práctica en la vida diaria, todas aquellas estrategias aprendidas.

FIGURA 3- Manejo de la ira y la ansiedad

Como señalan Luengo *et al*. (1999), para la enseñanza de técnicas de manejo de la ansiedad se puede partir de situaciones que desaten reacciones emocionales negativas, propuestas por el grupo, analizando sus componentes cognitivos, fisiológicos y comportamentales, transmitiendo la importancia de detener precozmente la respuesta agresiva. También se presentan técnicas como el entrenamiento en respiración profunda, la relajación muscular progresiva, el ensayo mental y la reestructuración cognitiva. Una explicación pormenorizada de las distintas estrategias de relajación puede encontrarse en Méndez, Olivares y Quiles (1999).

Otras técnicas

-Establecimiento de objetivos

Con esta técnica se pretende fomentar en los adolescentes la reflexión sobre sus conductas futuras, enseñándoles a plantearse metas de cambio a corto, medio y largo plazo. Se comienza pidiendo a cada participante que evalúe en qué áreas personales les gustaría mejorar o hacer algún cambio. Después de transcribirlas, se les propone que establezcan submetas o pasos intermedios necesarios para conseguir ese cambio propuesto. Seguidamente, planifican el tiempo que han de invertir en dar esos pasos, y las acciones concretas a realizar. Por último, se decide una fecha en la que se revisará el grado de cumplimiento y se repasarán los siguientes pasos a dar. En el programa desarrollado por Casas (1998) los participantes aplican este método, programando metas personales y evaluándose a sí mismos en cuanto a su consecución.

- Auto refuerzo

El autor refuerzo consiste en la auto administración de un reforzador de forma contingente a la ejecución de una conducta. Es decir, justo después de haber realizado algo que una persona se ha propuesto, se premia a sí misma, por ejemplo realizando una actividad agradable. Así, alguien que lleva una semana sin fumar, podría comprarse una camisa nueva como premio por haber superado ese plazo. El autor refuerzo puede ser también encubierto, o sea, consistente en un mensaje de felicitación que el individuo se dice a sí mismo. El programa *Saluda al fin de semana*(Espada y Méndez, 2003) dedica una sesión a enseñar a los alumnos esta técnica. Se practica primero con situaciones elegidas por los participantes, para posteriormente emplear el autor refuerzo por el cumplimiento semanal de su decisión de no consumo o consumo responsable.

- Mejora del auto concepto y autoestima

Un adecuado nivel de autoestima constituye un factor de protección frente al consumo y abuso de drogas. La justificación de su inclusión como tema formativo para padres se basa, además, en la hipótesis de que la autoestima elevada capacita al joven para la toma de decisiones, fomenta su responsabilidad y le ayuda a resistir la presión de grupo (Espada, Méndez, García del Castillo, Lloret y Orgiles, 2003). Para fomentar la autoestima, se puede recurrir a pequeñas experiencias personales que, como si se trataran de múltiples pruebas cotidianas, permitan al joven reforzar su sensación de competencia personal. Con este fin, es necesario reforzar las habilidades y capacidades personales para afrontar con éxito estas situaciones y, por tanto, fomentar su autoestima.

La intervención en el desarrollo y mejora de la autoestima basada en una concepción multidimensional, implica fomentar las habilidades personales que abarquen el plano conductual (qué hace o qué dice la persona), el cognitivo (pensamientos y concepciones personales) y emocional (qué sentimientos y emociones experimenta). Para lograrlo, es útil enfatizar, entre otros, los siguientes aspectos (Quiles y Espada, 2004):

- El conocimiento de sí mismo, en lo que se refiere a sentimientos, deseos, pensamientos, aptitudes, etc.

- La auto aceptación, es decir, el reconocimiento de sí mismo con las valías y limitaciones. Para ello se recurre a técnicas de interacción grupal y a la visualización.

- Los estilos cognitivos distorsionados y las formas de rebatir estos pensamientos irracionales.

- La resolución adecuada de las situaciones problemáticas.

- El fomento de las actividades agradables.

.

Figura 4- Autoestima

.

- *Compromiso público*

Algunos programas incluyen la manifestación pública del compromiso de no consumir o consumir responsablemente (Becoña, Palomares y García, 1994; Espada y Méndez, 2003). Los principios de coherencia y deseabilidad social subyacen a la técnica del compromiso público. La hipótesis explica que las personas actuamos como creemos que los demás esperan que lo hagamos y el incumplimiento del compromiso supondría una fuerte disonancia cognitiva. La técnica consiste en dar la palabra a los participantes que deseen expresar su decisión, ante el grupo que actuará de testimonio y de evaluador del cumplimiento del compromiso. Para que esta técnica tenga el efecto deseado, el grupo debe de ser relevante para la persona, quién mostrará atracción por formar parte del grupo.

- *Alternativas de ocio*

El argumento que subyace en los programas de ocio alternativo es que si los adolescentes cuentan con una oferta suficiente de actividades saludables para el tiempo libre, entonces se reduce la probabilidad de consumir o abusar de las drogas. De alguna manera se entiende que las drogas vienen a llenar aquellos espacios vacíos de ocio. En ese sentido, se considera la implicación en actividades

asociativas o deportivas como un factor de protección ante el abuso de drogas (Espada, Sarabia y Lillo, 1998; Macià, Olivares y Méndez, 1990).

Las conclusiones de la VII Reunión Nacional de Drogodependencias dedicada a la "Prevención de Drogas y Ocio Alternativo" (INID, 2005), inciden en la necesidad de hacer partícipes a los jóvenes del diseño, la gestión e implementación de las actuaciones preventivas sobre la utilización del ocio alternativo en la prevención de las drogodependencias. Asimismo, se propone promover iniciativas que vayan en la línea de trabajar por una noche más segura, más saludable, y con menos riesgos, mediante la participación de todos los agentes y sectores implicados, en la que los mecanismos de regulación y los programas de reducción de daños/riesgos, deben tener un papel relevante. Si bien el diseño e implementación de los programas de ocio alternativo ha vivido un aumento espectacular durante la última década, son todavía escasos los programas que aportan datos fiables sobre su efectividad. En este sentido, podemos afirmar que la evidencia científica no demuestra que los programas de ocio alternativo, en la actualidad, sean estrategias eficaces en la prevención del consumo de drogas.

Un ejemplo de programa preventivo

Objetivos y líneas generales

Saluda al fin de semana es un programa de prevención del abuso de alcohol y las drogas de síntesis en contextos de ocio. Los objetivos generales que persigue son retrasar la edad de inicio al consumo de alcohol. Los estudios realizados constatan que una iniciación temprana en el abuso de sustancias aumenta la probabilidad de consumos problemáticos en la edad adulta. Por otro lado, el organismo adolescente, en pleno desarrollo, se ve afectado por las drogas en mayor medida que los adultos, por lo que atrasar la ingesta de alcohol y otras drogas beneficia dicho desarrollo. También se pretende reducir el consumo abusivo de alcohol y drogas de síntesis. El programa *Saluda* pretende enseñar a convivir con las drogas, distinguiendo el uso del abuso, y promoviendo un consumo responsable y saludable del alcohol y la abstinencia de las drogas de síntesis. Se pretende romper el binomio "diversión-droga", asociado a los actuales patrones de consumo de drogas como facilitadoras de la diversión durante el ocio.

El programa actúa en tres niveles:

Cognitivo. Proporciona información, presentada de forma activa y persuasiva, sobre las repercusiones negativas a corto y largo plazo, sobre las diferencias entre uso y abuso de sustancias, sobre los factores de riesgo, y sobre las tasas de consumo adolescente de alcohol y drogas de síntesis, con el fin de modificar la sobreestimación que suelen realizar para justificar la decisión adolescente de consumir.

1. Actitudinal. Promueve actitudes favorables hacia la salud mediante la abstinencia o el uso responsable del alcohol, y el no consumo de drogas de síntesis. También persigue inocular actitudes contrarias al abuso de sustancias.
2. Conductual. Entrena repertorios básicos de habilidades sociales para desarrollar la capacidad de relacionarse sin recurrir al alcohol y especialmente para resistir la presión de grupo en situaciones de consumo de drogas en momentos de ocio. Enseña habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones, para buscar ofertas saludables de tiempo

libre en la ciudad e implicarse como alternativa al aburrimiento y al abuso de sustancias, y para adoptar una decisión personal sobre el consumo expresado en forma de compromiso público. Finalmente fomenta las habilidades de autocontrol, como el auto reforzamiento del consumo responsable los fines de semana.

Componentes del programa

Siguiendo la línea de las intervenciones centradas en la mejora de la competencia personal, el programa *Saluda*resalta el entrenamiento de las habilidades directamente relacionadas con los factores de riesgo. La lógica del programa considera que los adolescentes consumen alcohol y otras drogas por motivos personales, búsqueda de estimulación positiva (p. ej., sensaciones placenteras) o escape/evitación de estimulación aversiva (p. ej., estados emocionales negativos), y por motivos sociales, instigación/imitación (p. ej., invitaciones de los amigos) o facilitación de las relaciones interpersonales (p. ej., desinhibición social). Los componentes básicos del programa *Saluda* se justifican por las cuatro motivaciones mencionadas:

- Estrategias de resolución de problemas: Se utiliza una adaptación del procedimiento de D´Zurilla y Goldfried (1971). En una primera fase se aplica el método a situaciones cotidianas y después se valoran específicamente los "pros" del no consumo o del uso responsable y los "contras" del abuso de drogas, con el fin de tomar una decisión personal.

- Fomento de las actividades de ocio saludable: se informa sobre la oferta de actividades juveniles para el tiempo libre en su ciudad, haciendo participar a los alumnos en la búsqueda activa de información. También se invita a responsables de instituciones culturales, clubes deportivos, etc., para que comenten el plan de sus organizaciones.

- Habilidades de resistencia a la presión: se identifican las técnicas de persuasión publicitarias. Mediante el entrenamiento en habilidades sociales, los sujetos aprenden a defender sus derechos, a decir "no" y a afrontar habilidosamente situaciones de presión hacia el abuso de alcohol y/o drogas de síntesis.

- Habilidades sociales: El procedimiento consta de instrucciones del monitor, modelado de compañeros líderes, representación de papeles de los participantes, reforzamiento positivo y retroalimentación constructiva del monitor y del grupo. Las habilidades entrenadas son escucha activa, inicio, mantenimiento y conclusión de conversaciones, y expresión de opiniones y sentimientos positivos.

Además de los elementos descritos, el programa incluye:

- Información sobre las drogas: con metodología participativa y lúdica, se proporciona información veraz sobre la naturaleza del alcohol y las drogas de síntesis y sus efectos negativos a corto y a largo plazo. Se hace mayor hincapié en las consecuencias negativas inmediatas, que suelen ser las más valoradas por los adolescentes, evitando recurrir al miedo.

- Compromiso público: una vez que cada participante ha valorado las ventajas del no consumo o del consumo responsable y los inconvenientes del abuso, toma su decisión personal. El compromiso se realiza de forma dinámica, y se formaliza mediante un contrato conductual que firman voluntariamente.

- Entrenamiento en autor refuerzo: Se enseña al adolescente a auto-recompensarse por el cumplimiento del compromiso sobre el no consumo o el uso responsable de sustancias los fines de semana.

Contenidos de las sesiones

El programa consta de diez sesiones a razón de dos por semana. A continuación se describen los objetivos y actividades de las diez sesiones que conforman el programa (véase la tabla 7). La eficacia del programa ha sido valorada con estudiantes de tercero de E.S.O. Un estudio piloto reveló que el programa aumentaba el nivel de conocimientos sobre el alcohol y las drogas de síntesis, y modificaba la percepción normativa del consumo. Siguiendo los criterios de Cohen (1988), la eficacia del programa puede calificarse de media-alta ($d_+ = 0,78$), si se compara con un grupo control sin intervención (Espada, Méndez, Botvin, Griffin, Orgiles y Rosa, 2002).

		OBJETIVOS	**CONTENIDOS**
FASE EDUCATIVA	**SESIÓN 1**	- Promover un ambiente favorable para la aplicación en grupo del programa - Fomentar la confianza mutua y la comunicación fluida entre los participantes - Conocer los conceptos básicos sobre las drogas - Diferenciar entre uso y abuso de drogas sobre la base de las repercusiones en la salud Informar sobre las principales características del alcohol y de las drogas de síntesis	*Alcohol y drogas de síntesis ¿De qué va todo eso?* 1. Introducción al programa SALUDA 2. Contenidos y actividades de la sesión - Actividad en grupo "¿De qué estamos hablando?" - Actividad individual y en grupo "Clasificando las drogas" - Actividad en grupo "La batalla naval" - Actividad individual y en grupo "¿Uso o abuso?" 3. Propuesta de actividad para casa:

			- Encuesta de opinión "¿Por qué bebes?"
	SESIÓN 2	- Analizar las motivaciones del consumo juvenil de alcohol y drogas de síntesis - Conocer los factores de riesgo del abuso de alcohol y drogas de síntesis - Modificar la percepción de los participantes con respecto a la prevalencia del consumo juvenil de alcohol y drogas de síntesis - Promover actitudes positivas hacia la abstinencia o hacia el uso moderado y responsable del alcohol - Promover actitudes positivas hacia la abstinencia de las drogas de síntesis	*¿Por qué algunos jóvenes beben y toman pastillas?* -Revisión de la actividad para casa - Encuesta de opinión "¿Por qué bebes?" 2. Contenidos y actividades de la sesión - Actividad individual y en grupo "Motivaciones del consumo juvenil de alcohol y drogas de síntesis" Actividad en grupo "Factores de riesgo" - Actividad en grupo "Mitos y falacias sobre el alcohol y las drogas de síntesis" - Actividad en grupo "Percepción normativa" 3. Propuesta de actividades para casa: - "A la caza del anuncio" - "Noticias de la prensa"
FASE DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES	**SESIÓN 3**	**-** Concienciar de las consecuencias negativas a corto y largo plazo del abuso del alcohol	*Lo que no dice la publicidad* - Revisión de la

		- Concienciar de las consecuencias negativas a corto y largo plazo del consumo de drogas de síntesis - Identificar las formas de presión social hacia el consumo de alcohol y otras drogas legales - Reconocer las estrategias publicitarias para promover actitudes favorables al consumo de alcohol Fomentar una postura crítica ante los mensajes	actividad para casa - Comentando las noticias • Contenidos y actividades de la sesión - Contenido: "Efectos negativos del abuso del éxtasis": Vídeo - Actividad "Influencia de la publicidad: canción TV" - Actividad: "Análisis de anuncios" - Propuesta de la actividad para casa: - "Así son mis relaciones"
	SESIÓN 4	- Distinguir los elementos de la conducta social - Conocer las características de la conducta socialmente habilidosa - Diferenciar los comportamientos tímido, habilidoso y agresivo - Autoevaluar el estilo de relaciones personales de los participantes - Mejorar las competencia	*Relaciones personales /1* 1. Revisión de la actividad para casa - "Así son mis relaciones" 2. Contenidos y actividades de la sesión - Contenido "El bueno, el feo y el malo" - Actividad individual "¿Quién es quién?" - Actividad en grupo "Asesoría y

		social de los participantes.	consulting” • Propuesta de la actividad para casa - “Escalera de color”
	SESIÓN 5	- Mejorar la competencia social de los participantes. - Desarrollar la capacidad de relacionarse positivamente con los demás sin recurrir al alcohol. - Aprender a escuchar activamente, conversar y expresar opiniones. - Fomentar la confianza en uno mismo.	*Relaciones personales /2* 1. Revisión de la actividad para casa - “Escalera de color” 2. Contenidos y actividades de la sesión - Actividad en grupo: “Escenificaciones” 3. Propuesta de actividades para casa - “Me auto-observo” - “Cuestionario Decir no”

Modificado de Espada y Méndez (2003)

Consideraciones finales

El problema de las drogodependencias, como se ha expuesto en este trabajo, tiene un origen multicausal, por lo que se requiere un abordaje desde diversos ángulos. La intervención educativa ha de atender a múltiples variables relacionadas con los factores de riesgo de consumo. Igualmente, las actuaciones educativas han de complementarse con medidas a nivel político para favorecer la reducción de la oferta de drogas. Aunque los avances en la investigación y desarrollo de intervenciones preventivas han sido notables en los últimos años, se precisa mayor información sobre la efectividad de los programas atendiendo a variables comportamentales. Las medidas de conocimientos sobre las drogas y actitudes sirven como estimación de los cambios en las variables mediadoras, pero es necesario saber si las intervenciones funcionan en cuanto a promover cambios de conductas (retraso en la edad de inicio, descenso en las tasas de consumo). Es necesario también fundamentar todas las intervenciones preventivas en modelos teóricos que hayan demostrado su utilidad e incluir técnicas de eficacia probada,

optimizando paulatinamente los contenidos de los programas, tal y como indican los estudios sobre eficacia (Espada, Rosa y Méndez, 2003). Resulta por lo tanto imprescindible adaptar los contenidos formativos a las nuevas tendencias en el consumo (drogas y pautas de consumo, edad de inicio, motivaciones hacia el consumo, etc.).

Lecturas recomendadas

Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Se trata de uno de las escasas publicaciones dedicadas enteramente al análisis de las teorías que históricamente, y en la actualidad, orientan las intervenciones para prevenir el abuso de drogas. Tras la pormenorizada revisión de las distintas aproximaciones teóricas, el autor expone en la última parte del libro un modelo integrador que abarca el conjunto de variables mediadoras del consumo de drogas.

Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2003). Programa Saluda: prevención del abuso de alcohol y drogas de síntesis. Madrid: Pirámide.

En esta obra se desarrolla un programa preventivo sesión por sesión, incluyendo fichas de trabajo para los alumnos e indicaciones para el educador en cada actividad propuesta. El programa, basado en los modelos de mejora de competencias personales y entrenamiento en habilidades de resistencia, incluye sesiones informativas con actividades didácticas para los adolescentes y sesiones prácticas con ejercicios de representación de papeles, resolución de problemas, juegos educativos, etc.

García-Rodríguez, J. A. y Ruiz, J. (1993). Tratado sobre prevención de las drogodependencias. Bilbao: EDEX.

Este tratado es fruto de una reunión en la que participaron los principales expertos en drogodependencias. En la primera parte, "Juventud y drogas", se tratan los aspectos educativos de la prevención en el ámbito escolar. La segunda parte del libro aborda la prevención familiar y comunitaria. En la tercera parte se revisan algunas teorías que dan base a las intervenciones preventivas y la formación de los profesionales.

García del Castillo Rodríguez, J. A. (1993). Mi hijo, las drogas y yo. Madrid EDAF.

Ofrece, desde un enfoque eminentemente práctico, una serie de conocimientos y estrategias dirigidas a ayudar a los padres a conocer la relación de los hijos adolescentes con las drogas, bien en la detección de los primeros consumos, y sobre todo en el desempeño de una educación preventiva eficaz. Se trata, pues, de un libro escrito para padres con un leguaje sencillo y asequible.

.

Referencias

Alberti, R. E. y Emmons, M. C. (1974). Your perfect right: A guide to assertive behavior. San Luis, CA: Impact

Alonso, C. y Del Barrio, V. (1998). Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en la escuela. Análisis y Modificación de Conducta, 24, 679-701.

Arbex, C., Porras, J., Carrón, J. y Comas, D. (1995). Materiales de formación en prevención de drogodependencias. Módulo I: Contenidos generales. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia. Comunidad de Madrid.

Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. Thorofare, N. J.: Slack.

Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E. (2003). Tabaco, Ansiedad y Estrés. Salud y Drogas. Vol.3, 1, 70-92.

Becoña, E., Palomares, A. y García, M. P. (1994). Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Pirámide.

Becoña, E. y Vázquez, F. L. (2001). Heroína, cocaína y drogas de síntesis. Madrid: Síntesis.

Bentler, P. M. (1987). Drug use and personality in adolescence and young adulthood. Child Development, 58, 65-79.

Blau, G. M., Gillespie, J. F., Felner, R. D. y Evans, E. G. (1988). Predisposition to drug use in rural adolescents: preliminary relationships and methodological considerations. Journal of Drug Education, 18, 13-22.

Botvin, G. J. (1998). Life Skills Training. A drug and violence prevention program. New York: Institute for Prevention Research, Cornell University Medical College.

Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. Addictive Behaviors, 25, 887-897.

Botvin, G. J. y Eng, A. (1982). The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking. Preventive Medicine, 11, 199-211.

Botvin, G. J. y Griffin, K. W. (2000). Preventing substance use and abuse. En K. M. Minke y G. C. Bear (Eds.), Preventing school problems-promoting school success: strategies and programs that work (pp. 259-298). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Botvin, G. J., Epstein, J. A., Baker, E., Diaz, T. y Williams, M. I. (1997). School-based drug abuse prevention with inner-city minority youth. Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 6, 5-20.

Caballo, V. E. (2002). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales (5ª edición). Madrid: Siglo XXI.

Caplan, M. (1980). Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós.

Caplan, M., Weissberg, R. P., Grober, J. S., Sivo, P., Grady, D. y Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: effects of social adjustment and alcohol use. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 56-63.

Casas, J. (1998). Actitudes, habilidades sociales y autocontrol en la prevención del consumo abusivo de alcohol y tabaco. Tesis Doctoral: Universidad Autónoma de Madrid.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2ª ed.). Hillsdale, NH: Erlbaum.

Comas, D. (1992). La fundamentación teórica y las respuestas sociales a los problemas de prevención. Adicciones, 4, 1, 15-24.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Observatorio Interamericano sobre drogas. Sistema interamericano de datos uniformes sobre Consumo de Drogas OEA/CICAD/OID/SIDUC. Informe Comparativo 7 Países, Encuestas Escolares a nivel nacional: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay 2003. Disponible on line en: http://www.cicad.oas.org/OID/Countries/Mexico/Mexico.htm Consultado Junio 2005.

Dalley, M. B., Bolocofsky, D. N. y Karlin, N. J. (1994). Teacher-ratings and self rating of social competency in adolescents with low-and high-depressive symptoms. Journal of Abnormal Child Psychology, 22, 477-485.

D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behaviour modification, Journal of Abnormal Psychology, 78, 107-126.

Elzo, J., Lidón, J. M. y Urquijo, M. L. (1992). Delincuencia y drogas. Análisis jurídico y sociológico de sentencias emitidas en las audiencias provinciales y juzgados de la Comunidad Autónoma Vasca. Vitoria: Gobierno Vasco.

Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2002). Factores familiares, comportamientos perturbadores y drogas en la adolescencia. En J . R. Fernández y R. Secades (Coords.). Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias (pp. 25-56). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2003). Programa Saluda: prevención del abuso de alcohol y drogas de síntesis. Madrid: Pirámide.

Espada, J. P., Méndez, F. X. e Hidalgo, M. D. (2000). Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. Adicciones, 12, 1, 57-64.

Espada, J. P. Méndez, F. X., Griffin, K. W. y Botvin, G. J. (2002). Prevención del abuso de drogas en la adolescencia. En J. M. Ortigosa, M. J. Quiles y F. X. Méndez (Eds.), Manual de Psicología de la Salud. Intervención con niños, adolescentes y familias. Madrid: Pirámide.

Espada, J. P., Méndez, F. X., Botvin, G. J., Griffin, K. W., Orgilés, M. y Rosa, A. I. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un meta-análisis de los programas en España. Psicología Conductual, 10, 3, 581-602

Espada, J. P., Méndez, F. X., García del Castillo, J. A., Lloret, D. y Orgiles, M. (2003, noviembre). Relación entre autoconcepto y consumo de alcohol en adolescentes. En I Symposium de Psicología Clínica y de la Salud. López-Gollonet, C., Carrillo, G. y Caballo, V. (Coords). Avances 2003 en Psicología Clínica y de la Salud. (p. 30) Granada: FUNVECA.

Espada, J. P., Méndez, F. X., García del Castillo, J. A., Orgiles M. y Lloret, D. (2003, noviembre). Nivel de disciplina percibida y consumo de alcohol en la adolescencia. En I Symposium de Psicología Clínica y de la Salud. López-Gollonet, C., Carrillo, G. y Caballo, V. (Coords). Avances 2003 en Psicología Clínica y de la Salud. (p. 31) Granada: FUNVECA.

Espada, J. P., Rosa, A. I. y Méndez, F. X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. Salud y Drogas, 3, 2, 61-81.

Espada, J. P., Sarabia, F. y Lillo, N. (1998, marzo). Los centros juveniles como recurso para la prevención del consumo de drogas. Congreso de alcohol, drogas de diseño y alternativas de ocio para jóvenes, Madrid.

Gallego, E., Van-der Hofstadt, C., Estévez, C., López, C., García-Rodríguez, J.A. (2001). Representación Social de la droga: Posibilidad de aplicación práctica de un constructo eminentemente teórico. Salud y Drogas. Vol. 1, 2, 275-286.

García-Jiménez, M. T. (Coord.) (1993). Estudio sobre el consumo juvenil de bebidas alcohólicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Integración Social e Instituto de Salud Carlos III.

García-Rodríguez, J. A. (1991). Modelo de prevención de drogas en la escuela mediante la aplicación de técnicas conductuales. XIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Santa Cruz de Tenerife.

García-Rodríguez, J. A. (2004). Mi hijo, las drogas y yo. Madrid: EDAF.

García-Rodríguez, J. A. y López, C. (1988). Drogodependencias en la escuela. Teoría y método. Servicio de publicaciones del Ayuntamiento de Santa Pola.

Goldstein, A. P., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J., y Klein, P. (1989). Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza. Barcelona: Martínez Roca.

Griffin, K. W., Botvin, G. J., Scheier, L. M., Diaz, T. y Miller, N. L. (2000). Parenting practices as predictors of substance use, delinquency and aggression among urban minority youth: Moderating effects of family structure and gender. Psychology of Addictive Behaviors, 14, 2, 174-184.

Grimes, J. D. y Swisher, J. D. (1989). Educational factors influencing adolescent decision making regarding use of alcohol and drugs. Journal of Alcohol and Drug Education, 35, 1, 1-15.

Hawkins, J. D. y Weis, J. G. (1985). The social development model: an integrated approach to delinquency prevention. Journal of Primary Prevention, 6, 73-97.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin, 112, 64-105.

INID (2005) Conclusiones de la VII Reunión Nacional de Drogodependencias "Prevención de drogas y ocio alternativo". Disponible on line en: http://inid.umh.es/documentos/reuniones/conclusiones7a.pdf. Consultado en Junio 2005.

Jessor, R. y Jessor, S. L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth. New York: Academic Press.

Kaplan, H. B. (1980). Deviant behavior in defense of self. New York: Academic Press.

López-Sánchez C. (2000). Comparación de diversas técnicas psicológicas en la prevención de las drogodependencias. Tesis Doctoral: Universidad Miguel Hernández.

Luengo, A., Romero, E., Gómez-Fragüela, J. A., Guerra, A. y Lence, M. (1999). La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Lloret, D. (2001). Alcoholismo: una visión familiar. Salud y Drogas. Vol. 1, 1, 113-128.

Macià, D. (1984). Aplicación de la terapia de modelado en la prevención del inicio al consumo de la droga. Infancia y Aprendizaje, 26, 87-94.

Macià, D. (2000). Las drogas: conocer y educar para prevenir (6ª Ed.) Madrid: Pirámide. (Primera edición de 1995).

Macià, D., Olivares, J. y Méndez, F. X. (1990). Alternativas de tiempo libre en la prevención de las drogodependencias. VIII Congreso Nacional de Psicología, Barcelona.

Macià, D., Olivares, J. y Méndez, F. X. (1991). Intervención comportamental-educativa en la prevención de la drogodependencia. En F. X. Méndez, D. Macià y J.

Olivares, (Eds.) Intervención conductual en contextos comunitarios I: Programas aplicados de prevención (pp. 97-129). Madrid: Pirámide.

Méndez, F. X. y Espada, J. P. (1999, abril). Papel de la familia en el inicio del consumo de alcohol. IV Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud, Granada.

Méndez, F. X., Olivares, J. y Quiles, M. J. (1999). Técnicas de relajación, en J. Olivares y F. X. Méndez (Eds.), Técnicas de modificación de conducta (pp. 27-78). Madrid: Biblioteca Nueva (2ª edición).

Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P. y Kazdin, A. E. (1999). Las habilidades sociales en la infancia. Barcelona: Martínez-Roca.

Murray, D. M., Pirie, P., Luepker, R. V. y Pallonen, U. (1989). Five and six-year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies. Journal of Behavioral Medicine, 12, 207-218.

Observatorio Español sobre Drogas (2000). Encuesta sobre drogas a población escolar. Madrid: Ministerio del Interior.

Observatorio Español sobre Drogas (2004). Encuesta sobre drogas a población escolar. Madrid: Ministerio del Interior.

Olivares, J. y Méndez, F.X. (1999). Técnicas de Modificación de Conducta. Madrid: Biblioteca Nueva.

Pentz, M.A., Dwyer, J. H., MacKinnon, D. P., Flay, B. R., Hansen, W. B., Wang, E. Y. y Johnson, C. A. (1989). A multicommunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse. Journal of the American Medical Association, 261, 3259-3266.

Pfeffer, J. (1993). An exploratory study of decision making as related to the tobacco and alcohol use of eighth graders. Journal of Alcohol and Drug Education, 39, 1, 111-122.

Quiles, M.J. y Espada, J. P. (2004). Educar en la autoestima. Propuestas para la educación y el tiempo libre. Madrid: Editorial CCS.

Recio, J. L. (1991). El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas. Madrid: Cruz Roja Española.

Sánchez, L., Megías, I., Rodríguez, E. (2004). Jóvenes y Publicidad. Valores en la comunicación publicitaria para jóvenes. Madrid: FAD-INJUVE.

Secades, R. (1996). Alcoholismo juvenil. Prevención y Tratamiento. Madrid: Pirámide.

Secades, R. y Fernández, J.R. (2003). Factores de riesgo familiares para el uso de drogas: Un estudio empírico español. En J. R. Fernandez y R. Secades (Coords), Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Schaps, E., Moskowitz, J. M., Malvin , J. H. y Scheffer, G. H. (1986). Evaluation of seven school-based prevention programas: a final report on the Napa Project. International Journal of the Addictions, 21, 1081-1112.

Scheier, L. M., Botvin, G. J., Diaz, T. y Griffin, K. W. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. Journal of Drug Education, 29, 251-278.

Snow, D. L., Tebes, J. K., Arthur, M. W. y Tapasak, R. C. (1992). Two-year follow-up of a social-cognitive intervention to prevent substance use. Journal of Drug Education, 22, 101-114.

Spivack, G., Platt, J. J. y Shure, M. B. (1976). The problem-solving approach to adjustement. San Francisco: Jossey-Bass.

Sussman, S., Dent, C. W., Stacy, A. W. y Sun, P. (1993). Project towards no tobacco use: 1-year behavior outcomes. American Journal of Public Health, 83, 1245-1250.

Varó, J. R. (1991). Factores de riesgo en el consumo de alcohol y otras drogas. XIX Jornadas de Socidrogalcohol, Santa Cruz de Tenerife.

Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Amador, N., Bermúdez, P., Hernández, H., Fleiz, C., Gutiérrez, M. y Ramos, A. (2004). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del DF: medición otoño 2003. Reporte Global. INSEP. México

Wise, K.l., Bundy, K. a., Bundy, E. A. y Wise, L. A. (1991). Socials skills training for young adolescents. Adolescence, 26, 233-241.

Wolpe, J. y Lazarus, A. A. (1966). Behavior therapy techniques. Oxford: Pergamon Press.

FACTORES BIOPSICOSOCIALES EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

María Ángeles Ruipérez
Manuel Ignacio Ibáñez
Helena Villa
Generós Ortet
Departamento de Psicología Básica
Clínica y Psicobiología
Universitat Jaume I, Castelló de la Plana

Introducción

Según el último informe del Observatorio Español sobre Drogas, en el año 2001 más del 75% de la población española de entre 15 a 64 años había consumido alguna vez alcohol en el último año, casi un 65% lo había hecho en el último mes, cerca del 50% lo hacía todas las semanas, en torno a un 15% lo hacía diariamente, y casi el 10% de la población mantiene hábitos de consumo problemáticos o abusivos (Informe nº 6 del Observatorio Español sobre Drogas, 2003). Es decir, existe una gran variabilidad individual en el uso que se hace del alcohol.

¿Por qué existen estas diferencias individuales en el consumo de alcohol? Piazza et al. (1998) proponen dos posturas generales para explicar las diferencias individuales en la vulnerabilidad por desarrollar un uso excesivo de drogas en general y, por tanto, aplicables al consumo de alcohol: a) una visión centrada en la propia droga; b) una visión centrada en el individuo.

Así, desde la visión centrada en la propia droga, se consideraría que el abuso de las drogas, en este caso alcohol, es la consecuencia de la modificación inducida en el cerebro por un consumo repetido de las mismas. La exposición repetida de la droga, a través del desarrollo de la tolerancia, sensibilización y condicionamiento, induce dependencia a la sustancia. En este caso, se consideraría que las personas más vulnerables son las que están más expuestas a la droga debido a influencias del entorno como, entre otras, la presión social ejercida por los amigos o la influencia de la familia.

Desde una visión centrada en el individuo, se considera que el abuso de drogas, en este caso alcohol, es la consecuencia de la reacción peculiar a la droga por parte del individuo. Los más vulnerables son aquéllos que experimentan los efectos de la droga de una manera más reforzante debido a una reacción particular de los sustratos biológicos que interactúan con la misma y que varía según las personas.

Por tanto, según la visión centrada en la droga, la fuente de diferencias individuales en el consumo del alcohol sería atribuible a causas externas al individuo (ambiente). En el caso de la visión centrada en el individuo, las diferencias individuales en el uso y abuso del alcohol serían atribuibles a aspectos individuales ligados a sustratos biológicos (genética). Como veremos, ambas visiones no son excluyentes. Los estudios de genética cuantitativa muestran como ambos aspectos, genética y ambiente, son relevantes a la hora de explicar las diferencias individuales en el consumo de alcohol.

Además, Piazza et al. (1998) proponen que la visión centrada en el individuo podría desarrollarse a través de dos ideas. Primero, podríamos considerar que la vulnerabilidad a una determinada sustancia es un fenómeno específico de la misma. Una persona vulnerable se diferenciaría de una poco vulnerable en los efectos específicos de la droga. Estos efectos específicos estarían mediados por diferencias individuales en factores farmacogenéticos (eliminación y metabolismo) y farmacodinámicos (respuesta inicial, tolerancia y dependencia) específicos de la droga, en este caso alcohol (Li, 2000). La segunda idea es que la vulnerabilidad a una determinada droga es entendida como un fenómeno inespecífico de la misma y que, por tanto, es una manifestación de un patrón conductual más amplio. En este caso, una persona vulnerable a una determinada sustancia (p.ej., alcohol) sería vulnerable a otro tipo de conductas, como, por ejemplo, al consumo de otras sustancias adictivas, al juego patológico, o a conductas de riesgo. En la base de esta covariación de conductas podría estar la personalidad (Bardo et al., 1996;

Cloninger, 1987; Dellu et al., 1996; Eysenck, 1997; Noble, 2003; Vanyunkov y Tarter, 2000; Zuckerman y Kuhlman, 2000).

De nuevo, ambas visiones no serían excluyentes. Como veremos más adelante, parecen existir, por una parte, genes relacionados específicamente con el metabolismo del alcohol y el riesgo a desarrollar alcoholismo y genes que se asocian inespecíficamente a diferentes patrones de conducta, como el consumo de alcohol, consumo de otras drogas, otras conductas adictivas (p. ej., el juego patológico) y a dimensiones de temperamento y personalidad.

En definitiva, para explicar las diferencias individuales en el uso y abuso de alcohol hemos de contemplar la interacción de múltiples factores tanto biológicos, como psicológicos y sociales de riesgo y protección a este tipo de comportamientos. Éste es, precisamente, el objetivo del presente capítulo.

No obstante, antes de continuar, realizaremos algunas precisiones terminológicas. Durante la exposición utilizaremos en múltiples ocasiones términos como uso de alcohol, así como abuso de alcohol o alcoholismo. Por uso nos referiremos a aquellos consumos no patológicos de alcohol, como los primeros contactos con esta sustancia o el uso habitual y moderado del mismo. Por abuso, y en ocasiones alcoholismo, nos referimos al uso patológico del alcohol, es decir, a los criterios específicos que sobre abuso y dependencia del alcohol proponen los sistemas internacionales de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales.

Influencias genéticas y ambientales en el consumo de alcohol

Como hemos visto, existen diferencias individuales en el uso y abuso del alcohol. Para concretar cuáles son las variables relevantes que se relacionan con el consumo normal y patológico de alcohol, primero debemos conocer cuál es la naturaleza de las variables implicadas en el origen de las diferencias individuales en este tipo de conductas. Para ello, en primer lugar, nos centraremos en los estudios de genética cuantitativa (Plomin et al, 2001), dado que los resultados obtenidos mediante estos estudios son un primer paso para determinar qué variables debemos investigar respecto a la etiología de un determinado fenómeno, en este caso, el uso y abuso del alcohol. Es decir, estos estudios permiten determinar el tipo de factores (ambientales o genéticos) y el grado en que son relevantes para explicar las diferencias individuales encontradas en el uso y abuso de alcohol.

La mayor parte de los estudios de genética cuantitativa se han centrado en las formas patológicas de consumo de alcohol. No obstante, existen otros aspectos relacionados con el alcohol que merecen ser tenidos en cuenta y que también han recibido cierta atención por parte de los estudios de genética cuantitativa. Así, el inicio del consumo (edad en que se consume por primera vez una bebida alcohólica) y la conducta de consumo habitual no patológico (cantidad y frecuencia de consumo). Desde nuestro punto de vista, estos últimos estudios son relevantes porque las influencias genéticas y ambientales pueden variar según se trate de los primeros contactos con el alcohol, su consumo habitual o el abuso y dependencia del mismo.

Por lo que se refiere a los primeros contactos con el alcohol, el grupo de Rose (Rose, 1998; Viken et al., 1999), en un estudio longitudinal en varias cohortes de gemelos finlandeses, ha encontrado que las diferencias individuales eran debidas fundamentalmente a variables relacionadas con el ambiente, en especial con el denominado ambiente compartido o experiencias comunes dentro de la propia familia o el entorno sociocultural. Otros estudios de genética cuantitativa que han evaluado la edad de inicio muestran también la relevancia de las influencias

sociales en los primeros contactos con el alcohol (e.g., Prescott y Kendler, 1999; Stallings et al., 1999).

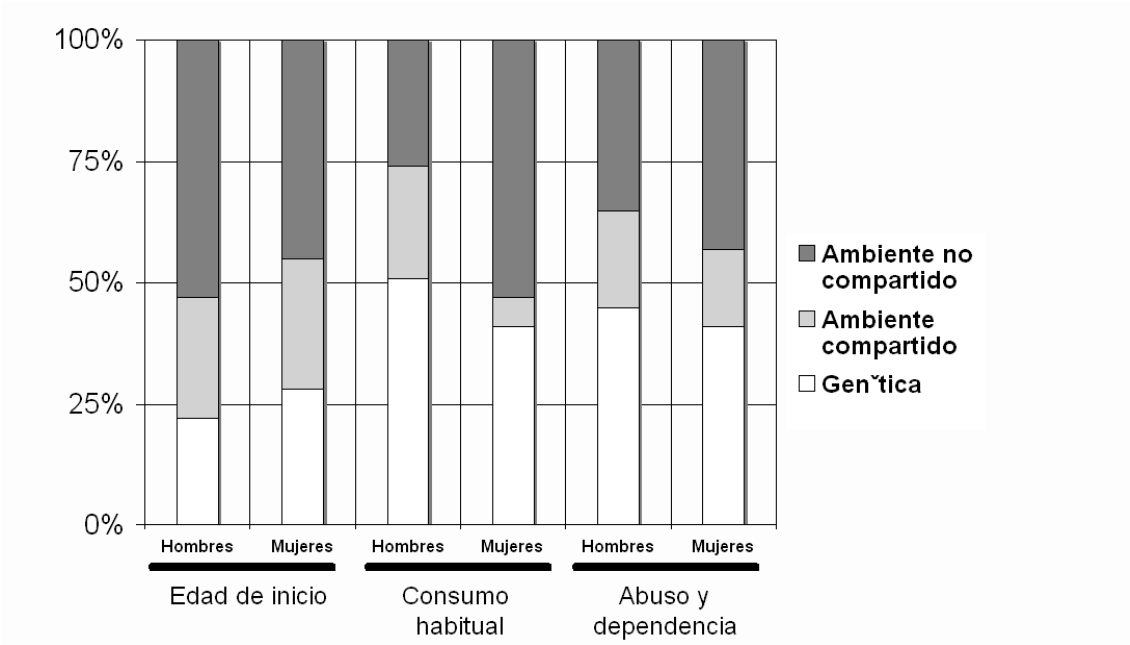
Conforme el uso del alcohol empieza a ser más habitual, las variables genéticas van teniendo un papel cada vez más relevante, así como el denominado ambiente no compartido o único (e.g. Viken et al., 1999). Por ejemplo, Koopmans et al. (1997) encontraron que en los primeros años de la adolescencia, época que coincide con los primeros contactos con el alcohol, los índices de heredabilidad en el uso del alcohol eran bajos. Por el contrario, eran las experiencias comunes con, entre otros, la familia o el entorno sociocultural, es decir, el ambiente compartido, las variables que más influían en la conducta de inicio al consumo de alcohol. No obstante, conforme la edad aumentaba y los patrones de uso del alcohol comenzaban a ser más estables, los índices de heredabilidad también aumentaban, y empezaban a cobrar importancia las experiencias únicas e idiosincrásicas, es decir, el ambiente no compartido.

En esta línea, los estudios sobre consumo habitual no patológico de alcohol en edad adulta muestran como influyen casi por igual los factores genéticos como los ambientales. Y es el ambiente no compartido, es decir, las experiencias y vivencias únicas de las personas, el que más parece influir en el consumo habitual de alcohol (Heath et al. ,1991; Prescott et al. 1994).

Por su parte, el uso patológico del alcohol muestra un perfil de influencias genéticas y ambientales similar al encontrado en patrones de uso habitual no patológico. Así, la heredabilidad del alcoholismo se sitúa en torno al 40-50%, mientras que las influencias ambientales, básicamente atribuibles al ambiente no compartido, explican el resto de varianza (Heath, 1995; McGue, 1994; Kendler, 2001). No obstante, aunque el patrón de influencias de la genética y el ambiente sea similar en el uso no patológico de alcohol y en el alcoholismo, desconocemos aún hasta qué punto los factores concretos de tipo genético y ambiental son similares en estos patrones de conducta.

De acuerdo con lo anterior, la Figura 1 presenta los índices aproximados de varianza explicada por la genética, por el ambiente compartido y por el ambiente no compartido, tanto para hombres como para mujeres, en tres fases del consumo de alcohol: la edad de inicio, el consumo habitual no patológico y el alcoholismo.(1)

Figura 1- Estimación de la proporción total de varianza atribuible a los factores genéticos, ambientales compartidos y ambientales no compartidos en diferentes patrones de uso y abuso de alcohol



Otro tipo de diseño en los estudios de genética cuantitativa son los estudios de adopción (Plomin et al., 2001). Así, los niños adoptados, tanto varones como mujeres, cuyos padres biológicos presentan abuso y dependencia del alcohol muestran un mayor riesgo de desarrollar alcoholismo que los niños adoptados cuyos progenitores biológicos no son alcohólicos. Además, el hecho de ser criado en una familia adoptiva que presenta problemas de alcoholismo no parece ser un factor determinante en el desarrollo del abuso y dependencia del alcohol (McGue, 1994; Heath, 1995).

A pesar de que estos estudios son todavía muy reducidos y presentan algunos problemas metodológicos, la evidencia conjunta de los trabajos de gemelos y de adopción parece confirmar las siguientes conclusiones con respecto a los diferentes patrones de consumo de alcohol: a) son los factores ambientales los que parecen jugar un papel más importante en el inicio del consumo de alcohol, mientras que tanto en el consumo habitual de alcohol como en el alcoholismo los factores genéticos son casi tan importantes como los ambientales; b) el ambiente compartido tiene cierta relevancia en las primeras etapas del uso del alcohol, mientras que es el ambiente no compartido el que tiene un mayor peso en el consumo habitual de alcohol y en el alcoholismo; y c) estos resultados son similares en hombres y en mujeres.

---

(1) Los datos referentes a la edad de inicio de consumo de alcohol están basados en los trabajos de Prescott y Kendler (1999) y Stallings et al., (1999), con una muestra total de aproximadamente 3.400 pares de gemelos norteamericanos. Para la estimación de los índices de heredabilidad en el consumo habitual no patológico de alcohol nos hemos basado en los trabajos de Heath et al. (1991) y Prescott et al. (1994). Estos estudios han sido realizados en una muestra aproximada de 1.500 pares de gemelos estadounidenses y 4.000 pares de gemelos australianos. Finalmente, los datos referentes al alcoholismo están basados en la revisión y reanálisis que McGue (1994) realizó de estudios de gemelos que presentaban diagnósticos de abuso y dependencia del alcohol, así como en los trabajos de Heath (1995) y Heath et al. (1997) en Australia, y Prescott et al. (1999) y True et al. (1999) en los Estados Unidos. En conjunto, un número aproximado de 34.000 pares gemelos.

Factores implicados en el consumo de alcohol

Como hemos visto, los estudios de genética cuantitativa muestran como las conductas de uso y abuso de alcohol son atribuibles tanto a aspectos genéticos como ambientales. Además, estos factores genéticos y ambientales son múltiples (véase Zucker et al., 1994). Por tanto, una aproximación exhaustiva de las variables causales, moderadoras y moduladoras del consumo, abuso y dependencia del alcohol debe considerar aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Factores biológicos

El etanol es un tipo de alcohol que presenta una estructura molecular muy simple. Esta simplicidad hace que el etanol, al contrario que otras drogas, no tenga la suficiente complejidad estructural que le permita disponer de un receptor específico. Esto facilita que el etanol, o su metabolito el acetaldehído, interactúe con múltiples sustancias cerebrales mostrando efectos psicobiológicos diferentes y, por tanto, resulta complejo determinar cual o cuales de estos factores son relevantes en el desarrollo de las conductas de uso y abuso de alcohol (véanse Aragón et al. 2002; Eckardt et al., 1998; Hunt, 1993; Roberts y Koob, 1997; Tabakoff y Hoffman, 1987).

Factores biológicos específicos

Entre los factores que se han considerado para explicar las diferencias individuales en el consumo de alcohol se encuentran los aspectos biológicos específicos del alcohol, especialmente los relacionados con los procesos de metabolización del mismo (Li, 2000). La mayor parte del alcohol (aproximadamente el 80%) se metaboliza en el hígado. Básicamente, el alcohol es metabolizado a acetaldehído por la enzima alcohol deshidrogenasa (ADH) mediante un proceso de oxidación. A su vez, el acetaldehído es metabolizado a acetato por la enzima aldehído deshidrogenasa (ALDH), fundamentalmente por la isoforma ALDH2. Otros sistemas enzimáticos que también participan en la oxidación del alcohol en acetaldehído son el MEOS (*Microsomal Ethanol Oxidicing System*) y el complejo catalasa-peróxido de hidrógeno (compuesto I). No obstante, la contribución del MEOS es significativa sólo cuando las concentraciones de alcohol en el hígado son moderadamente elevadas (Aragón et al., 2002; Eckardt et al., 1998; Li, 2000). La acción de la catalasa a nivel periférico probablemente es limitada (Eckradt et al., 1998), aunque podría jugar un papel relevante en la oxidación del etanol en acetaldehído en el sistema nervioso central y, por tanto, en los efectos psicobiológicos del alcohol (Koechling et al., 1995; Aragón et al., 2002).

En este sentido, los estudios de genética molecular de asociación en humanos han mostrado como alelos de los genes relacionados con la ALDH se relacionan con el alcoholismo en algunas poblaciones orientales, especialmente en japoneses. Parece que la variante ALDH2*2 protegería del alcoholismo debido a las reacciones

aversivas producidas por la acumulación de acetaldehído en el organismo. Además, otros estudios de asociación han mostrado que el gen de una variante de la ADH, la ADH2*2, parece actuar también como protector del alcoholismo no sólo en población oriental, sino también en población general (véanse Enoch y Goldman, 2000; Goate y Edenberg, 1998; Li, 2000).

Factores biológicos inespecíficos

En el cerebro, el etanol, interactúa con múltiples sistemas de neurotransmisión y con otras sustancias cerebrales, ya sea directamente o bien mediante su metabolito acetaldehído, (e.g., glutamato, opioides, GABA, serotonina y dopamina, entre otros; véanse Eckardt et al., 1998; Hunt, 1993; Roberts y Koob, 1997; Tabakoff y Hoffman, 1987). Estos factores biológicos inespecíficos son especialmente relevantes porque serían los responsables de algunos de los efectos psicobiológicos que el alcohol presenta, como los efectos reforzantes o los efectos de reducción de la ansiedad. Además, estos factores biológicos también se relacionarían con un amplio rango de conductas, como la adicción a otras drogas, trastornos psicopatológicos de carácter externalizante e internalizante, o determinadas dimensiones de personalidad.

Parece bien establecido que el sistema dopaminérgico mesolímbico podría estar a la base de la regulación de los efectos reforzantes o incentivo-motivacionales de las drogas adictivas, incluyendo el alcohol (e.g., Di Chiara, 1997; Eckardt et al., 1998; Koob y LeMoal, 1997; 2001; Roberts y Koob, 1997; Robinson y Berridge, 2000; Spanagel y Weiss, 1999). Así, las neuronas dopaminérgicas que proyectan a la corteza del núcleo acúmbeo son muy sensibles al alcohol, produciendo liberación de dopamina incluso con dosis bajas y moderadas del mismo (Di Chiara, 1997; Eckardt et al., 1998).

En esta línea, aunque los resultados aún no son concluyentes, existe cierta evidencia de asociación entre polimorfismos de genes dopaminérgicos, como el D4DR y el alcoholismo (Ebstein y Belmaker, 1997; Ebstein et al. 2000). Especialmente interesante es el estudio de Muramatsu et al. (1996), donde en una muestra de japoneses se encontró una interacción entre el receptor D4DR y alcoholismo en aquellos participantes con un alelo del gen ALDH2, gen que, como hemos visto, parece ejercer un papel protector en el desarrollo de alcoholismo. Este estudio muestra como genes específicos e inespecíficos del alcohol pueden interactuar (epistasis) en la manifestación del alcoholismo, y como es posible detectar la relación entre determinados genes y determinados fenotipos sólo cuando se tienen en cuenta varios genes.

No obstante, el gen que más atención ha recibido en relación con el alcoholismo es el gen de dopamina D2DR. Desde el primer estudio de Blum y cols. en 1990 (véase Uhl, Blum, Noble y Smith, 1993), más de una docena de trabajos han estudiado la relación entre alcoholismo y diferentes alelos del gen D2DR. Aunque los resultados no son concluyentes, diversas revisiones al respecto (Uhl et al., 1993; Noble, 1998; 2003) parecen apuntar a que diferentes alelos del gen D2DR están asociado con el alcoholismo y con la adicción a otras drogas en población de origen caucásico, aunque es seguro que otros genes de pequeño efecto están también implicados en estos trastornos.

Por otro lado, la actuación del alcohol como un reforzador negativo por su capacidad ansiolítica es menos clara, aunque se ha implicado a los sistemas GABAérgicos y serotonérgicos (Eckardt et al., 1998; Hunt, 1993; Koob y LeMoal, 1997; 2001; Lovinger, 1997; Mihic y Harris, 1997). En este sentido, el escaso número de estudios de genética molecular realizados hasta la fecha han mostrado

relaciones relativamente consistentes entre polimorfismos del gen SERT con el alcoholismo (véanse Ebstein et al., 2000; Hammoumi et al., 1999; Thomson et al., 2000).

Factores psicológicos y sociales

A pesar de la importancia de los factores genéticos en la explicación de las conductas asociadas con el alcohol, existen aspectos psicosociales igualmente relevantes en el uso y abuso de alcohol. De hecho, estos factores son los más importantes en las primeras experiencias con el alcohol y, en relación con su consumo habitual y abusivo, tienen prácticamente el mismo peso que los factores genéticos.

Factores sociales

Existe una gran variabilidad en los patrones de consumo que se realizan en diferentes países o culturas (Bloomfield et al., 2003). Así pues, al analizar los factores sociales relevantes que influyen en el uso y abuso de alcohol, debemos tener en cuenta las influencias de tipo macroambiental, como la cultura y las políticas reguladoras del alcohol, entre otras (Bloomfield et al., 2003; Johnstone, 1994; Single, 1994). Así, por ejemplo, los aspectos culturales podrían actuar como marco normativo de los patrones de consumo dentro un determinado contexto sociocultural, mientras que las políticas reguladoras pueden influir en la mayor o menor facilidad de acceso a las bebidas alcohólicas. No obstante, dentro de un mismo país o cultura existe también una gran variabilidad en los patrones individuales de consumo de alcohol, tal como hemos visto en el primer apartado. Esto implicaría que, las variables macroambientales explicarían parte de las diferencias en el uso de alcohol entre diferentes culturas, pero no las diferencias entre las personas en el uso y abuso de alcohol en un mismo contexto sociocultural.

Las influencias ambientales que influirían en las diferencias individuales en el uso y abuso de alcohol dentro de un mismo contexto sociocultural pueden ser clasificadas, al igual que respecto a las influencias genéticas, en específicas e inespecíficas del alcohol (Ellis et al., 1997). De entre las específicas, destacan el consumo de alcohol por parte de los padres (Ellis, et al., 1997; Jacob y Leonard, 1994; Pearson, 2000; Wills et al., 1996) o los estilos educativos y de afrontamiento paternos ante el alcohol y otras drogas (Pearson, 2000; Pons y Berjano, 1999). Además de los factores familiares, de especial relevancia parecen los patrones de uso de alcohol de los iguales, sobre todo con relación a los primeros contactos con el alcohol (Jacob y Leonard, 1994; Newcomb, 1994). Entre las variables ambientales inespecíficas, se ha subrayado el papel de los ambientes familiares poco cohesionados y conflictivos, la agresión y violencia familiar, o el nivel socioeconómico familiar (Ellis et al., 1997; Jacob y Leonard, 1994; Wills et al., 1996).

Factores psicológicos y de personalidad

No obstante, se ha propuesto que algunas de las anteriores variables genéticas y ambientales podrían influir en el consumo de alcohol a través de la mediación y modulación de variables cognitivas y afectivo-motivacionales, como las expectativas de los efectos del alcohol (Ellis, et al., 1997; Finn et al., 2000; Kushner et al., 1994; Schuckit, 1998), la regulación afectiva, p.ej. afrontar el estrés y reducir la ansiedad, o buscar los efectos reforzantes (Cooper et al., 1995; 2000; Loukas et al., 2000; Theakston et al., 2004), las actitudes hacia el alcohol (Pons y Berjano, 1999), o la personalidad.

La personalidad es uno de los factores psicológicos más estudiados en relación con el consumo normal y abusivo de alcohol (Ball, 2005; Cloninger, 1987; Eysenck, 1997; Ibáñez et al., 2002; Sher y Thrull, 1994; Zuckerman y Kuhlman). Aunque no existe una "personalidad alcohólica", la personalidad constituye un factor relevante de vulnerabilidad o predisposición a un amplio rango de conductas desinhibidas/externalizantes, entre ellas el uso y abuso de alcohol (Sher y Thrull, 1994; Krueger et al., 2000; 2002; Young et al., 2000).

Los estudios en jóvenes muestran cómo la búsqueda de sensaciones, la búsqueda de novedad o de la impulsividad se relacionan con el consumo de alcohol y otras drogas (especialmente legales) (e.j., Luengo et al., 1996; Newcomb y McGee, 1991). No obstante, esta relación parece estar mediada por una variable especialmente relevante en estas edades, como la afiliación con amigos que muestran conductas desviadas (véase apartado 3.2.1). Así, Wills y cols. (véase Wills et al., 2000) han encontrado como la búsqueda de sensaciones, la búsqueda de novedad o la toma de riesgos facilitan la afiliación con amigos que consumen alcohol y otras drogas, lo que, a su vez, incrementará la posibilidad de consumo de alcohol (y otras drogas legales) en adolescentes.

Por su parte, los estudios en adultos muestran como el consumo de alcohol no patológico se relaciona con la búsqueda de sensaciones, la búsqueda de novedad, la impulsividad, el psicoticismo, o la baja responsabilidad y la baja amabilidad (Cloninger et al., 1995; Cooper et al., 1995; 2000; Finn et al., 2000; González et al., 1997; Grau y Ortet, 1999; Schuckit, 1998; Theakston et al., 2004). Probablemente, esta relación es atribuible a factores psicobiológicos comunes subyacentes a los rasgos de personalidad impulsivos/desinhibidos y a los efectos reforzantes del etanol (Bardo et al., 1996; Cloninger, 1987; Eysenck, 1997; Ibáñez et al., 2002; Vanyunkov y Tarter, 2000; Zuckerman y Kuhlman, 2000).

Cuando se comparan muestra clínicas con diagnósticos de abuso o dependencia al alcohol y muestras no-clínicas también parecen existir diferencias en personalidad. Las muestras clínicas presentan mayores valores en rasgos como la búsqueda de sensaciones, búsqueda de novedad, impulsividad, psicoticismo o agresividad. Asimismo, también suelen tener mayores puntuaciones en neuroticismo, ansiedad o emotividad negativa que las muestras no-clínicas (Krueger et al., 2000; McGue et al., 1997; Sher y Trull, 1994).

En línea con lo anterior, una de las clasificaciones más influyente respecto al alcoholismo es la propuesta por Cloninger (1987; Cloninger et al., 1996), quién a partir de estudios prospectivos, genéticos, de adopción y psicobiológicos, han propuesto dos tipos fundamentales de alcoholismo. Así, la predisposición para el alcoholismo tipo I, que afectaría por igual a hombres y mujeres, estaría influido de forma más importante por factores de tipo ambiental y, en menor grado, por factores genéticos. El alcoholismo tipo I se caracteriza por un comienzo tardío en el abuso de alcohol, y una preocupación y ansiedad intensas relacionadas con el alcoholismo. Las personas con este subtipo de alcoholismo se caracterizan por rasgos de personalidad como una alta ansiedad y emotividad negativa, y la motivación principal para beber sería la reducción de la ansiedad. El tipo II de alcoholismo afectaría en mayor proporción a hombres que a mujeres, y estaría influenciado especialmente por factores genéticos y, en menor grado, por factores ambientales. El alcoholismo tipo II estaría asociado con un comienzo temprano tanto de abuso de alcohol como de conducta antisocial. La dimensión de personalidad más característica sería una alta búsqueda de novedad, y el motivo principal de consumo de alcohol sería atribuible a las propiedades reforzantes del mismo.

A pesar de estos resultados, la investigación correlacional presenta algunas limitaciones, ya que no informa acerca de la relación causal entre la personalidad y el uso y abuso de alcohol, por lo que las puntuaciones obtenidas en cuestionarios de personalidad pueden no ser causa, sino consecuencia, del propio alcoholismo (Sher y Trull, 1994). Así pues, aunque los estudios longitudinales o prospectivos son escasos, sus resultados son especialmente relevantes para extraer hipótesis que se aproximen a la causalidad. Cloninger et al. (1988) evaluaron diversos rasgos temperamentales de niños suecos de 10 y 11 años, esta misma muestra fue evaluada cuando los participantes tuvieron 27 años con el objetivo de identificar posibles problemas relacionados con el alcohol. Los principales resultados mostraron como los niños varones con una alta búsqueda de novedad y una baja evitación del daño tenían un riesgo 20 veces mayor de alcoholismo que los niños sin estas características.

Estudios similares se han llevado a cabo en países como Canadá, Nueva Zelanda o Finlandia con resultados, en general, coincidentes. Así, estos estudios muestran como los niños varones con características como una alta búsqueda de novedad, impulsividad, problemas de conducta o agresividad, tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas relacionados con el abuso de alcohol (e incluso otras drogas) que los niños sin estas características temperamentales. En el caso de las niñas parece existir una tendencia similar, aunque los resultados son menos consistentes (véase Rose, 1998).

A pesar de la importancia de los estudios anteriores, probablemente los resultados más concluyentes provienen de estudios de genética cuantitativa y genética molecular. Recientemente, se ha encontrado como los rasgos de personalidad relacionados con la desinhibición y la búsqueda de novedad mostraban relación genética con patrones conductuales como la conducta antisocial, los trastornos de conducta, la hiperactividad, así como con la dependencia al alcohol y otras drogas (Krueger et al., 2002; Slutske et al., 2002; Young et al., 2000). Concretamente, Slutske et al. (2002) han encontrado como aproximadamente el 40% de la varianza común entre rasgos de personalidad, como la búsqueda de novedad o el psicoticismo y el riesgo de dependencia al alcohol, es explicada por factores genéticos comunes. En esta línea, determinados polimorfismos de genes de receptores dopaminérgicos (p.e., D4DR o D2DR) además de mostrar relación, como hemos expuesto, con el consumo de alcohol, se han asociado con rasgos como la búsqueda de novedad y sensaciones, la desinhibición y otras conductas impulsivas (véanse Schinka et al., 2002, Reif y Lesch, 2003; Rodríguez et al, en prensa; Vanyukov y Tarter, 2000).

En resumen, las variables de personalidad resultan un factor relevante en diferentes patrones de uso y abuso de alcohol. Características de personalidad asociadas con la impulsividad/desinhibición, como la búsqueda de sensaciones y novedad, la impulsividad, la baja amabilidad o la baja responsabilidad, tendrían influencia en los primeros contactos con el alcohol probablemente de forma indirecta, facilitando la afiliación con personas que consumen y muestran tolerancia a este tipo de conductas. En el uso habitual no patológico de alcohol, las dimensiones relacionadas con la impulsividad/desinhibición, también parecen mostrar cierto grado de relación. En este caso, esta asociación probablemente vendría mediada por la motivación a beber debido los efectos de refuerzo positivo del alcohol. Finalmente, en el uso patológico de alcohol (abuso y dependencia al alcohol), tanto las dimensiones relacionadas con la impulsividad/desinhibición como con la emotividad negativa, como la ansiedad o el neuroticismo, parecen relevantes. Concretamente, la relación entre la impulsividad/desinhibición y el abuso y adicción al alcohol parece estar mediada por mecanismos biológicos comunes asociados a sistemas de refuerzo positivo. La emotividad negativa por su parte, podría resultar relevante en el mantenimiento del consumo patológico de

alcohol una vez este patrón de consumo ya se ha establecido. La retirada o abstinencia del alcohol (y otras drogas) produce toda una serie de efectos aversivos, entre ellos un incremento en la ansiedad y el afecto negativo. Además, el mismo abuso y adicción al alcohol conlleva toda una serie de problemas susceptibles de generar ansiedad. El alcohol posee efectos ansiolíticos y, probablemente, estos efectos son percibidos como más eficaces en aquellas personas con una alta ansiedad/emotividad negativa, o bien estas personas perciben como más ansiógenas las situaciones relacionadas con el alcoholismo, incluidos los efectos de retirada del alcohol (véase Ibáñez et al., 2002).

Conclusiones

A partir de la revisión realizada en el presente capítulo y de acuerdo con un modelo biosocial (Zuckerman, 1999) o biopsicosocial (Zucker et al., 1994), consideramos que la conducta de consumo de alcohol, tanto normal como patológico, debe explicarse teniendo en cuenta tres ámbitos fundamentales, tal y como se representa (de forma esquemática y simplificada) en la Figura 2:

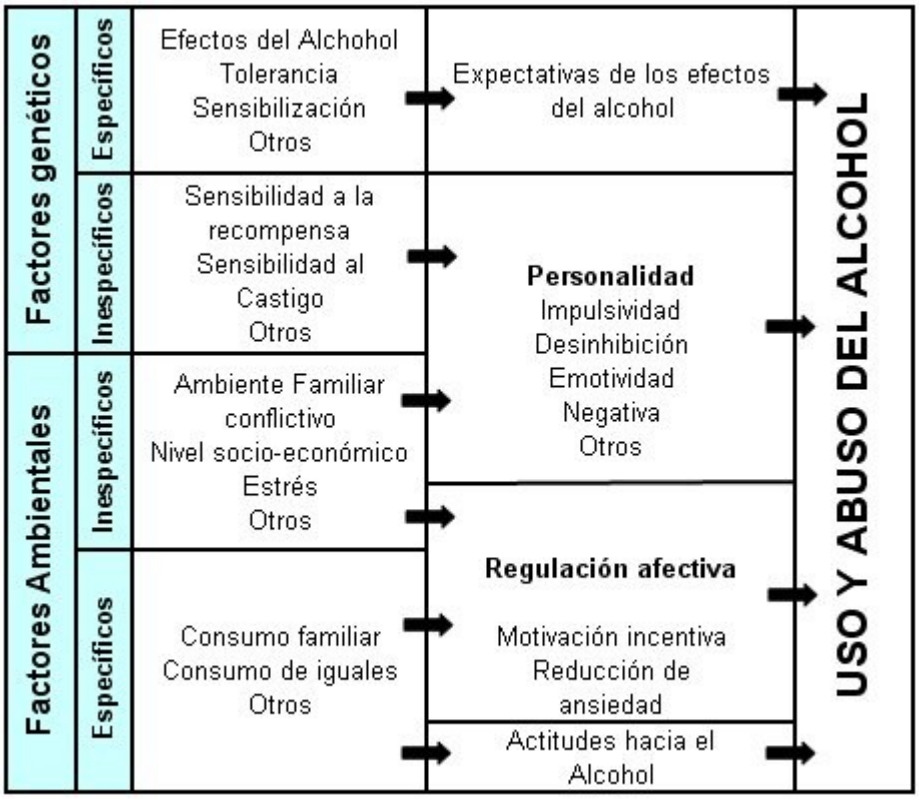
1. Genéticos y biológicos de tipo específico, como los que se relacionan con el metabolismo del alcohol, e inespecíficos, los cuales se asociarían a patrones conductuales más amplios, como el consumo de diferentes drogas o determinadas dimensiones de personalidad.

2. Psicológicos, como rasgos de personalidad asociados a la impulsividad/desinhibición (búsqueda de sensaciones y novedad, impulsividad, psicoticismo, baja responsabilidad) y a la emotividad negativa (ansiedad, neuroticismo, evitación del daño), así como otras variables cognitivas y afectivo-motivacionales, como la regulación afectiva, las expectativas sobre los efectos del alcohol o las actitudes hacia el mismo.

3. Ambientales y sociales de tipo específico, como el consumo de alcohol en la familia o por parte de amigos, y de tipo inespecífico, como los ambientes familiares y escolares conflictivos.

Es seguro que otros factores biológicos, psicológicos o psicosociales no contemplados en el presente capítulo son también relevantes en diferentes patrones de uso y abuso de alcohol. Por tanto, son necesarios estudios sistemáticos que contemplen la interacción entre múltiples factores de protección y vulnerabilidad en diferentes comportamientos relacionados con la salud, entre ellas las conductas de uso y abuso de alcohol.

Figura 2- Una propuesta orientativa de modelo biopsicosocial del consumo de alcohol



Agradecimientos

El presente trabajo ha sido financiado por los proyectos de investigación del Ministerio de Ciencia y Tecnología (BSO2002-03875) y Bancaixa-UJI (P1·1B2002-30). Este artículo ha sido escrito durante el año sabático (2004-2005) de Generós Ortet en el Departamento de Psicología de la Glasgow Caledonian University gracias a una ayuda de la Secretaría de Estado de Educación y Universidades.

Referencias

Aragón, C. Miquel, M., Correa, M. y Sanchís-Segura, C. (2002). Alcohol y metabolismo humano. Adicciones, 14, 23-42

Ball, S.A. (2005). Personality traits, problems, and disorders: clinical applications to substance use disorders. Journal of Research in Personality, 39, 84-102.

Bardo, M.T., Donohew, R.L. y Harrington, N.G. (1996). Psychobiology of novelty seeking and drug seeking behavior. Behavioural Brain Research, 71, 23-43.

Bloomfield, K., Stockwell, T. Gmel, G., y Rehn, N. (2003). International Comparisons of Alcohol Consumption. Alcohol Research and Health, 27, 95-109

Cloninger, C.R. (1987). Neurogenetic adaptative mechanism in alcoholism. Science, 236, 410-416.

Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 12, 494-505.

Cloninger, C.R., Sigvardsson, S. y Bohman, M. (1996). Type I and Type II alcoholism: an update. Alcohol Health & Research World, 20, 18-23.

Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., Przybeck, T.R. y Svrakic, D.M (1995). Personality antecedents of alcoholism in a national area probability sample. European Archives of Clinical Neuroscience, 245, 239-244.

Cooper, M.L., Frone, M.R., Rusell, M. y 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.

Cooper, M.L., Agocha, V.B. y Sheldon, M.S. (2000). A motivational perspective on risky behaviors: the role of personality and affect regulatory processes. Journal of Personality, 68, 1059-1088.

Dellu, F., Mayo, W., Piazza, P.V., Le Moal, M. y Simon, H. (1996). Novelty-seeking in rats: biobehavioral characteristics and possible relationship with the sensation seeking trait in man. Neuropsychobiology, 34, 136-145.

Di Chiara, G. (1997). Alcohol and dopamine. Alcohol Health and Research World, 21, 108-114.

Ebstein, R.P. y Belmaker, R.H. (1997). Saga of an adventure gene: Novelty seeking, substance abuse and the dopamine D4 receptor (D4DR) exon III repeat polymorphism. Molecular Psychiatry, 2, 381-384.

Ebstein, R.P., Benjamin, J, Belmaker, R.H. (2000). Personality and polymorphisms of genes involved in aminergic neurotransmission. European Journal of Pharmacology, 410, 205-214.

Eckardt, M.J., File, S.E., Gessa, G.L., Grant, K.A., Guerri, C., Hoffman, P.L., Kalant, H., Koob, G.F., Li, T.K. y Tabakoff, B. (1998). Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22, 998-1040.

Ellis, D.A., Zucker, R.A. y Fitzerald, H.E. (1997). The role of family influences in development and risk. Alcohol Health and Research, 21, 218-226.

Enoch, M.A. y Goldman, D. (2000). Genetics of alcoholism. En D.W. Pfaff, W.H. Berrettini, T.H. Joh y S.C. Maxon (Eds.), Genetic influences on neural and behavioral functions (pp. 147-157). Boca Raton: CRC Press.

Eysenck, H.J. (1997). Addiction, Personality and Motivation. Human Psychopharmacology, 12, 79-87.

Finn, P.R., Sharkansky, E.J, Brandt, K.M and Turcotte, N. (2000). The effects of familial risk, personality and expectancies on alcohol use and abuse. Journal of Abnormal Psychology, 109, 122-133.

Goate, A.M. y Edenberg, H.K. (1998). The genetics of alcoholism. Current Opinion in Genetics & Development, 8, 282-286.

González, M., Ibáñez, I. y Peñate, W. (1997). Consumo de alcohol, búsqueda de sensaciones y dimensiones básicas de personalidad. Análisis y Modificación de Conducta, 23, 385-404.

Grau, E. y Ortet, G. (1999). Personality traits and alcohol consumption in a sample of non-alcoholic women. Personality and Individual Differences, 27, 1057-1066.

Hammoumi, S., Payen, A., Favre, J.D., Balmes, J.L., Bernard, J.I., Husson, M., Ferrand, J.P., Martin, J.P. y Doust, M. (1999). Does the short variant of the serotonin transporter linked polymorphic region constitute a marker of alcohol dependence? Alcohol, 17, 107-112.

Heath, A.C. (1995). Genetic influences on alcoholism risk. A review of adoption and twin studies. Alcohol Health and Research World, 19, 166-171.

Heath, A.C., Meyer, J., Jardine, R. y Martin, N.G. (1991). The inheritance of alcohol consumption patterns in a general population twin sample: II. Determinants of consumption frequency and quantity consumed. Journal of Studies on Alcohol, 52, 423-433.

Heath, A.C., Bucholz, K.K., Madden, P.A., Dinwiddie, S.H., Slutske, W.S., Bierut, L.J., Statham, D.J., Dunne, M.P., Whitfield, J.B. y Martin, N.G. (1997). Genetic and environmental contributions to alcohol dependence risk in a national twin sample: consistency of findings in women and men. Psychological Medicine, 27, 1381-1396.

Hunt, W.A. (1993), Neuroscience research: how has it contributed to our understanding of alcohol abuse and alcoholism? A review. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 17, 1055-1065.

Ibáñez. M.I., Ortet, G. y Ávila, C. (2002). Motivación, personalidad y adicción. En F. Palmero, E.G. Fernández-Abascal, F. Martínez y M. Chóliz (Eds.), Psicología de la motivación y la emoción (pp. 497-511). Madrid: McGraw-Hill.

Jacob, T. y Leonard, K. (1994). Family and peer influences in the development of adolescent alcohol abuse. En Zucker, R., Boys, G. y Howard, J. (Eds.), The development of alcohol problems: exploring the biopsychosocial matrix of risk (Research Monograph-26). (pp. 123-156). Rockville: N.I.A.A.A.

Johnstone, B.M. (1994). Sociodemographic, environmental, and cultural influences. En R. Zucker, G. Boyd y J. Howard, J. (Eds.), The development of alcohol problems: exploring the biopsychosocial matrix of risk (Research Monograph-26) (pp. 169-204). Rockville: N.I.A.A.A.

Kendler, K.S. (2001). Twin studies of psychiatric illness. Archieves of General Psychiatry, 58, 1005-1014.

Koechling, U.M., Amit, Z. Y Negrete, J.C. (1995). Family history of alcoholism and the mediation of alcohol intake by catalase: Further evidence for catalase as a marker of the propensity to ingest alcohol. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 19, 1096-1104.

Koob, G.F. y Le Moal, M. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. Science, 278, 52-58.

Koob, G.F. y Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward and allostasis. Neuropsychopharmacology, 24, 97-129.

Koopmans, J.R., Van Doornen, L.J.P. y Boosma, D.I. (1997). Association between alcohol use and smoking in adolescent and young adult twins: a bivariate genetic analysis. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 21, 537-546.

Krueger, R.F., Caspi, A., y Moffit, T.E. (2000). Epidemiological personology: The unifying role of personality in population-based research on problem behaviors. Journal of Personality, 68, 967-998.

Krueger, R.F., Hicks, B.M., Patrick, C.J., Carlson, S.R., Iacono, W.G. y McGue, M. (2002). Etiologic connections among substance dpendence, antisocial behavior, and personality: Modeling the externalizing spectrum. Journal of Abnormal Psychology, 111, 411-424.

Kushner, M.G., Sher, K.J., Wood, M.D. y Wood, P.K. (1994). Anxiety and drinking behavior: moderating effects of tension-reduction alcohol outcome expectancies. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 18, 852-860.

Li, T.K. (2000). Pharmacogenetics of responses to alcohol and genes that influence alcohol drinking. Journal of Studies on Alcohol, 61, 5-12.

Loukas, A., Krull, J.L, Chassin, L. y Carle, A.C. (2000). The relation of personality to alcohol abuse/dependence in a high-risk sample. Journal of Personality, 68, 1153-1176.

Lovinger, D.M. (1997). Serotonin's role in alcohol's effects on the brain. Alcohol Health and Research World, 21, 114-120.

Luengo, M.A., Otero-López, J.M., Romero, E., Gómez-Fragüela (1996). Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas de los adolescentes. Análisis y Modificación de Conducta, 22, 683-708.

McGue, M. (1994). Genes, environment, and the etiology of alcoholism. En Zucker, R., Boys, G. y Howard, J. (Eds.). The development of alcohol problems: Exploring the biopsychosocial matrix of risk (Research Monograph-26) (p.p. 1-40). Rockville: N.I.A.A.A.

McGue, M., Slutske, W., Taylor, J. y Iacono, W.G. (1997). Personality and substance use disorders: I. Effects of gender and alcoholism subtype. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 21, 513-520.

Mihic, S.J. y Harris, R.A. (1997). GABA and the $GABA_A$ receptor. Alcohol Health and Research World, 21, 127-131.

Muramatsu, T., Higuchi, S., Murayama, M., Matsushita, S. y Hayashida, M. (1996). Association between alcoholism and the dopamine D4 receptor gene. Journal of Medical Genetics, 33, 113-115.

Noble, E.P. (1998). The D2 dopamine receptor gene: A review of association studies in alcoholism and phenotypes. Alcohol, 16, 33-45.

Noble, E.P. (2003). D2 dopamine receptor gene in psychiatric and neurologic disorders and its phenotypes. American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric genetics). 116, 103-125.

Newcomb, M.D. (1994). Families, peers and adolescent alcohol abuse: a paradigm to study multiple causes, mechanisms and outcomes. En Zucker, R., Boys, G. y Howard, J. (Eds.). The development of alcohol problems: exploring the biopsychosocial matrix of risk (Research Monograph-26) (pp. 157-168). Rockville: N.I.A.A.A.

Newcomb, M.D. y McGee, L. (1991). Influence of sensation seeking on general deviance and specific problem behaviors from adolescence to young adulthood. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 614-628.

Observatorio Español sobre Drogas (2003). Informe nº 6. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Pearson, G. (2000). Substance abuse and the family. Current Opinion in Psychiatry, 13, 305-308.

Piazza, P.V., Deroche, V., Rougé-Pont, F. y Le Moal, M. (1998). Behavioral and biological factors associated with individual vulnerability to psychostimulant abuse. En C.L. Wetherington y J.L. Falk (Eds.), Laboratory behavioral studies of drug abuse (Research Monograph 169) (pp. 105-133). Rockville: N.I.D.A.

Plomin, R., DeFries, J.C., McClearn, G.E. y McGuffin, P. (2001). Behavioral genetics (fouth edition). Nueva York: Worth Publishers.

Pons, J. y Berjano, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Prescott, C.A. y Kendler, K.S. (1999). Age at first drink and risk for alcoholism: a noncausal association. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 23, 101-107.

Prescott, C.A., Aggen, S.H. y Kendler, K.S. (1999). Sex differences in the sources of genetic liability to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of U.S. twins. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 23, 1136-1142.

Prescott, C.A., Hewitt, J.K., Heath, A.C., Truett, K.R., Neale, M.C. y Eaves, L.J. (1994). Environmental and genetic influences on alcohol use in a volunteer sample of older twins. Journal of Studies on Alcohol, 55, 18-33.

Reif, A. Y Lesch, K.P. (2003). Toward a molecular architecture of personality. Behavioural Brain Research, 139, 1-20.

Roberts, A.J. y Koob, G. (1997). The neurobiology of addiction. An overview. Alcohol Health and Research World, 21, 101-106.

Robinson, T.E. y Berridge, K.C. (2000). The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitisation view. Addiction, 95, S01-S117.

Rodríguez, R., Ávila C., Ponce G., Ibáñez M.I., Rubio G., Jiménez-Arriero M.A., Hoenicka J., Ampuero I., Ramos J.A. y Palomo T. (en prensa). Association of the

dopamine D2 receptor gene polymorphisms with execution in Continuous Performance Test and Stop Task in alcoholics. European Psychiatry.

Rose, R.J. (1998). A developmental behavior-genetic perspective on alcoholism risk. Alcohol Health & Research World, 22, 131-143.

Schuckit, M.A. (1998). Biological, psychological and environmental predictors of the alcoholism risk: a longitudinal study. Journal of Studies on Alcohol, 59, 485-494.

Sher, K.J. y Trull, T.J. (1994). Personality and disinhibitory psychopathology: alcoholism and antisocial personality disorder. Journal of Abnormal Psychology, 103, 92-102.

Single, E. (1994). The impact of social and regulatory policy on drinking behavior. En, R. Zucker, G. Boyd y J. Howard, J. (Eds.), The development of alcohol problems: exploring the biopsychosocial matrix of risk (Research Monograph-26) (pp. 209-248). Rockville: N.I.A.A.A.

Schinka, J.A. Letsch, E.A. Crawford F.C. (2002) DRD4 and novelty seeking: Results of meta-analyses.. American Journal of Medical Genetics, 114, 643-648

Slutske, W.S., Heath, A.C., Madden, P.A. F., Bucholz, K.K., Statham, D.J. y Martin, N.G. (2002). Personality and the genetic risk for alcohol dependence. Journal of abnormal psychology, 111, 124-133.

Spanagel, R. y Weiss, F. (1999). The dopamine hypothesis of reward: past and current status. Trends in Neuroscience, 22, 521-527.

Stallings, M.C., Hewitt, J.K., Beresford, T., Heath, A.C. y Eaves, L.J. (1999). A twin study of drinking and smoking onset and latencies from first to regular use. Behavior Genetics, 29, 409-421.

Tabakoff, B. y Hoffman, P.L. (1987). Biochemical pharmacology of alcohol. En H.Y. Melzer (Ed.) Psychopharmacology: The third generation of progress (pp. 1521-1526). Nueva York: Raven Press.

Theakston, J.A., Stewart, S.H., Dawson, M.Y., Knowlden, S.A.B. y Lehman, D.R. (2004). Big-Five personality domains predict drinking motives. Personality and Individual Differences, 37, 971-984.

Thomson, M.D., Gonzalez, N., Nguyen, T., Comings, D.E., George, S.R. y O'Dowd, B.F. (2000). Serotonin transporter gene polymorphisms in alcohol dependence. Alcohol, 22, 61-67.

True, W.R., Xiang, H., Scherrer, J.F., Madden, P.A.F., Bucholz, K.K., Heath, A.C., Eisen, S.A., Lyons, M.J., Goldberg, J. y Tsuang, M. (1999). Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. Archieves of General Psychiatry, 56, 655-661.

Uhl, G., Blum, K., Noble, E. y Smith (1993). Substance abuse vulnerability and D2 receptor genes. Trends in Neurosciences, 16, 83-88.

Vanyukov, M.M. y Tarter, R.E. (2000). Genetic studies of substance abuse. Drug and Alcohol Dependence, 59, 101-123.

Viken, R.J., Kaprio, J., Koskenvuo, M. y Rose, R.J. (1999). Longitudinal analyses of the determinants of drinking and of drinking to intoxication in adolescent twins. Behavior Genetics, 29, 455-461.

Wills, T.A., Pierce, J.P. y Evans, R.I. (1996). Large-scale environmental risk for substance use. American Behavioral Scientist, 39, 802-822.

Wills, T.A., Sandy, J.M. y Yaeger, A. (2000). Temperament and adolescent substance use: an epigenetic approach to risk and protection. Journal of Personality, 68, 1127-1152.

Young, S.E., Stallings, M.C., Corley, R.P., Krauter, K.S. y Hewitt, J.K. (2000). Genetic and environmental influences on behavioural disinhibition. American Journal of Medical Genetics, 96, 684-695.

Zucker, R., Boyd, G. y Howard, J. (1994). The development of alcohol problems: exploring the biopsychosocial matrix of risk (Research Monograph-26). Rockville: N.I.A.A.A.

Zuckerman, M. (1999). Vulnerability to psychopathology. A biosocial model. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Zuckerman, M. y Kuhlman, D. M. (2000). Personality and Risk-taking: Common biosocial factors. Journal of Personality, 68, 999-1030.

TERCERA PARTE

PSICOLOGÍA HOSPITALARIA

REGULACIÓN COGNOSCITIVA Y EMOCIONAL DEL DOLOR CRÓNICO EN LA PSICOLOGÍA 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

Conclusiones

Referencias

MANEJO PSICOLÓGICO DEL DOLOR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO POST-OPERADO

Dolor Pediátrico

Clasificación del dolor pediátrico

Percepción del dolor en niños

F. Situacionales F.Comportamentales F. Emocionales

Dolor postoperatorio en el paciente pediátrico

Medición del dolor en el niño

Control psicológico del dolor en el paciente pediátrico post-operado

Conclusiones

Referencias

LA DISPEPSIA FUNCIONAL: ASPECTOS BIOPSICOSOCIALES, EVALUACIÓN Y TERAPIA PSICOLÓGICA

Aspectos conceptuales

Factores y mecanismos biopsicosociales

Personalidad y comportamiento

Evaluación psicológica

Tratamiento

Conclusiones

Referencias

BURNOUT Y SATISFACCION LABORAL

Antecedentes

Características de la investigación y procesamiento de los datos

Correlaciones significativas

Conclusiones

REGULACIÓN COGNOSCITIVA Y EMOCIONAL DEL DOLOR CRÓNICO EN LA PSICOLOGÍA HOSPITALARIA MEXICANA

Benjamín Domínguez Trejo
Yolanda Olvera López
Irma Zaldivar Martínez
Consuelo Hernández Troncoso
Rafael Hernández Santos

Aunque en México se reconoce la actividad profesional de los psicólogos, hasta ahora somos reconocidos como profesionales que proporcionan el 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 pacientes 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 prevalente de evaluación del dolor en la investigación clínica es el autor reporte 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, and 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 terapéutica (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 éstos 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 al rotulamiento 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 los 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 la 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 sustituyéndolo, 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 pueden 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, podían 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 comorbides de las alteraciones psicológicos 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 produzcan un dolor considerable, conducirá a un estado de ánimo deprimido que sigue generando 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 en 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. Una vía opioide-sensitiva descendente de la corteza frontal hacia la amígdala, sustancia gris periacueductual, médula espinal, muestran que esta vía 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 hasta 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 somato sensorial (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 al 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) y se le ha postulado como un mecanismo cognoscitivo emocional central en el desarrollo de problemas de dolor de espalda baja (lumbalgía), 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 cros-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 lumbalgía 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 congnitivos-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, utilizada por fisioterapistas 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 terapistas tratan la incontinencia relacionada con la disfunción de los músculos pélvicos inferiores con la retroalimentación de la EMGs. Los fsioterapistas, 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 vía 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 rectificada, en las cuales 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 rectificada, 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 trapezius superior podría atender a la pantalla de la EMGs para que le ayuden 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 Botulinica tipo "A" para pacientes con dolor miofascial.

Durante la pasada década, el uso clínico de la toxina Botulinica "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 han 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 diagnostico incluyo síndrome temporomandibular síndrome de dolor posquirúrgico, 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 fueron 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 botulinica tuvo efectos anti inflamatorios.

En el ámbito clínico psicológico la evaluación EMGs para la evaluación del dolor; así como, en la asistencia de procesos de rehabilitación neuromuscular constituye una herramienta de gran utilidad, en éste 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 botulinica en casos de contractura asociada a la actividad electromiografica 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.

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

Sujetos 26 (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 simultanea grupos musculares homólogos, con la finalidad de compararlos entre si. 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 realizo 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 representan la respuesta pasiva de la actividad electromiográfica de músculos homólogos.

De los grupos evaluados (posquirúrgico, míofacial, sin cirugía, multitratados), en las tres etapas de evaluación: antes, durante y al final de la infiltración del Botox.

Durante la evaluación pasiva (Figura 1) inicial, se puede observó que el grupo Posquirúrgico y el multitratado, mostraron una respuesta electromigráfica 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 observo 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 electromigrafía 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 regreso 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 activo en el movimiento y se desactivo 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 etapa 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. Evaluación del estado emocional, en la evaluación inicial se observo que todos los grupos reportaron un estado emocional predominantemente negativo (posquirúrgico, sin cirugía, miofascial 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.

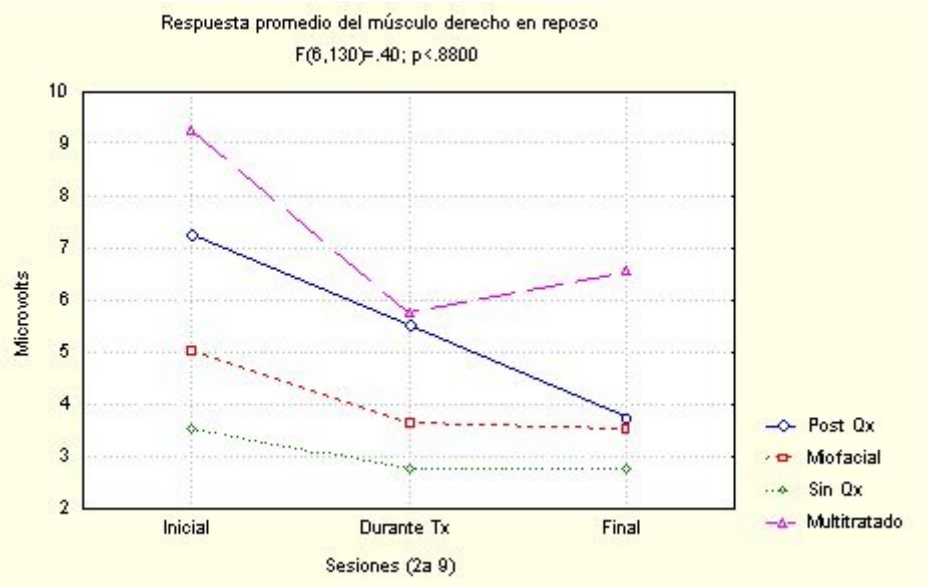
Conclusiones

Considerando el análisis de datos se puede concretar que todos los grupos bajo estudio obtuvieron cambios cuantificables (objetivos y Subjetivos) siendo mas 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 mas permanente en todas las categorías evaluadas.

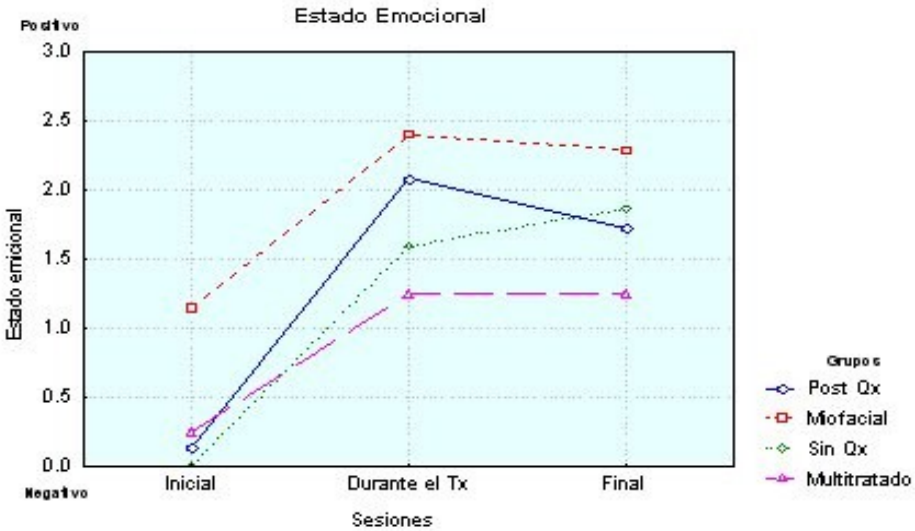
Los posquirúrgicos obtuvieron mayores beneficios en la EMGs tanto en las mediciones en reposo como dinámicas: La información se complemento con el reporte subjetivo de la percepción de dolor (EVA), de la actividad funcional y la respuesta emocional.

En esta investigación se puedo 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 documento 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


Respuesta promedio del músculo derecho en reposo
F(6,130)=.40; p<.8800
Microvolts
10
9
8
7
6
5
4
3
2
Inicial
Durante Tx
Final
Sesiones (2a 9)
Post Qx
Miofacial
Sin Qx
Multitratado

Gráfica 2


Estado Emocional
Positivo
Negativo
Estado emocional
3.0
2.5
2.0
1.5
1.0
0.5
0.0
Inicial
Durante el Tx
Final
Sesiones
Grupos
Post Qx
Miofacial
Sin Qx
Multitratado

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 sugieren 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 como 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 liking affective disturbances and physical disorder. Health Psychology . 14:374-380.

Cram, J.R., and Kasman, G.S. (1991) Introduction to surface electromyography . Gaitherburg, Md: Aspen Publisher.

Crombez, G. W., et al. (1999). Pain-related fear is more disabiling 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). Psicoinmunología: 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 redution in subjects treated with botul inum 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 pericraneal pain syndromes. Pain . 91:195-199.

Hadjistarropoulos, T., and Craig, K. D. (2002). A theorical 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 myofacial 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 electromiography. 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.

MANEJO PSICOLÓGICO DEL DOLOR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO POST-OPERADO

Lic. Laura Miriam Ramírez Zamora
Lic. Erik Leonardo Mateos Salgado
Dr. Benjamín Dominguez Trejo
Facultad de psicología, UNAM
México

Dolor Pediátrico

La International Association for the Study of Pain (IASP), en la Classification of Chronic Pain definió el dolor como: "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o no a daño real o potencial de los tejidos, o descrito en términos de dicho daño". (Citado en Merskey H. y Bogduk N, 1994).

Siendo el dolor un fenómeno complejo, sin duda su manifestación dependerá no sólo de aspectos biológicos y respuestas fisiológicas, sino de variables tales como:

1. El estado emocional en el momento del estímulo nociceptivo.

2. Experiencias dolorosas previas (memoria dolorosa)

3. Las experiencias dolorosas de personas cercanas e importantes (aprendizaje social).

4. Personalidad

5. Estatus social y cultural.

Moyao y Espinoza (2004) mencionaron que dolor en el paciente pediátrico ha sido revalorado en los últimos 15 años, los mitos relacionados con la falta de percepción dolorosa, han sido sustituidos por investigaciones sobre el desarrollo estructural y funcional del sistema nervioso en el niño. Sin embargo, aún no se ha establecido una correlación adecuada entre los nuevos conceptos sobre la percepción dolorosa; y la adecuada evaluación, diagnóstico y manejo del problema.

Clasificación del dolor pediátrico

Según Flores (2000) el dolor pediátrico se puede clasificar en tres apartados:

- Dolor agudo

Es el resultado de un estimulo nocivo bien definido, de corta duración, provee una señal protectora importante y disminuye progresivamente conforme va sanando el daño.

- Dolor crónico

Causado por una enfermedad prolongada, dura más del tiempo requerido para el mejoramiento del daño; se desarrolla y persiste sin un daño físico obvio; es un dolor poco definido debido a que las fuentes de estimulación nociceptiva son múltiples y afectan mecanismos periféricos y centrales.

-Dolor recurrente

Se manifiesta en forma de síndromes dolorosos, condiciones parecidas al dolor crónico con episodios dolorosos y periodos sin dolor; se presenta por un tiempo de mas de 3 meses, comparte atributos comunes con el dolor agudo y el crónico, los episodios de dolor son breves, pero el síndrome es prolongado; no existe una enfermedad base evidente como en el dolor agudo o el crónico; en su desarrollo intervienen múltiples factores tanto internos como ambientales.

Percepción del dolor en niños

McGrath & Brigham (1992), mencionaron que el dolor en niños y adolescentes es una percepción compleja y multidimensional que varía en cualidad, intensidad, duración, localización y desagrado. Como los adultos, los niños pueden experimentar dolor sin lesión o lesión aparente y pueden tener una lesión sin la experiencia de dolor. El dolor del niño no es solo, inmediato e inevitablemente

consecuencia de daño en el tejido, el dolor en el niño es modificado por factores familiares, situacionales y de desarrollo.

Los sistemas nociceptivos de los niños tienen la capacidad de responder de manera diferente a la misma cantidad de daño en el tejido, ésta plasticidad es una característica única del sistema del dolor. La activación neural iniciada periféricamente con el daño en el tejido puede ser influenciada en muchos sitios dentro del SNC.

Diversos factores físicos, ambientales, y psicológicos pueden afectar el procesamiento nociceptivo, así que aunque el dolor sea iniciado por daño en el tejido, el daño experimentado depende de estos factores, además de su relación con el daño al tejido.

El modelo que describe el rol de los factores situacionales, emocionales y comportamentales en la percepción del dolor en niños se muestra en la fig 2.

F. Situacionales F.Comportamentales F. Emocionales

Expectativas Estilo de afrontamiento Miedo

Control Angustia Enojo

Relevancia Respuesta de padres Frustración

Sexo

Edad

Nivel cognitivo

Dolor previo

Aprendizaje familiar

Cultura

Estímulo Sensación de dolor

NOCIVO

Fig.2. Modelo de factores situacionales, conductuales y emocionales que afectan el dolor en niños. Tomado de McGrath, (1989).

Un estímulo nocivo inicia la secuencia de eventos neurales que pueden llevar al dolor, sin embargo muchos factores pueden intervenir para alterar la secuencia de la transmisión nociceptiva y modificar la percepción del dolor. Algunos factores son relativamente estables como son el sexo, edad, nivel cognitivo, experiencia previa con el dolor, familia y bagaje cultural. Estos factores moldean la manera en que los

niños generalmente interpretan y experimentan las sensaciones evocadas por el daño en el tejido.

Los factores situacionales se refieren a la combinación de factores psicológicos y contextuales que existen en una situación específica de dolor, incluyen el entendimiento de la fuente del dolor, expectativas teniendo en cuenta la intensidad y calidad de las sensaciones dolorosas, la habilidad de controlar y predecir que puede pasar, focalizar la atención, habilidad para utilizar estrategias de reducción del dolor y la relevancia del significado del dolor.

Los factores comportamentales incluyen una variedad de comportamientos específicos que precipitan el dolor (una postura tensa) o que ocurren en respuesta al dolor (una limitación para la actividad física).

Finalmente, las reacciones emocionales hacia el dolor pueden variar extensamente desde una aceptación relativa hasta miedo, ansiedad, enojo, depresión o frustración.

Como el mismo estímulo nocivo no produce el mismo dolor en todos los niños, no es viable intentar controlar el dolor con intervenciones dirigidas solamente a la fuente del daño en el tejido.

Domínguez y Vázquez (2000) mencionaron que existen numerosas variables psicológicas que se han vinculado con la percepción y reporte del dolor; entre ellas se encuentran:

a) Expectativa: la anticipación del dolor puede producir respuestas catastrofizantes que aumentan el dolor percibido.

b) Distrés afectivo: se ha demostrado que la ansiedad, puede influir tanto en los parámetros psicofisiológicos como en la interpretación de la información sensorial, lo que a su vez puede distorsionar o ampliar la percepción del dolor. El estrés emocional puede afectar directamente la nocicepción, a través del sistema cortical y acentuar la actividad del sistema nervioso simpático hasta provocar espasmos musculares, vasoconstricción y alteraciones viscerales, o contribuir a la liberación de sustancias productoras del dolor en la periferia (sustancia P).

c) Interpretación de síntomas. Cualquier evento, sea ambiental o una sensación física, puede describirse de dos maneras: primero, en términos objetivos y segundo en términos del significado personal del evento para un individuo. Esto se basa en sus actitudes, creencias, información, estilo de procesamiento de la información e historia de aprendizajes previos.

d) Controlabilidad percibida. La atribución de control a uno mismo o a otros es un factor que puede influir en la percepción de los estímulos nociceptivos o nocivos. El control percibido es la creencia de que un individuo posee control que puede ejercer (sea verídico o no) y esto constituye una condición suficiente para inducir alivio del dolor.

DOLOR POSTOPERATORIO EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Hartrick (2004) mencionó que el dolor postoperatorio frecuentemente se caracteriza como un dolor agudo nociceptivo en el lugar de la incisión. Sin embargo, varios mecanismos adicionales usualmente contribuyen al dolor postoperatorio como son: la posición anormal del cuerpo e inmovilización que guían a dolor músculo-esquelético. El dolor neuropático puede resultar en una sensibilización neuronal, guiando al desarrollo de dolor en respuesta a estímulos que normalmente no son dolorosos (alodinia). La producción de mediadores inflamatorios contribuye a la sensibilización central y periférica asociada con la alodinia. Las vías del dolor visceral pueden jugar un papel en el dolor post-operatorio. Por ejemplo, íleo post-operatorio puede llevar a calambres gastrointestinales y distensión. La importancia de esa superposición de mecanismos es subrayada por las observaciones clínicas frecuentes de dolor con los movimientos de cuerpo que pueden ser perseverantes a pesar de un manejo adecuado del dolor en reposo.

También mencionó que el dolor postoperatorio se asocia frecuentemente con alodinia primaria y secundaria. La alodinia primaria se caracteriza por la reducción del umbral al dolor en el sitio del daño (incisión quirúrgica). La alodinia secundaria es la respuesta exagerada en respuesta a estimular los sitios adyacentes o que rodean el sitio del daño. La alodinia secundaria puede interferir con la movilización postoperatoria y rehabilitación.

Factores que afectan su magnitud

Finkel y cols, (2003) mencionaron los siguientes factores:

-Idiosincrasia del paciente: personalidad, experiencias previas, aspectos culturales, étnicos y genéticos, estado anímico, relación medico-paciente y expectativas y representaciones del proceso quirúrgico.

-Localización de la herida quirúrgica: cirugías de tórax o grandes articulaciones son más dolorosas que las de hemiabdomen superior, y estas, más aun que las de hemiabdomen inferior. La movilización postoperatoria aumenta el dolor en mayor o menor medida, según la ubicación anatómica de la injuria dolorosa.

-Enfermería: el rol de la enfermería es crítico para lograr el éxito del tratamiento del dolor postoperatorio.

-Anestesia: evaluación preanestesia, técnica anestésica, empleo o no de analgesia preventiva, intraoperatoria y/o postoperatoria inmediata.

-Cirugía: posiciones, técnicas quirúrgicas, maniobras, indicaciones médicas postoperatorias.

Consecuencias del Dolor Postoperatorio mal controlado (según Finkel y Schlegel, 2003):

Cardiovasculares: aumento de la frecuencia cardiaca, tensión arterial, del gasto cardiaco, facilitación de aparición de arritmias o patología isquémica en pacientes predispuestos, etc.

Respiratorias: disminución de la capacidad vital, del volumen espiratorio forzado, de la capacidad residual funcional, hipoventilación alveolar, mayor incidencia de infecciones respiratorias.

Gastrointestinales: disminución global del tono muscular, vasoconstricción esplácnica, íleo.

Genito-urinarias: disminución global del tono muscular y retención urinaria.

Hemostáticas: la inmovilidad por dolor puede predisponer a la ocurrencia de procesos tromboembólicos de mayor o menor repercusión sistémica (TEP).

Ósteo-artículo-musculares: la inmovilización por dolor dificulta la recuperación posterior a la cirugía ortopédica, la rehabilitación y facilita el desarrollo de atrofia muscular.

Psicológico-sociales y legales: la lenta reinserción social, laboral y familiar del paciente con dolor, la sensación de minusvalía y dependencia coadyuvan para una mala relación médico paciente ("mi dolor no le importa a nadie, me siento abandonado").

Incidencia de dolor pediátrico postoperatorio

En la literatura pediátrica se ha reportado una incidencia alta de dolor moderado a severo. Beyer y cols. (1983); Schechter (1989), reportaron que el dolor postoperatorio y distrés permanecen siendo problemas serios para niños, a pesar de recientes avances en manejo analgésico. Mather y Mackie (1983) reportaron que, entre 170 niños que tuvieron una cirugía menor, solo el 25% fue libre de dolor en el día de la cirugía, con un 13% estimado en tener dolor severo. En el siguiente día, 53% se caracterizó por estar libre de dolor, pero el 17% permaneció con dolor severo. 1993. O'Hara, McGrath, D'Astous, y Vair (1987) preguntaron a niños que habían tenido una cirugía ortopédica y que estuvieron en un régimen estándar de analgesia con opiáceos. Esos niños continuaron experimentando dolor después de 3 días de la cirugía. (Citados en Bennett-Branson y cols 1993)

Consistente con los primeros estudios, la mayoría de niños y adolescentes entre los 7 y 16 años estudiados han reportado experimentar niveles moderados a severos de dolor postoperatorio en las primeras 36 horas siguiendo a una cirugía menor. Esto puede representar sufrimientos innecesarios dado el conocimiento de tecnologías farmacológicas y psicológicas para el alivio del dolor. (Berde, 1989 y McGrath, 1990). Citados en Bennett-Branson y cols 1993.

Bennett-Branson y cols (1993) realizaron un estudio en el que se examinaron las reacciones de niños y sus padres ante el dolor post-operatorio, incluyendo una evaluación de estrés y procesos de afrontamiento cognoscitivo-conductual desde una perspectiva de desarrollo. Sesenta y siete niños (7-16 años) y sus padres proporcionaron datos psicométricos y entrevista acerca del dolor y afrontamiento en los días después de la cirugía. Datos observacionales fueron dados por las enfermeras. Los resultados indican que fueron comunes los niveles de dolor post-operatorio moderado a severo. Niños mayores (10-16 años) proporcionaron descripciones más complejas y multidimensionales sobre el dolor, todos los niños

describieron una variedad de estrategias de auto control que les ayudó a manejar mejor el dolor postoperatorio.

Evaluación del dolor en el paciente pediátrico.

McGrath & Brigham (1992), propusieron que desde la edad temprana los niños reconocen que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable.

Su entendimiento y descripción dependen de la edad, nivel cognitivo y experiencia previa de dolor.

Los niños dan información sobre su dolor, sin embargo su habilidad para describir los atributos sobre el dolor; calidad, intensidad, duración, localización, frecuencia y desagrado se desarrollan como van madurando. Los niños aprenden a describir aspectos temporales, espaciales y cualitativos de todas sus sensaciones, no solo las de dolor. Ellos aprenden palabras para denotar sonidos, colores, sabores y olores, similarmente aprenden una vocabulario para describir su dolor.

El lenguaje que usan para describir su dolor se desarrolla a partir del que es usado por sus familias y pares o por caracteres descritos en películas, televisión o libros.

En este sentido, en el trabajo clínico resulta esencial comunicarse con los niños usando su propia terminología.

Gradualmente aprenden a diferenciar y describir 3 niveles de intensidad de dolor, usando los términos que aprendieron para describir los tamaños y cantidad de objetos, por ejemplo: poco, igual o mucho.

Anand y Carr (1989) mencionaron las siguientes etapas de desarrollo e interpretación del dolor pediátrico. (Citados en Flores, 2002):

- De los tres a los seis meses hay tristeza y enojo como respuesta al dolor.

- De los seis a los 18 meses muestra miedo ante situaciones dolorosas, localiza el dolor y lo expresa por medio de palabras como balbuceos.

- De los 18 a los 24 meses utiliza la palabra duele (de acuerdo a su lenguaje) para describir el dolor y utiliza estrategias no cognitivas.

- De los 24 a los 36 meses empieza a describir el dolor y lo atribuye a una causa externa.

- Entre los 36 y los 60 meses indica, grosso modo, la intensidad del dolor, usa adjetivos para describirlo.

- De los 5 a los 7 años puede diferenciar la intensidad del dolor y puede usar estrategias cognitivas.

- De los 7 a los 10 años es capaz de indicar por qué duele.

- A los 11 años está en posibilidad de explicar la intensidad del dolor.

Medición del dolor en el niño

Domínguez y cols. (1998) mencionaron que tanto el estrés como el dolor se han evaluado mediante el uso del autor reporte (lo que dicen los niños), los marcadores biológicos (cómo reaccionan sus cuerpos) y las conductas que ejecutan, hasta ahora el autor reporte es el procedimiento más utilizado.

Autor reporte

Domínguez y cols. (1998) mencionaron que los informes verbales más usados para medir el dolor se pueden dividir en:

1. Emocionales (dimensión afectiva)

Entre las escalas afectivas de dolor está la Escala McGrath que consta de nueve dibujos faciales: cuatro caras "positivas", una neutral y cuatro "negativas". Mide alegría y tristeza asociados a la ausencia o presencia de dolor. Tiene la ventaja de acoplarse al lenguaje natural de los niños, indicando los componentes afectivos y emocionales del dolor.

2. Sensoriales (dimensión cuantitativa)

Entre ellas tenemos las Escalas Visuales o Verbales Análogas que se componen de una línea horizontal dividida y numerada del 0 al 10 en la que el niño indica como 0 la ausencia de dolor y sucesivamente hasta llegar al 10 que significa el peor dolor posible. Algunos investigadores han sugerido que al aplicar una escala visual análoga (EVA) a niños debería presentarse una línea vertical en lugar de la tradicional línea horizontal, dado que para los niños puede ser más fácil conceptuar "mayor dolor" correlacionándolo con "arriba" en lugar de con "más a la derecha". Su ventaja es la facilidad y rapidez de aplicación, tiene como principal limitación el que antes de los 7 a 8 años de edad los niños no son usualmente capaces de hacer abstracciones numéricas.

Otra escala utilizada es la Escala Wong-Baker, esta escala consiste consiste de 6 caras que van desde una muy feliz y sonriente que indica "no dolor" hasta una con llanto y tristeza que indica "el peor dolor". En un estudio de Wong, Hockenberry y Winkelstein (2001) de 150 niños hospitalizados de 3 a 18 años fue la preferida por todos los grupos de edades.

Marcadores biológicos

Sweet y McGrath 1998 (Citados en Stevens, 2002) hay algunos indicadores fisiológicos que pueden ser considerados cuando se evalúa el dolor agudo, los recién nacidos y los niños producen claramente respuestas metabólicas hormonales y fisiológicas asociadas con el estrés o eventos de daño en el tejido. Estas reacciones fisiológicas indican activación en el sistema nervioso simpático, rama del sistema nervioso autónomo que es el responsable de la respuesta de pelea y huida en la fase de estrés. Esta respuesta de estrés comúnmente incluye taquicardia,

taquipnea, vasoconstricción que resulta en presión sanguínea elevada y diaforesis, dilatación pupilar decremento en la saturación de oxigeno y tono vagal, fluctuaciones rápidas en la presión intracraneal y secreción elevada de catecolaminas y hormonas adrenocorticioides.

El uso de respuestas fisiológicas aisladas como indicadores de dolor tiene serios problemas, primero, aunque son sensibles a cambios en la intensidad de dolor, reflejan una respuesta global al estrés relacionado al dolor y no son únicos para el dolor. Segundo, se habitúan al dolor persistente y repetido. Además, hay una variación considerable entre neonatos y niños y entre el mismo niño a través del tiempo. Aunque algunos clínicos asocian típicamente el dolor con cambios del 10 al 20% en medición de parámetros fisiológicos no invasivos (tasa cardiaca, tasa respiratoria, presión sanguínea) actualmente no existen herramientas estándar para la evaluación del dolor que confíen exclusivamente en estos parámetros.

Perfil psicofisiologico

Para Kuttner y Culbert (2003) es útil identificar un perfil psicofisiológico del estrés en cada niño. Este identifica el patrón único de reactividad del sistema nervioso autónomo (una "huella digital" individual del sistema nervioso autónomo) a diferentes tipos de estímulos estresantes y su habilidad para recuperarse de ese estrés. Durante ese procedimiento se le colocan al niño varios sensores (temperatura, EMGs, actividad electrodérmica, fotopletismografía y respiración) se registra de 2 a 4 minutos de línea base en una condición de relajación con ojos abiertos seguida de una de ojos cerrados. Después se le pide que piense en diferentes estresores por ejemplo estresores cognoscitivos, operaciones matemáticas, estímulos dolorosos.

Termometría

Según Roa y Fernández-Abascal, 1993 (Citado en Roa, 2001) tradicionalmente, la temperatura cutánea superficial se ha considerado como un índice indirecto del flujo sanguíneo circulante a través de la piel. Este tipo de medida se realiza electrónicamente mediante sensores específicos que transforman la temperatura en valores eléctricos de voltaje, los cuales pueden mostrarse en un voltímetro y/o registrarse de forma analógica o digital. En la actualidad la medida de temperatura se realiza mediante la aplicación sobre la piel de sensores miniaturizados que presentan una precisión de hasta 0.005 °C con una señal de salida lineal en un amplio rango térmico desde –50 a 150 °C. Las respuestas vasomotoras que regulan la temperatura corporal están controladas por un pequeño núcleo termorregulador situado en el hipotálamo anterior. El calentamiento de esta área provoca una vasodilatación cutánea en toda la superficie corporal acompañada de sudoración, mientras que su enfriamiento produce vasoconstricción y detención del sudor. El control hipotalámico sobre los vasos sanguíneos se ejecuta a través de nervios simpáticos, existiendo también centros reflejos vasoconstrictores en el cordón espinal.

Domínguez y cols (1999) mencionaron que durante un lago periodo las mediciones de la temperatura periférica se realizaban con equipos de un solo canal, se categorizaba como un indicador de avance clínico cuando la temperatura se elevaba con respecto a su línea basal, y lo contrario cuando descendía. Utilizar como único parámetro el incremento o disminución de ésta en el tratamiento de problemas complejos resulto ineficiente y muy limitado, por lo que fue necesario ampliar la fuente de información para investigar éstos fenómenos complejos utilizando la medición bilateral. Con éste fin propusieron los siguientes patrones para evaluar la temperatura periférica bilateral:

- Simetría: se refiere a la similitud durante el monitoreo, en los valores de las temperaturas bilaterales. Está relacionada con la actividad cerebral compleja (creatividad, solución de problema y autorregulación) y con una mayor comunicación interhemisférica a través del cuerpo calloso.

- Dominancia: cuando la temperatura más alta se encuentra en la mano o área dominante. Está relacionada con el control del estrés y la coordinación visomotora.

-Ganancia: es el incremento de temperatura que va mostrando el sujeto conforme avanza el registro tomando como punto de referencia sus valores de línea basal. Está relacionada con el proceso de producción de una relajación voluntaria y vasodilatación.

- Sincronía: son los cambios simultáneos en los valores que representan ambas temperaturas a través del tiempo, la temperatura sube y baja en sus valores de manera constante. Se relaciona con un pronóstico terapéutica favorable a corto plazo.

Actividad cardiovascular (según Vila, 2000).

El funcionamiento del sistema cardiovascular depende de una serie de mecanismos intrínsecos y extrínsecos. El principal mecanismo intrínseco del corazón es un sistema propio de generación y transmisión del impulso eléctrico que provoca la contracción de músculo cardiaco, este mecanismo intrínseco funciona como un marcapasos actuando rítmicamente. Dicho mecanismo está sujeto a la influencia de mecanismos extrínsecos; en particular, los relacionados con las dos ramas del Sistema Nervioso Autónomo cuya coordinación depende, en última instancia, del Sistema Nervioso Central.

El control Simpático y Parasimpático sobre los vasos sanguíneos se manifiesta en un efecto de contracción y dilatación de los mismos que facilita o dificulta el paso de la sangre: La activación simpática produce contracción de las arterias donde existen receptores adrenérgicos tipo Alfa (piel y vísceras) y dilatación en las arterias donde existen receptores adrenérgicos tipo Beta 2 (músculos esquelético-motores).

El funcionamiento cardiovascular depende básicamente de la actividad del corazón y de los vasos sanguíneos. Las principales medidas de esa actividad son la tasa cardiaca (número de contracciones por minuto), el volumen de contracción (fuerza de la contracción), el output cardíaco (cantidad de sangre bombeada), el flujo sanguíneo periférico (Cantidad de sangre que pasa por las distintas partes del cuerpo) y la presión sanguínea (fuerza con que se mueve la sangre por las arterias). Las medidas más utilizadas en psicofisiología son la tasa o frecuencia cardiaca, la actividad vasomotora periférica y presión sanguínea.

Frecuencia cardiaca en reposo (Behrman y Vaughan, 1989)

Edad	**Límites inferiores normales**	**Media**	**Límites superiores normales**
Recién nacidos	70/minuto	125/minuto	190/ minuto
1-11 meses	80	120	160

2 años	80	110	130
4 años	80	100	120
6años	75	100	115
8 años	70	90	110
10 años	70	90	110
	Niñas Niños	Niñas Niños	Niñas Niños
12 años	70 65	90 85	110 105
14 años	65 60	85 80	105 100
16 años	60 55	80 75	100 95
18 años	55 50	75 70	95 90

Significación psicológica (Vila, 2000)

Los cambios en la actividad cardiovascular se han relacionado con numerosos procesos psicológicos tanto de carácter cognoscitivo como de motivacional y emocional. La tasa cardiaca ha sido la variable cardiovascular más investigada en psicofisiología. No obstante, su significación psicológica precisa ha constituido un debate, el debate se ha planteado entre dos interpretaciones distintas:

1) La motivacional: los cambios cardiacos reflejan el nivel de activación energética del organismo y

2) La cognoscitiva: los cambios cardiacos reflejan el procesamiento cognoscitivo del organismo.

Desde la primera posición, se asume que los cambios cardiacos cumplen funciones psicológicas de adaptación a situaciones que requieren diferentes grados de activación fisiológica: luchar, huir o permanecer en reposo, dependiendo del contexto del estudio, un nivel alto de activación (tasa cardiaca incrementada) se interpretará como un estado motivacional alto, por ejemplo estrés o un estado emocional elevado, por ejemplo ira o miedo.

Desde la segunda posición se asume que los cambios cardiacos cumplen funciones cognoscitivas de tipo atencional, perceptivo o de elaboración mental, de acuerdo con esta interpretacón los cambios acelerativos y desacelerativos de la tasa cardiaca reflejan diferentes procesos cognoscitivos. Generalmente, la desaceleración cardiaca se ha relacionado con el reflejo de orientación (proceso atencional) mientras que la aceleración cardiaca se ha relacionada con las reacciones de defensa y con actividades cognoscitivas complejas (memoria, esfuerzo mental y solución de problemas).

Conducta

McGrath y Unruh (1987) mencionaron que con el dolor se han asociado típicamente ciertos tipos de vocalización, expresión facial y movimientos corporales; no obstante, inferirlo a partir de estas conductas está lleno de dificultades, porque con frecuencia se producen discordancias entre la conducta del dolor y el autor reporte, hasta hoy considerado "el estándar de oro del dolor". La covariación entre la conducta y el autor reporte es, a menudo, mucho más útil en el caso de dolor breve y agudo, como el producido por una inyección (citado en Domínguez, 1998).

CONTROL PSICOLÓGICO DEL DOLOR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO POST-OPERADO

Técnicas de autorregulación

Kuttner y Culbert (2003) definieron las técnicas de regulación como estrategias que utilizan el manejo de la atención para enseñar a las personas a identificar y controlar síntomas no deseados y a modificar respuestas fisiológicas indeseables. Así se consigue el nivel deseado de salud y bienestar.

Las técnicas de autorregulación, representan aproximaciones integradoras que consideran la unidad mente-cuerpo.

Control psicológico del dolor postoperatorio en el paciente pediátrico

Hartrick (2004) mencionó que la terapia multimodal del dolor incluye el uso simultáneo de múltiples técnicas analgésicas con diferentes mecanismos de acción. Estas técnicas pueden incluir intervenciones no farmacológicas (terapia de relajación, imaginería, estimulación nerviosa transcutánea) así como farmacológicas. Pocos o ningún efecto adverso son las ventajas de los tratamientos no farmacológicos comparados con la terapia farmacológica.

Rojas (1994) sostiene que la literatura sobre el tratamiento psicológico del dolor refiere una serie de técnicas para mejorar la colaboración de paciente, aumentar su bienestar y agilizar su recuperación postoperatoria más que reducir conductas inadaptadas, la terapéutica debe estar encaminada hacia la reconstrucción de la experiencia del dolor por parte del niño haciendo conscientes sus temores e integrando nuevas valoraciones y acciones para afrontarlo y menciona las siguientes técnicas par estos fines:

- Distracción

- Relajación

- Biofeedback

- Control de Conducta Operante

- Terapia cognitivo conductual

- Hipnosis

El tratamiento psicológico no está centrado exclusivamente en el niño, también involucra al medio familiar, al personal hospitalario y las condiciones institucionales, sociales y culturales en las que se presenta el fenómeno.

Pölkki y cols (2002) realizaron un estudio cuyo objetivo fue describir la utilización de los padres de métodos no farmacológicos en el alivio del dolor postoperatorio en niños hospitalizados (de 8 a 12 años) y en factores relacionados a esta función.

En el estudio se observaron las siguientes técnicas utilizadas por los padres:

1. Métodos cognitivo-conductuales: Información preparatoria, imaginería, distracción, relajación, respiración y reforzamiento positivo.

2. Métodos físicos (masaje y posición)

3. Apoyo emocional (presencia, reforzar y tocar)

4. Ayudar con actividades (ayudar a moverse, reposar o lavarlo)

5.Crear ambiente cómodo (pertenencias favoritas, minimizar ruido y temperatura)

La evaluación de los padres de la intensidad del dolor del niño se correlaciona estadísticamente con muchos métodos incluyendo distracción, relajación, respiración, posición, reforzamiento y tocar. Entre más dolor evaluaban más usaban las técnicas. En los padres, que evaluaban el dolor como severo, usaron más imaginería (viaje placentero), distracción, reforzamiento positivo y ambiente cómodo. Las conclusiones de este estudio fueron que acorde con los padres, las estrategias más usadas fueron soporte emocional y ayuda en sus actividades diarias mientras que las cognitivo conductuales y las físicas se usaron menos.

Esto indica que cuando un niño está pasando por una operación, los profesionales de salud deben proporcionar más guía a los padres en cuanto al uso de métodos como imaginería, relajación, respiración y masaje.

Lambert (1996) mencionó que la hipnosis, imaginería guiada y relajación han mostrado que mejoran el periodo postoperatorio de pacientes adultos con cirugía. En niños, el uso de hipnosis e imaginería guiada ha tenido éxito al reducir significativamente el dolor asociado con procedimientos invasivos y al mejorar las condiciones médicas. Lambert realizó un estudio en el cual se examinó los efectos de la hipnosis y la imaginería guiada en el periodo post-operatorio de pacientes quirúrgicos pediátricos. Se asignaron al azar 52 niños (igualados en sexo, edad y diagnóstico) al grupo experimental y control. Al grupo experimental se le enseñó imaginería guiada, (la práctica de imaginería guiada incluyó sugestiones para un mejor periodo postoperatorio). Se encontraron puntajes significativamente bajos de dolor post-operatorio y menor estancia hospitalaria en los niños del grupo experimental. El estado de ansiedad disminuyó para el grupo de imaginería guiada e incrementó en el periodo postoperatorio del grupo control.

Martz y cols (2004) mencionaron que las técnicas de imaginería solas o como parte de paquetes multicomponentes se han usado en niños que pasan por múltiples procedimientos como aspiración de medula ósea, punición lumbar, cateterizaciones cardiacas, y se ha visto un decremento significativo en el dolor del niño, sin

embargo, en la mayoría de las investigaciones, la imaginería no se usó en combinación con la intervención farmacológica.

Ellos realizaron un estudio con 73 niños entre 7 y 12 años distribuidos en dos grupos: control (solo analgésicos) y experimental (casete de relajación, respiración e imaginería después de la cirugía y en casa, y analgésicos). Los infantes salieron el mismo día de la cirugía.

La intervención experimental incluyó folletos profesionales sobre imaginería para el padre e hijo, un videocasete y un casete (audio) para niños en edad escolar.

En este estudio se concluyó que el uso de imaginería con analgésicos reduce el dolor y ansiedad después de la cirugía de tonsilectomía y adenoidectomía.

Los niños del grupo de tratamiento tuvieron significativamente menos dolor y ansiedad después de la cirugía que los otros. La imaginería no disminuyó la cantidad de medicación usada para el dolor ni en el hospital ni en casa, los niños reportaron dolor moderado ese día y el día después de la cirugía, se vio que se debe dar la cantidad adecuada de medicamentos en conjunto con intervenciones no farmacológicas.

En investigaciones futuras se necesita explorar intervenciones con imaginería en niños que tienen diferentes procedimientos quirúrgicos así como con dolor crónico.

Se espera que este estudio permita a los profesionales de salud entender mejor la naturaleza multidimensional y efectos en el dolor postoperatoria en niños para proporcionarles alivio.

MÉTODO

Planteamiento y justificación del problema.

La magnitud y costos que tiene el dolor como problema dentro del campo de la salud requiere modelos teóricos con bases empíricas que ayuden a determinar el impacto de estas lesiones en el funcionamiento emocional y, además, una valoración y manejo efectivo por parte de los profesionales de la salud, así mismo y partiendo de un modelo integrativo mente-cuerpo, se considera importante la atención no solo de los aspectos sensoriales del dolor, sino también de los componentes psicológicos para un manejo adecuado de éste.

De acuerdo con la literatura (Bennett-Branson y cols , 1993; Fisher y cols. , 2000; Moyao y Espinoza, 2004) se ha demostrado que el paciente pediátrico presenta dolor después de la operación; que para su manejo adecuado es necesario un abordaje multidisciplinario que incluya el uso de múltiples técnicas farmacológicas y no-farmacológicas y que en México hay poca investigación sobre el uso de estas últimas (psicológicas) para el manejo del dolor post-operatorio; proponemos la implementación de una intervención psicológica para disminuir la percepción del dolor en dicho paciente.

De acuerdo a lo anterior esta investigación tuvo el objetivo de responder las siguientes preguntas:

¿La técnica psicológica (imaginería basada en la relajación) disminuye la percepción de intensidad dolor en el paciente pediátrico durante el periodo post-operatorio?

¿Existe relación entre la percepción subjetiva del dolor (Escala Baker) y los cambios fisiológicos ocurridos durante la técnica psicológica?

Cuyos objetivos fueron:

-Disminuir la percepción de intensidad dolor en el paciente pediátrico post-operado con la aplicación de un procedimiento no invasivo (imaginería basada en relajación).

-Documentar la relación existente entre la percepción subjetiva del dolor (Escala Baker) y los cambios fisiológicos en la actividad autonómica ocurridos durante la técnica psicológica.

-Comprobar la efectividad de la técnica de acuerdo a los marcadores fisiológicos.

-Documentar las diferencias clínicas entre un Perfil psicofisiológico del estrés en un niño que se enfrenta a una situación "amenazante" (periodo peri-operatorio) y cuando no está ante ésta situación **.**

Hipótesis de trabajo

La imaginería basada en relajación disminuye la percepción de intensidad de dolor en el paciente pediátrico post-operado (Puntajes en escala Baker).

Si la imagineria basada en relajación es efectiva, la temperatura periférica bilateral presentará: ganancia definida, mayor simetría, dominancia y sincronía (puntaje 4).

Si la imaginería basada en relajación es efectiva habrá disminución de la Frecuencia cardiaca.

Variables

Independiente

1. Técnica psicológica

Dependiente

1. Percepción subjetiva de la intensidad del dolor

2. Temperatura periférica

3. Frecuencia cardiaca

Definición operacional de variables

Técnica psicológica: Aplicación de la técnica de imaginería guiada basada en relajación

Evaluación de la

Percepción subjetiva de la intensidad del dolor: Medición de Puntajes con la Escala Baker.

Temperatura periférica bilateral: Medición de la temperatura periférica con Termómetros electrónicos (Human Systems Measurement) en intervalos de 15 seg. y evaluación de los siguientes patrones:

Ganancia: Si la temperatura final en ambas manos se incrementa durante mas de 0.5º F, se asignó 1, si no 0.

Simetría: Si en algún momento de la sesión se presentó simetría (diferencia en temperaturas menor de 1º F) durante 30 seg se asignó 1, sino 0.

Dominancia: Si la temperatura fue mayor durante toda o la mayora de la sesión en el lado reportado como dominante se asignaba 1 sino 0.

Sincronía: Si en algún momento de la sesión se presentó sincronía durante 30 seg: se asignó 1, sino 0.

Frecuencia Cardiaca: Medición de los puntajes de frecuencia cardiaca obtenidos con un equipo portátil CATEYE u Oxímetro en intervalos de 15 seg.

Participantes

Se trabajó con 6 niños; 2 niños de 11 y 6 años y 4 niñas de 6, 8, 10 y 11años hospitalizados en el Área de Cirugía Pediátrica del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.

Criterios de Inclusión

Niños y niñas hospitalizados con cama asignada.

Pacientes de 6 a 11años

Sin alteraciones del estado de conciencia y alerta.

Tratamiento analgésico con AINES.

Diseño

Cuasi experimental de caso único. Es un diseño experimental en el cual una entidad es observada repetidamente durante cierto periodo de tiempo bajo diferentes niveles o tratamientos de al menos una variable independiente (Onghena y Edgington, 2004)

Instrumentos

- Termómetros electrónicos portátiles Human Systems Measurement

- CAT EYE modelo PL-6000 marca BIO-Medical Instruments, Inc.

- Oxímetro de pulso modelo: Sport Stat de la compañía NONIN.

Procedimiento

Fase 1: antes de la intervención quirúrgica (11/2 hora aproximadamente)

Se realizó una entrevista con los padres y el paciente en la cama asignada para evaluar aspectos relacionados con el dolor. Se dio al paciente información sobre los instrumentos de medición (Oxímetro y termómetros digitales) y se le colocaron. Se registró en perfil psicofisiológico del estrés con las condiciones de ojos abiertos, ojos cerrados, estresor y relajación natural. Después se evaluó su percepción de intensidad de dolor con la escala Wong-Baker. Posteriormente se aplicó la técnica de relajación basada en imagineria "lugar favorito". Por último, se aplicó de nuevo la escala Wong-Baker.

Fase 2: después de la intervención quirúrgica (24,28,72, 96 hrs)

Se evaluó la percepción de intensidad de dolor con la escala Wong-Baker y se colocaron los instrumentos de medición, posteriormente se llevó a cabo la aplicación de la técnica de relajación basada en imaginería, al final se evaluó la percepción de intensidad de dolor con la escala Wong-Baker.

Fase 3: después de 1 ½ mes de la intervención quirúrgica (seguimiento)

Se evaluó la percepción de intensidad de dolor y se coloraron los instrumentos de medición. Se registró el perfil psicofisiológico del estrés y al final se evaluó la percepción de intensidad de dolor.

Resultados

De los 6 participantes del estudio, solamente dos niñas reunieron las características requeridas para documentar el impacto del tratamiento psicológico y pudieron finalizar el estudio.

A Continuación se reportan los casos de 2 niñas (6 y 10 años) donde se presenta:

-La ficha de identificación.

-El su autorreporte de la evaluación de la percepción de intensidad de dolor antes y después de la aplicación de la técnica psicológica en todas las sesiones.

-El Perfil psicofisiológico (con la evaluación de temperatura periférica bilateral y frecuencia cardiaca) antes de la intervención quirúrgica y 1 mes y medio después de ésta.

-La respuesta (Temperatura periférica bilateral y Frecuencia Cardiaca) de las pacientes a la técnica psicológica utilizada en cada sesión).

Participante 1

Femenino de 6 años con escolaridad de primero de primaria. Vive con sus padres y 3 hermanos. Se le realizo la intervención quirúrgica de resección de tumor de mano izquierda, la dosis de medicamento fue paracetamol 30 gotas VO c/6 horas para el control del dolor postoperatorio.

ANÁLISIS DE LAS SESIONES

Evaluación del autorreporte de la percepción de intensidad de dolor; en la primera sesión (antes de la intervención quirúrgica), la paciente reportó una disminución en el puntaje de dolor en la escala Baker de 2 a 0 con la aplicación de la técnica Psicológica. En la segunda sesión sucedió lo mismo, y en la tercera sesión hubo un aumento en dicho puntaje (3 a 4) como se puede observar en la gráfica 2

De acuerdo a nuestra hipótesis, la imaginería basada en relajación fue efectiva en dos ocasiones para disminuir la percepción subjetiva del dolor en la paciente. Ver grafica1.

Autorreporte de dolor postoperatorio

Grafica 1. Representa el reporte de dolor antes y después de la aplicación de la técnica durante las tres sesiones de trabajo.

Perfil psicofisiológico (Antes de la intervención quirúrgica)

Temperatura periférica bilateral

En la evaluación no hay variabilidad, se aprecia que tuvo poca capacidad de relajación natural. Presentó temperaturas simétricas solo en la condición de Ojos abiertos, no presentó dominancia.

Ojos Abiertos Ojos cerrados Estresor Relajación Natural

Grafica 2. Representa la temperatura periférica bilateral (º F) durante las 4 fases del perfil psicofisiológico.

Perfil psicofisiológico (1.5 mes después de la intervención quirúrgica)

Temperatura periférica bilateral

En la evaluación se presentó variabilidad, sobre todo durante el estresor, pero pudo recuperarse en la fase de relajación natural presentando dominancia, también se observó simetría y sincronía.

Ojos Abiertos Ojos cerrados Estresor Relajación Natural

Grafica 3. Representa la temperatura periférica bilateral (º F) durante las 4 fases del perfil psicofisiológico.

Perfil psicofisiológico. (Antes de la intervención quirúrgica)

Frecuencia Cardiaca

La parte sombreada representa los valores esperados en una niña de 6 años. Sus valores se encontraron por arriba de los rangos esperados. Presentó variabilidad.

Ojos Abiertos Ojos cerrados Estresor Relajación Natural

Grafica 4. Representa la Frecuencia Cardiaca durante las 4 fases del perfil psicofisiológico.

Perfil psicofisiológico (1.5 mes después de la intervención quirúrgica)

Frecuencia Cardiaca

La parte sombreada representa los valores esperados en una niña de 6 años. Sus valores se encontraron dentro de los rangos esperados. Presentó variabilidad.

Ojos Abiertos Ojos cerrados Estresor Relajación Natural

Grafica 5. Representa la Frecuencia Cardiaca durante las 4 fases del perfil psicofisiológico.

Análisis de los cambios de temperatura periférica bilateral durante la técnica por sesión .

Sesión 1: Presentó ganancia, simetría y sincronía. Total 3. Se rechaza la hipótesis

Sesión 2: Presentó simetría y sincronía. Total 2. Se rechaza la hipótesis

Sesión 3: Presentó ganancia, dominancia y sincronía. Total 3. Se rechaza la hipótesis.

Ses 1 Ses 2 Ses 3

Grafica 6. Representa la temperatura periférica bilateral (º F) durante la aplicación de la técnica psicológica en cada sesión.

Análisis de los cambios de frecuencia cardiaca durante la técnica por sesión

Sesión 1: Presentó tendencia a disminuir. Se acepta la hipótesis.

Sesión 2: No Presentó disminución. Se rechaza la hipótesis.

Sesión 3: No Presentó disminución. Se rechaza la hipótesis.

Ses 1 Ses 2 Ses 3

Grafica 7. Representa la Frecuencia cardiaca durante la aplicación de la técnica psicológica en cada sesión. La parte sombreada representa los valores esperados en una niña de 6 años. Después de la intervención quirúrgica sus valores se ubicaron arriba de los rangos esperados para su edad.

Participante 2.

Femenino de 10 años con escolaridad de Quinto de Primaria. Vive con sus padres y 2 hermanas. Se le realizo la intervención quirúrgica de reimplante uretral, la dosis de medicamentos para el control del dolor postoperatorio fue Metamizol 500 mg vía IV c/8 horas.

Análisis de las sesiones

Autorreporte de la percepción de intensidad de dolor; en la primera sesión (antes de la intervención quirúrgica), la paciente reportó una disminución en el puntaje de dolor en la escala Baker de 1 a 0 con la aplicación de la técnica Psicológica. En la segunda sesión su puntaje disminuyó de 5 a 3, en la sesión 3 de 3 a 2, en la cuatro de 4 a 2 y en la quinta de 2 a1 como se puede observar en la gráfica 2.

De acuerdo a nuestra hipótesis la imaginería basada en relajación fue efectiva para disminuir la percepción subjetiva de dolor de la paciente en todas las ocasiones.

Autorreporte de dolor postoperatorio

Gráfica 8. Representa el reporte de dolor antes y después de la aplicación de la técnica durante las tres sesiones de trabajo

Perfil psicofisiológico (Antes de la intervención quirúrgica)

Temperatura periférica bilateral

Durante la evaluación, en la fase de estresor, las temperaturas comenzaron a alejarse. Presentó dominancia y simetría, no hubo variabilidad.

Ojos Abiertos Ojos cerrados Estresor Relajación Natural

Grafica 9. Representa la temperatura periférica bilateral (º F) durante las 4 fases del perfil psicofisiológico.

Perfil psicofisiológico (1.5 mes después de la intervención quirúrgica)

Durante la evaluación presentó simetría, dominancia y variabilidad.

Ojos Abiertos Ojos cerrados Estresor Relajación Natural

Grafica 10. Representa la temperatura periférica bilateral (º F) durante las 4 fases del perfil psicofisiológico.

Perfil psicofisiológico. (Antes de la intervención quirúrgica)

Frecuencia Cardiaca

La parte sombreada representa los valores esperados en una niña de 10 años. Sus valores se encontraron dentro de los rangos esperados, no presentó variabilidad.

Ojos Abiertos Ojos cerrados Estresor Relajación Natural

Grafica 11. Representa la Frecuencia Cardiaca durante las 4 fases del perfil psicofisiológico.

Perfil psicofisiológico (1.5 mes después de la intervención quirúrgica)

Frecuencia Cardiaca

Sus valores se encontraron dentro de los rangos esperados **.** Presentó variabilidad.

Ojos Abiertos Ojos cerrados Estresor Relajación Natural

Grafica 12. Representa la temperatura periférica bilateral (º F) durante las 4 fases del perfil psicofisiológico. La parte sombreada representa los valores esperados en una niña de 10 años.

Análisis de los cambios de temperatura periférica bilateral durante la técnica por sesión .

Sesión 1: Presentó ganancia, simetría y sincronía. Total 3. Se rechaza la hipótesis

Sesión 2: Presentó sincronía. Total 1. Se rechaza la hipótesis

Sesión 3: Presentó sincronía y simetría. Total 2. Se rechaza la hipótesis

Sesión 4: Presentó sincronía y simetría. Total 2. Se rechaza la hipótesis

Sesión 5: Presentó sincronía y simetría. Total 2. Se rechaza la hipótesis

Ses 1 Ses 2 Ses 3 Ses 4 Ses 5

Grafica 13. Representa la temperatura periférica bilateral (º F) durante la aplicación de la técnica psicológica en cada sesión.

Análisis de los cambios de frecuencia cardiaca durante las técnicas por sesión

Sus valores se encontraron dentro de los rangos esperados, excepto antes de la intervención quirúrgica.

Sesión 1: No hubo disminución. Se rechaza la hipótesis.

Sesión 2: No hubo disminución. Se rechaza la hipótesis.

Sesión 3. No hubo disminución. Se rechaza la hipótesis

Sesión 4. No hubo disminución. Se rechaza la hipótesis

Sesión 5. No hubo disminución. Se rechaza la hipótesis.

Ses 1 Ses 2 Ses 3 Ses 4 Ses 5

Grafica 14. Representa la Frecuencia cardiaca durante la aplicación de la técnica psicológica en cada sesión. La parte sombreada representa los valores esperados en una niña de 10 años.

Discusión

Conforme a nuestra primera hipótesis la imaginería basada en relajación es efectiva para disminuir la percepción de dolor en el paciente pediátrico post-operado.

Con respecto a la segunda hipótesis se observó que la temperatura periférica bilateral no cumplió con los 4 puntos requeridos, sin embargo consideramos que esto no implica que la técnica no haya sido efectiva porque al final se presentaron algunos patrones que indican autorregulación, control de estrés y pronóstico favorable (simetría, dominancia y sincronía respectivamente.) (Domínguez, 1999). Lo que se logró difícilmente (solamente en la sesión antes de la operación) fue la ganancia y esto puede deberse a la dificultad para relajarse y lograr vasodilatación ante la anticipación subsiguiente presencia del dolor.

Con respecto a la tercera hipótesis por lo general se rechazó la hipótesis de efectividad de la técnica, ya que la frecuencia cardiaca no presentó tendencia a disminuir (en general), lo que podemos explicar por el impacto autonómico mediado cognositivamente de la anticipación o certidumbre del dolor y los cambios debidos a la intervención quirúrgica.

En cuanto a los objetivos de la investigación se pudo demostrar la disminución de la intensidad del dolor de las pacientes.

En cuanto al objetivo de documentar la relación existente entre la percepción subjetiva del dolor, actividad cognoscitiva, (Escala Baker) y los cambios fisiológicos (actividad autonómica) ocurridos durante la técnica psicológica se observó lo siguiente:

En el caso de la paciente 1 en la primera sesión los tres factores presentaron una relación: la percepción subjetiva del dolor bajó (de 2 bajó a 0), la evaluación de sus temperaturas mostró simetría, sincronía y ganancia y su frecuencia cardiaca estuvo dentro de los rangos esperados para una niña de su edad y disminuyó. Debemos tener en cuenta que la primera sesión fue antes de la cirugía.

En la segunda sesión los tres factores no estuvieron relacionados: mostró un autor reporte de 2 a 0, la temperatura solo presentó simetría y sincronía y su frecuencia cardiaca estuvo por arriba de los rangos esperados sin lograr disminución.

En la tercera sesión, los tres factores no estuvieron relacionados: reportó un aumento de dolor de 3 a 4, la evaluación de su temperatura mostró ganancia, simetría y un patrón muy relevante (dominancia) que no se había presentado en la paciente; pero no presentó disminución de la frecuencia cardiaca y sus valores todavía se ubicaron por arriba de los rangos esperados.

En el caso de la paciente 2 en la primera sesión los tres factores mostraron relación: la percepción subjetiva del dolor bajó (de 1 a 0), la temperatura presentó ganancia, sincronía y simetría y su frecuencia cardiaca se encontró en los rangos esperados.

En la segunda sesión los tres factores no tuvieron relación: la percepción de dolor bajó (5 a 3), sus temperaturas tuvieron sincronía solamente y su frecuencia cardiaca aumentó pero se mantuvo dentro de los rangos esperados.

En cuanto a la sesión 3 los tres factores no tuvieron relación: la percepción de dolor bajó (de 3 a 2), su temperatura: mostró sincronía y simetría y su frecuencia no disminuyó aunque estuvo dentro de los rangos esperados.

En la sesión 4, los tres factores no estuvieron relacionados: la percepción de dolor bajó (4 a 2) y sus temperaturas se comportaron igual que en la sesión 3 y su frecuencia cardiaca no disminuyó.

En la última sesión, los tres factores no presentaron relación, su autorreporte fue de 2 a 1, la temperatura es igual a las dos sesiones previas, pero su frecuencia no logró disminuir.

En cuanto al objetivo de documentar las diferencias entre un perfil psicofisiológico del estrés en un niño que se enfrenta a una situación "amenazante" (periodo perioperatorio) y cuando no está ante ésta situación podemos decir que:

Las dos pacientes muestran antes de la intervención quirúrgica poca variabilidad, no hay dominancia y sin capacidad de relajarse y la frecuencia cardiaca de la paciente 1 se ubico por arriba de los rangos esperados. Esto puede indicarnos que durante ese periodo hubo vulnerabilidad fisiológica. Después de la intervención (1 mes y medio) presentó variabilidad, sus temperaturas fueron simétricas, con dominancia, sincrónicas, hubo vaso dilatación y su frecuencia cardiaca se ubicó en los rangos esperados, todo esto puede indicar un estado más saludable.

Conforme a la revisión de Bennett-Branson y cols (1993), Fisher y cols (2000) se confirmó que aun con tratamiento farmacológico los niños suelen reportar dolor postoperatorio de leve a moderado.

En nuestro estudio se confirmaron los resultados de Martz y cols (2004) en cuanto a la efectividad de la técnica de imaginería para disminuir el reporte de dolor en niños con dolor postoperatorio, además no hubo cambios en los medicamentos con el uso de la técnica.

Observamos que los factores mencionados por McGrath (1989) están presentes en las pacientes interactuando constantemente, nuestro estudio intervino solo en el factor situacional del control de la percepción del dolor y vimos que en ambas niñas se enriqueció la percepción de control.

Conclusiones

El uso de marcadores biológicos es una herramienta importante, objetiva, confiable, costeable, amigable para evaluar los beneficios de la técnica y hacer adaptaciones de ésta.

El paciente pediátrico es capaz de modificar su percepción de intensidad de dolor pero esto no siempre se relaciona con sus indicadores fisiológicos (lo que puede indicar que no poseen conciencia de sus respuestas fisiológicas y no tienen capacidad de autorregulación).

Hay muchos factores que pueden influir en la percepción del dolor en el paciente pediátrico post-operado que deben ser tomados en cuenta como número de operaciones, actitud de los padres frente al dolor, estilos de afrontamiento.

Es de mucha importancia que el paciente pediátrico tenga un manejo psicológico del dolor adecuado durante el periodo postoperatorio ya que esto le proporciona herramientas para enfrentar el proceso de recuperación y como aprendizaje de estrategias de autorregulación del dolor para lograr cambios en su respuesta fisiológica.

Referencias

Behrman R. Vaughan V. (1989) El aparato cardiovascular. Cap en Nelson, Tratado de pediatría. Vol 2, 3ª edición. Interamericana-McGraw Hill. Madrid

Bennett-Branson S. , Craig K . (1993) Postoperative pain in children: developmental and family influences on spontaneous coping strategies . Canadian Journal Of Behavioural Science . 25(3): 355-383

Domínguez B., Martínez G., Hernández C., Esqueda G., Olvera Y, Lizano M., Flores M., Tam L., (1998) Medición del dolor y estrés en niños . Ciencia y Desarrollo, 24 (142): 36-46.

Domínguez B., Olvera Y., Cruz A. y Cortés J., (1999) Monitoreo no invasivo de la temperatura periférica bilateral en la evaluación y tratamiento Psicológico. Psicología y Salud . Vol 11 Núm 2

Domínguez B. y Vázquez R. (2000) Autorregulación del dolor crónico. En Oblitas y Becoña Psicología de la salud . México: Plaza y Váldes.

Finkel M. y Schlegel H. (2003) El dolor postoperatorio. Conceptos básicos y fundamentos para un tratamiento adecuado. Revist a del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. 8(1): 1-19.

Flores A. (2000) Dolor recurrente en la edad pediátrica, Cap. En Merck, Clínica del Dolor , 1ª edición, México: EDIMPLAS, Vol 2, pp 152-171.

Flores A. (2002) Dolor pediátrico una visión Psicológica, Clínica, Dolor y Terapia, 1(1), 19-22

Hartrick C., (2004), Multimodal postoperative pain management . SYMPOSIUM Pain management Am J Health-Syst Pharm . 61(1): S4-S10.

Kuttner L. y Culbert T. (2003) Hipnosis, biofeedback and self-regulation skills for children in pain. Cap en Breivik H., Campbell W. y Eccleston Ch. Clinical Pain Management. Practical applications and procedures . Londres: Arnold. pp 147-162.

Lambert S. (1996) The effects of hypnosis/guided imagery on the postoperative course of children.

J Dev Behav Pediatr. 17(5):307-10

Martz M., Broome M., Good M. (2004) Imagery reduces children's post-operative pain. Pain 110, pp 439–448.

McGrath P. Brigham M. (1992). The assessment of pain in children and adolescents . Cap en . Turk D and Melzack R Handbook of pain Assesment , New York: Guilford Press, Pp 295-310.

Merskey H. y Bogduk N. (1994), Classification of Chronic Pain, , IASP Task Force on Taxonomy, Second Edition, IASP Press , Seattle, pp. 209-214.

Moyao D. y Espinoza A. (2004) Dolor postoperatorio en el paciente pediátrico. Revista Mexicana de Anestesiología. .27 (1): 138-151

Pölkki, T., Vehviläinen-julkunen K., Pietilä, A., 2002, Parents' roles in using non-pharmacological methods in their child's postoperative pain alleviation. Journal of clinical nursing. 11(4) : 526–536

Roa A, (2001) Enfermedad de Raynaud. Cap en Simón M. y Amenedo E. Manual de psicofisiología clínica. España: Pirámide. pp. 323-340.

Rojas A. 1994. Aspectos Psicológicos en la valoración y tratamiento de dolor postoperatorio en niños. Rev. Col. Anest. 22: 291-295.

Stevens B. (2002), Pain in Infants and Children: Assesment and management strategies within the Context of Professional Guidelines, Standards, and Roles. An Updated Review: Refresher course Syllabus . IASP Press, Seattle pp 315-326

Vila J. (2000) Actividad cardiovascular. Cap en: Una introducción a la Psicofisiología Clínica. Pirámide, España. Pp 65-78.

LA DISPEPSIA FUNCIONAL: ASPECTOS BIOPSICOSOCIALES, EVALUACIÓN Y TERAPIA PSICOLÓGICA

Sergio Tobón
Universidad de Antioquia, Colombia

Bonifacio Sandín
Universidad Nacional de Educación a Distancia, España

Stefano Vinaccia
Universidad de San Buenaventura, Colombia

Ariel César Núñez Rojas
Universidad de Manizales, Colombia

Aspectos conceptuales

La dispepsia funcional (DF) es un trastorno gastrointestinal que actualmente está comenzando a generar mucho interés en la psicología clínica y de la salud, debido a la constatación de su asociación con diversos factores psicosociales, tales como el estrés psicosocial, la ansiedad, la depresión, el abuso infantil y la somatización (Hui, Ho y Lam, 1991; Folks y Kinney, 1992; Pauli, Herschbach, Weiner y von-Rad, 1992; Kellner, 1994; Tobón, Vinaccia y Sandín, 2003a, 2004), así como por la creciente evidencia de la eficacia de la terapia psicológica en esta condición médica (Tobón, Vinaccia y Sandín, 2003b; Tobón, Sandín y Vinaccia, 2005).

La DF tiene una alta prevalencia en la población general, muy similar a la del síndrome del colon irritable. En general, tal prevalencia puede situarse entre un 11% y 14% de la población (El-Serag y Talley, 2003; Cheng, Hui y Lam, 2004). Respecto a la prevalencia de los diferentes subtipos de DF, los estudios son escasos. Kawamura et al. (2001) llevaron a cabo un estudio epidemiológico en una población japonesa y hallaron una mayor prevalencia de la dispepsia tipo dismotilidad (8,9%), seguida de la dispepsia tipo úlcera (5,2%). Además de la alta prevalencia en la comunidad, la DF es un motivo frecuente de consulta médica en atención primaria (Jones et al., 1990), a pesar de que sólo consultan una cuarta parte de las personas con síntomas de dispepsia. Todo esto implica importantes costes económicos asociados a la utilización de los servicios de salud por parte de las personas con DF (Jones et al., 1990; Koloski, Talley y Boyce, 2001), además de ser una causa de sufrimiento en un porcentaje elevado de la población.

La DF es una enfermedad funcional en la cual no hay una causa orgánica identificable por medios diagnósticos convencionales (Talley et al., 2000). Esta condición médica se caracteriza por la presencia de dolor abdominal superior o malestar epigástrico recurrente o persistente, frecuentemente asociado a síntomas tales como saciedad temprana, náuseas o vómito (Talley et al., 2000; Danesh y Pounder, 2000; Panganamamula, Fisher y Parkman, 2002).

De acuerdo con los criterios de Roma II (Talley et al., 2000), la DF se diagnostica cuando los síntomas están presentes durante al menos doce semanas, no necesariamente consecutivas, y dentro de los doce meses precedentes. De manera específica, el diagnóstico de la DF se basa en los siguientes criterios: (1) debe haber dolor y malestar centrado en el abdomen superior, de forma persistente y recurrente; (2) los síntomas deben darse en ausencia de una enfermedad orgánica que probablemente explique los síntomas (incluye evaluación endoscópica); (3) no debe haber evidencia de que los síntomas se alivien exclusivamente con la defecación o se asocien a cambios en la frecuencia o consistencia de las deposiciones; y (4) no deben haber síntomas predominantes de reflujo gastro-esofágico (Talley et al., 2000).

El diagnóstico de la DF requiere descartar otras enfermedades del sistema digestivo que tienden a manifestarse con síntomas similares, tales como la enfermedad por reflujo gastroesofágico, el síndrome del colon irritable, el cáncer gástrico y la úlcera péptica (Tack, Bisschops y DeMarchi, 2001). Esto hace que el diagnostico diagnóstico exacto de esta condición médica requiera en todos los casos la realización de la endoscopia digestiva superior (Tárraga López, 2004), examen que puede complementarse con otros más especializados, tales como hematología y bioquímica, examen de sangre oculta en heces y biopsia de la mucosa. En algunos casos, además, será necesario practicar la tomografía computarizada, la resonancia magnética, la medida del vaciamiento gástrico (p. ej., mediante ultrasonografía), la manometría gastrointestinal, la manometría del conducto filial y la prueba de intolerancia a los alimentos (Malagelada, 1996).

De acuerdo con los criterios de Roma II (Talley et al., 2000), la DF se clasifica en los siguientes tipos: (1) *dispepsia tipo úlcera* (el síntoma predominante es dolor centrado en el abdomen superior); (2) *dispepsia tipo dismotilidad* (el síntoma predominante es la sensación de malestar centrado en el abdomen superior; esta sensación puede estar caracterizada por o asociada con distensión abdominal superior, saciedad temprana, malestar en el hemiabdomen superior, eructos o náuseas); y (3) *dispepsia inespecífica* (este tipo se da cuando los síntomas de dispepsia no presentan un predominio correspondiente a alguno de los dos tipos anteriores). Para un análisis detallado sobre el diagnóstico y las características psicosociales de los trastornos gastrointestinales véase Tobón et al. (2005).

El enfoque etiológico más aceptado en la actualidad para la DF es el biopsicosocial, dado que en esta condición médica intervienen factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales (Tobón et al., 2004, 2005). Acorde con este enfoque, el objetivo del presente capítulo es presentar un análisis de la evidencia reciente en torno a los factores psicosociales y biopsicológicos más estrechamente asociados a la DF. Partiendo de la base de este enfoque, se exponen una serie de planteamientos sobre el proceso de evaluación y terapia psicológica. De este modo, en el presente capítulo se pretende ofrecer a los profesionales de la salud una presentación moderna de la DF desde el marco de la psicología en la que se enfatizarán los mecanismos biopsicosociales, la evaluación y el tratamiento psicológicos.

Factores y mecanismos biopsicosociales

Centraremos nuestra atención sobre los aspectos biopsicosociales de la DF en siete dimensiones a partir de las cuales explicaremos las interrelaciones entre los diferentes factores asociados con esta condición médica. Estas dimensiones se describen en la Tabla 1. Hay dimensiones básicas implicadas en la salud tales como las demandas psicosociales, la personalidad y el comportamiento, y el afrontamiento de las situaciones estresantes. Estas dimensiones pueden actuar sobre la dimensión de los mecanismos psicobiológicos, interviniendo estos como posibles mediadores de la influencia de los factores psicosociales en la alteración de la funcionalidad gastrointestinal. Otras dos dimensiones son el resultado de las anteriores: la calidad de vida relacionada con la salud, y el tratamiento y la evolución. Por último, la dimensión socioeconómica suele entenderse como una dimensión moduladora (las condiciones socioeconómicas donde se desenvuelve la persona pueden potenciar o disminuir los efectos adversos de la vulnerabilidad genética y del estrés psicosocial sobre la salud). Como complemento al análisis que aquí presentamos recomendamos la lectura de nuestras anteriores publicaciones sobre la DF (Tobón et al., 2003a, 2003b, 2004, 2005).

Tabla 1- Principales dimensiones relacionadas con el enfoque biopsicosocial

Dimensión	Definición	Elementos
CONTEXTO SOCIOECONOMICO	Contexto social y económico en el cual vive la persona, así como los mecanismos y recursos que dicho contexto pone a disposición para satisfacer las necesidades vitales y potenciar la salud.	-Nivel educativo -Ingresos -Redes sociales -Apoyo social
DEMANDAS PSICOSOCIALES	Son las situaciones en las cuales se desenvuelven las personas y que pueden potenciar o alterar salud.	-Sucesos vitales -Sucesos diarios -Estrés crónico
EVALUACIÓN COGNITIVA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Se refiere a la forma cómo las personas evalúan las situaciones y el manejo que hacen de ellas mediante unas determinadas estrategias de afrontamiento, pudiendo esto potenciar su salud	-Tipo de evaluación -Estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción -Estrategias de afrontamiento focalizadas

	o debilitarla.	en el problema
PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO	La personalidad es la organización compleja que refleja la identidad de cada ser humano en la interacción consigo mismo y los contextos sociales y ambientales, modulando la evaluación, el afrontamiento, el cuidado de la salud general y la búsqueda de ayuda profesional cuando se requiere. El comportamiento, por su parte, es la forma como cada ser humano interactúa con las situaciones a partir de la personalidad y de los estímulos ambientales y sociales.	-Tipo de personalidad -Trastornos de la personalidad -Rasgos negativos de la personalidad (p.ej., neuroticismo) -Rasgos positivos de la personalidad (p.ej., optimismo). -Comportamientos relacionados con el estilo de vida, tales como fumar, consumir alcohol y hacer deporte.
MECANISMOS PSICO-BIOLOGICOS	Comprende las redes neuronales y los mecanismos a través de los cuales los aspectos psicosociales activan determinados sistemas y órganos. Generalmente implican una interrelación entre el sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo y el sistema neuroendocrino.	-Neurotransmisores -Eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal -Eje hipotálamo-hipofiso-tiroideo -Eje simpático-médulo-suprarrenal
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	Se refiere al grado de bienestar emocional, físico y social que experimenta la persona. Depende del tipo de condición médica, de la personalidad, de los recursos para cuidar y recuperar la salud, y del grado de apoyo social.	-Bienestar físico -Bienestar psicológico -Bienestar social
TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN	Se refiere a la búsqueda de tratamiento por parte de las personas con una determinada condición médica, en lo cual influyen factores económicos, psicológicos y culturales.	-Búsqueda de ayuda profesional -Seguimiento de las prescripciones médicas -Evolución de la salud

Nota: Para una descripción detallada de cada una de estas dimensiones en el proceso de salud, véase Núñez y Tobón (2005).

Contexto socioeconómico

Parece que las personas con DF tienden a tener menores ingresos, menos empleo y menor nivel educativo que las personas sanas de la población general (Haug, Svebak, Wilhelmsen, Berstad y Ursin, 1994), así como mayores dificultades sociales

y laborales (Hu et al., 2002). Igualmente, esta condición médica tiende a predominar en las mujeres (Haug et al., 1994; Allescher et al., 1999; Lee et al., 2000), sin que haya todavía una explicación clara de este hecho. Además, cada vez existe mayor evidencia de que las condiciones sociales desfavorables, como el empleo informal, la pobreza y la falta de servicios públicos, se asocian a alteraciones emocionales en comunidades urbanas (Mora, Flores, González y Marroquín, 2003) y de esta forma pueden influir en la DF.

El apoyo social es un mecanismo social que ayuda a las personas a potenciar su salud y posibilita amortiguar los efectos de las situaciones estresantes, disminuyendo el riesgo para que se afecte la salud física y mental, en tanto media en los procesos de evaluación y afrontamiento de las situaciones (véase, p.ej., Sandín, 1999). Específicamente se refiere a la ayuda y colaboración que brindan otras personas de la comunidad mediante mecanismos tales como ayudar a resolver los problemas, acompañamiento en la asistencia al servicio de salud, seguimiento de las prescripciones médicas, préstamo de dinero, apoyo emocional, etc. El apoyo social percibido se refiere a la forma cómo una persona percibe la ayuda y la colaboración que le brindan los demás.

Con respecto a la DF, son relevantes dos estudios en esta área. Uno de los primeros fue llevado a cabo por Lee et al. (2000), quienes hallaron que las personas con DF tuvieron un menor apoyo interpersonal que el grupo de control con personas sanas. Esta relación fue confirmada en un segundo estudio efectuado por Cheng et al. (2004), los cuales buscaron determinar la relación del apoyo social con el afrontamiento y los síntomas de la DF. Para ello entrevistaron a 4.038 personas de Hong Kong, encontrando que la percepción de la gravedad de los síntomas de dispepsia se relacionaba significativamente con los niveles de apoyo emocional y un estilo de afrontamiento flexible de las situaciones.

Demandas psicosociales

Las demandas psicosociales son los agentes externos causantes primarios del estrés, es decir de estados de activación fisiológica y emocional que aumentan las probabilidades de tener alteraciones en la salud mental y física. En esta línea se encuentran varios estudios que han determinado una asociación de los *sucesos vitales estresantes* con la DF mediante estudios transversales y epidemiológicos realizados en la población general (Haug, Wilhelmsen, Berstad y Ursin, 1995; Lau, Hui y Lam, 1996; Allescher et al., 1999; Tobón et al., 2003a, 2004, 2005).

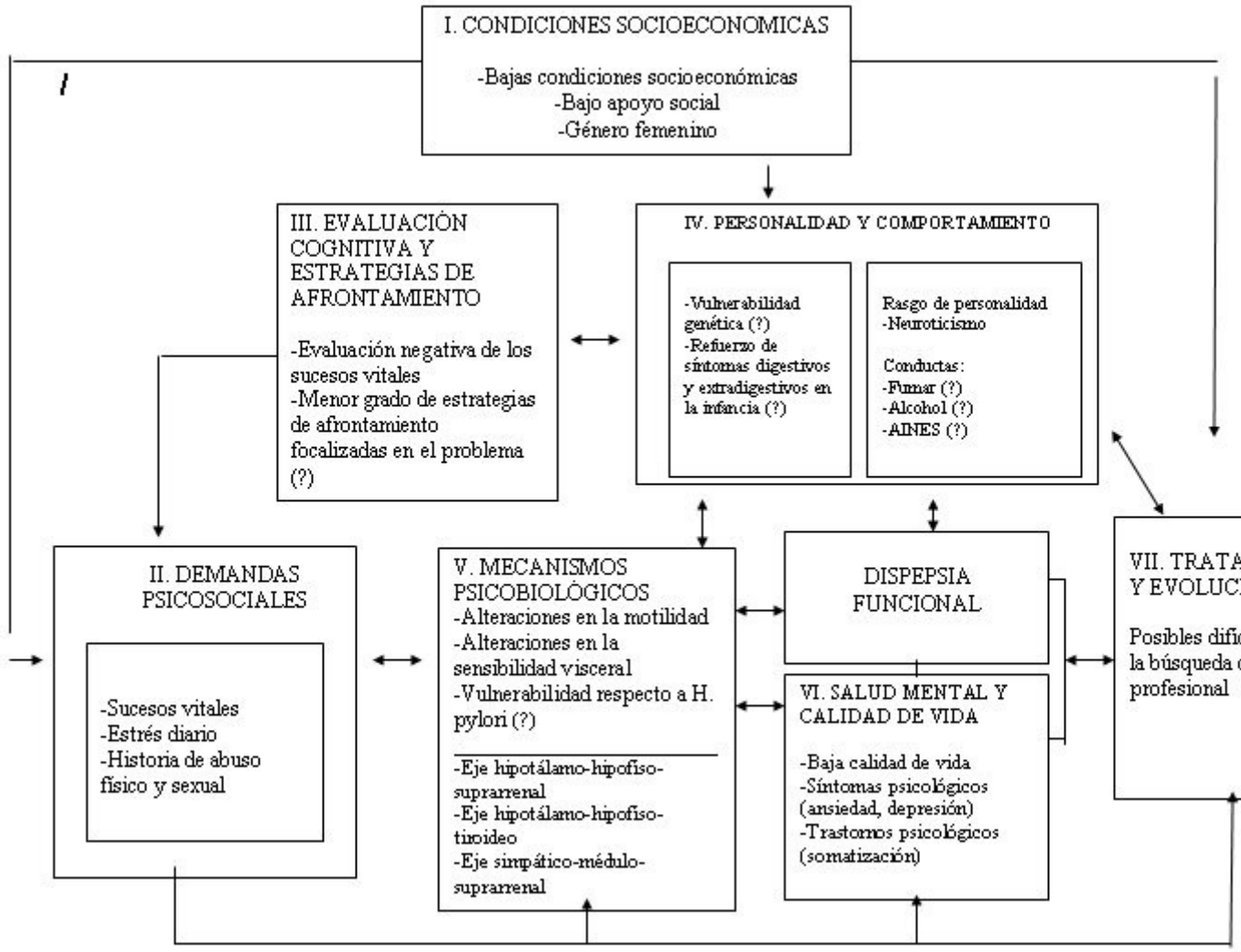
Un aspecto que ha despertado recientemente un interés especial es el estudio de la prevalencia de situaciones de abuso físico y sexual en la infancia, tema sobre el cual hay evidencias indirectas de dos estudios, en los cuales se encontró una prevalencia significativa de este tipo de situaciones en personas con trastornos gastrointestinales funcionales (incluida la DF) (Drossman et al., 1990; Talley, Fett, Zinsmeister y Melton, 1994). Esta evidencia indirecta fue confirmada de forma específica en la DF en un estudio realizado por Li, Nie, Sha y Su (2002).

Sin embargo, en esta área son necesarios nuevos estudios, pues la información que se tiene todavía es muy fragmentaria y en ningún caso concluyente. Más aún si se tiene en cuenta que ha habido investigaciones en las cuales no se ha encontrado implicación de las situaciones de estrés psicosocial en este trastorno gastrointestinal (Talley y Piper, 1986; Jain, Gupta, Gupta, Rao y Bahre, 1995).

Evaluación cognitiva y estrategias de afrontamiento

El impacto potencial de las demandas psicosociales sobre la salud depende en gran medida de cómo sean éstas evaluadas por la persona, puesto que la evaluación es lo que activa el estrés y orienta las estrategias de afrontamiento. La *evaluación* de las situaciones como estresantes-negativas, en cualquiera de las categorías descritas por Lazarus y Folkman (1984) (p.ej., daño, pérdida o amenaza) induce emociones negativas y puede llevar a afectar el bienestar psicológico y a generar alteraciones digestivas por la activación continua de este sistema. En torno a este punto, aunque la evidencia es escasa, parece que las personas con DF tienden a informar de una evaluación más negativa de los sucesos estresantes que las personas sanas (Lee et al., 2000).

Figura 1. Modelo Biopsicosocial de la Dispepsia Funcional



Notas: El signo (?) significa que el factor todavía no ha sido suficientemente investigado.
AINEs = fármacos antiinflamatorios no esteroideos

Otro factor asociado al estrés psicosocial son las *estrategias de afrontamiento*, las cuales consisten en los esfuerzos conductuales y cognitivos que llevan a cabo las personas con el fin de disminuir la intensidad del estrés o sus efectos, ya sea actuando sobre las demandas psicosociales externas o sobre el proceso estresante interno. Tales estrategias se ponen en acción, de acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), cuando las demandas internas o externas son evaluadas por las personas como algo que excede los recursos que se poseen. En este sentido, se ha podido determinar que las personas con DF tienden a tener un menor grado de estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema (Lee et al., 2000). Esto se corresponde con algunas investigaciones que informan que las estrategias de afrontamiento focalizadas en la resolución de problemas se asocian con una mejor salud mental (Herman-Stahl, Stemmler y Petersen, 1995). También se ha hallado que los efectos beneficiosos del apoyo emocional en una menor percepción de la gravedad de los síntomas de DF, se relaciona con la presencia de un estilo de afrontamiento flexible de las situaciones estresantes (Cheng et al., 2004).

Personalidad y comportamiento

La *personalidad* es una organización psicológica estable compuesta por esquemas cognitivo-afectivos que orientan el comportamiento de la persona en interacción consigo misma, los demás y el entorno. La personalidad modula tanto la evaluación de las demandas psicosociales como el empleo de las estrategias de afrontamiento, influyendo esto en el grado de adaptación (Hewitt y Flett, 1996) y por consiguiente en su salud mental (Sandín, 1995).

Los esquemas cognitivo-afectivos se estructuran en rasgos de personalidad y en la DF se ha hallado la implicación de un rasgo de carácter negativo, como es el *neuroticismo*, pues existe evidencia de que en las personas con esta condición médica son significativamente mayores las puntuaciones en esta variable que en las personas sanas de la comunidad seleccionadas al azar y ajustadas por género (Haug et al., 1995). Esto se corresponde con investigaciones llevadas a cabo en otras áreas en las cuales ha podido determinarse que altos niveles de neuroticismo se relacionan con una adaptación deficiente (Bolger, 1990), posiblemente como consecuencia del empleo, por influencia de este rasgo de personalidad, de estrategias de afrontamiento poco eficaces y no enfocadas en el problema (Affleck, Tennen, Urrows y Higgins, 1992), tal como se ha hallado también en la DF.

Otro aspecto relacionado con la personalidad son las conductas de riesgo para la salud. En este ámbito, los estudios que han evaluado la relación entre la DF y conductas tales como el hábito de fumar, el consumo de alcohol, el ingerir fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y el comer de forma irregular, son contradictorios y prima la evidencia en contra de una posible asociación (Tobón et al., 2005). Sin embargo, en un subgrupo de pacientes es probable que tales conductas de salud afecten los síntomas de dispepsia y el curso de la enfermedad, por lo que es importante tenerlas en cuenta en el proceso de evaluación y tratamiento psicológicos.

Mecanismos psicobiológicos

En los pacientes con dispepsia funcional, los mecanismos patofisiológicos son diversos y todavía no hay estudios concluyentes sobre la materia. Además, parece que lo que hay es una afectación sistémica general del sistema gastrointestinal ya que muchos pacientes con DF tienen también síntomas del síndrome del colon irritable, pirosis funcional, síndrome de rumiación y dolor torácico no cardíaco. El tipo de problemas fisiológicos más frecuentes en la DF son la hipersensibilidad visceral y las alteraciones en la motilidad intestinal, todo lo cual es también común en personas con otros trastornos gastrointestinales funcionales.

Con respecto a la *hipersensibilidad visceral*, los estudios realizados hasta el momento indican que los pacientes con DF tienen una mayor sensibilidad a los estímulos viscerales que las personas normales, debido, probablemente, a un defecto en el procesamiento de los estímulos en el sistema nervioso central, por cuanto no hay como tal alteraciones en la pared gástrica que la expliquen. El estrés puede disminuir el umbral para la percepción del malestar o aumentar la percepción de la distensión gástrica a partir de la activación simpática (Iovino, Azpiroz y Domingo, 1995).

Por otra parte, las *alteraciones en la motilidad* en las personas con DF corresponden a un problema en la motilidad gastroduodenal relacionado con una demora en el vaciamiento gástrico de los alimentos, lo cual puede ser una de las causas del dolor y malestar epigástrico. Respecto a la implicación de factores psicológicos en esta alteración motora, se ha informado que la ansiedad afecta probablemente la retención antral de los alimentos (los alimentos se quedan un mayor tiempo en el antro del estómago) en personas con DF (Lorena, Tinois, Brunetto, Camargo y Mesquita, 2004).

Se ha postulado que la bacteria *Helicobacter pylori*, la cual coloniza el estómago e induce gastritis histológica, puede tener también algún papel etiológico en la DF. La propuesta de la *H. pylori* como factor asociado a la patofisiología de la DF se debe al hecho de que en determinados casos la gastritis que produce en el estómago se expresa con dispepsia. Sin embargo, hay un gran número de personas infectadas con *H. pylori* asintomáticos y los estudios no han hallado una asociación concluyente de la bacteria con esta condición médica. Es factible que en un subgrupo de pacientes la bacteria sí tenga un rol etiológico esencial, como por ejemplo en personas con DF tipo úlcera (el síntoma característico es el ardor y el dolor en la parte superior del abdomen) (Tobón et al., 2005). El estrés podría interactuar con la bacteria favoreciendo los efectos patógenos de ésta como consecuencia de alteraciones en la modulación de la respuesta inmunológica del organismo frente a ella, lo cual es respaldado por diversas investigaciones en la psiconeuroinmunología que evidencian como este factor de orden psicosocial produce una mayor vulnerabilidad frente a los efectos de virus y bacterias (Cohen y Williamson, 1991; Segerstrom y Miller, 2004).

Calidad de vida relacionada con la salud

La salud se equipara a bienestar y por eso es definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, que no equivale a la simple ausencia de una enfermedad o incapacidad (OMS, 1948). A partir de esta concepción se ha establecido el concepto de calidad de vida relacionada con la salud el cual tiene también un enfoque multidimensional (Tarlow et al., 1989; Patrick y Ericsson, 1993) que da cuenta de los resultados del proceso de salud en términos del bienestar percibido. Aunque no existe un pleno consenso en esta área respecto a este concepto (Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton y Alonso, 2001), es útil la definición expuesta por Shumaker y Naughton (1995), en la cual se indica que consiste en la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, junto con

los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la forma como las personas funcionan en las diferentes actividades. Las dimensiones más importantes de la calidad de vida relacionada con la salud serían el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional.

En las personas con DF hay evidencias de que su calidad de vida está disminuida, tal como es indicado por Haug et al. (1994), Berstad et al. (2001), El-Serag y Talley (2003) y Gutiérrez et al. (2003). Respecto a los factores que modulan o median en el grado de calidad de vida relacionada con la salud en esta condición médica, los estudios son escasos, teniéndose conocimiento solamente del estudio de Gutiérrez et al. (2003) quienes hallaron que la ansiedad fue predictora de la calidad de vida.

Por otra parte, hay evidencia concluyente de que las personas con DF tienen un peor estado de salud mental que las personas sanas de la comunidad. Un trastorno psicológico característico de este grupo de personas es la somatización, la cual se manifiesta como una tendencia a informar más síntomas de tipo no gastrointestinal que la población general (Wilhelmsen, 2002). Esto se ha comprobado en estudios que han empleado el *Symptom Checklist-90* (SCL-90) (Haug et al., 1995; Lee et al., 2000). Así mismo, el trastorno de ansiedad generalizada también se asocia con la DF (Magni, di Mario, Bernasconi y Mastropaolo, 1987). Además de estos dos trastornos específicos, se encuentra una asociación significativa de la ansiedad y de la depresión con esta condición médica, lo cual se ha constatado en diversos estudios realizados con muestras clínicas y en la población general (Tobón et al., 2003a, 2004).

Tratamiento y evolución

Cuando se presentan problemas de salud mental y física, la búsqueda de ayuda profesional, el seguimiento de las prescripciones médicas y la evolución van a ser influidos no sólo por la presencia de tales problemas, sino también por la forma como las personas perciben sus síntomas gastrointestinales, las creencias que tienen respecto a su gravedad, la motivación frente al tratamiento y la presencia de factores psicológicos como el estrés, la ansiedad, la depresión y ciertos rasgos de personalidad. En el caso de la DF este tema también ha sido escasamente estudiado hasta el momento, hallándose un estudio que determinó que el estrés psicosocial parece ser un factor que influye para que las personas con DF busquen ayuda profesional (Koloski et al, 2001).

Evaluación psicológica

Los profesionales de la medicina deben remitir a evaluación psicológica a las personas con DF en los siguientes casos (Tobón et al., 2005): (1) ante la sospecha de trastornos psicológicos; (2) cuando se sospeche que la personalidad o el empleo de estrategias de afrontamiento incide en los síntomas o afecta el tratamiento; (3) ante conductas de enfermedad asociadas con sus quejas gastrointestinales que con frecuencia llevan a estos pacientes a buscar consulta médica; (4) vivencia de situaciones de alto nivel de estrés para las cuales no se poseen los recursos suficientes de manejo; (5) asociación entre síntomas psicológicos y los síntomas gastrointestinales; (6) personas refractarias al tratamiento farmacológico, y (7) situaciones en las cuales es necesario evaluar la calidad de vida profundizando en el bienestar psicológico, como por ejemplo en algunos estudios clínicos.

Por consiguiente, en los protocolos de evaluación y tratamiento de las personas con DF deben establecerse pautas a seguir para detectar a aquellos pacientes que requieran de evaluación y terapia psicológica. Se recomienda realizar esta

evaluación desde una perspectiva procesual, es decir determinando cómo es el proceso de salud mental y cómo está afectado, incidiendo esto en la DF. Para ello se sugiere tener como referencia los diferentes componentes de la salud mental expuestos en apartados anteriores y sintetizados en la Figura 1. Esto puede hacerse mediante la entrevista clínica y puede complementarse con el empleo de pruebas específicas. En la Tabla 2 se expone un esquema ilustrativo de los pasos a seguir en la evaluación, junto con algunos instrumentos que pueden ser útiles.

Tabla 2- Pasos y contenidos más relevantes de la evaluación procesual en la dispepsia funcional

Paso	Objetivo	Contenidos más importantes en la dispepsia funcional a ser evaluados	Instrumento recomendado
I. Estado de salud mental	Comprender el estado de salud mental y el problema específico.	Trastornos psicopatológicos Síntomas psicopatológicos Calidad de vida	DSM-IV (APA, 1994) Hopkins Symptoms Checklist-90-Revised (SCL-90R) (González de Rivera et al., 1989)* Cuestionario de Calidad de Vida en Relación con los Problemas de Estómago e Intestinales (QoL-PEI) (Ruiz et al., 2001) **
II. Demandas psicosociales, evaluación cognitiva y afrontamiento	Determinar el tipo de demandas que tiene la persona y la manera cómo responde ante ellas.	Sucesos vitales estresantes Estrés diario Estrategias de afrontamiento	Cuestionario de Sucesos Vitales (Sandín y Chorot, 1987)* Cuestionario de Estrés Diario (Santed et al., 1991)* Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (Sandín y Chorot, 2003)
III. Estructura y funcionamiento de la personalidad	Determinar los esquemas cognitivos y procesos más importantes relacionados con la evaluación, las estrategias de afrontamiento y los	Afecto positivo y negativo Neuroticismo	Positive and Negative Affect Schedule (Cuestionario PANAS de Afecto Positivo y Negativo) (Sandín et al., 1999)* Revised Eysenck Personality Questionnaire-Abreviated

	síntomas.		(Cuestionario de Personalidad EPQR-A) (Sandín et al., 2002)*
IV. Redes neuronales y biología	Buscar la relación del problema de salud mental con alteraciones en las redes neuronales y determinadas condiciones médicas.	Síntomas somáticos	Escala de Síntomas Somáticos-Revisada (ESS-R) (Sandín y Chorot, 1995)*
V. Factores socioeconómicos y apoyo social	Indagar sobre la relación de los factores psicosociales con el problema y la posibilidad de tener recursos para la salud en esta dimensión.	Ingresos personales o familiares Educación Apoyo social	Entrevista estructurada Entrevista estructurada The Social Support Behaviors-SS-B-Scale (Jiménez et al., 1994)*
VI. Modelo explicativo, debilidades y fortalezas	Construir un modelo para explicar el problema del paciente.	Fortalezas y debilidades Comportamiento funcional	Esquema del modelo

*Notas: *Estos instrumentos están incluidos y descritos en Sandín, Valiente y Chorot (1999). **Este instrumento se describe en Tobón, Sandín y Vinaccia (2005).*

Tratamiento

Tratamiento farmacológico

Para el tratamiento de la dispepsia funcional se han establecido diversos tipos de fármacos tales como los antiácidos, los citoprotectores, los antisecretores (anti-H2), los procinéticos, el tratamiento erradicador de la *H. pylori*, y el tratamiento con antidepresivos. La Asociación Española de Gastroenterología (2003) publicó una guía de tratamiento para esta enfermedad evaluando la evidencia disponible y concluyó que los antiácidos y los citoprotectores no tienen la suficiente evidencia sobre sus efectos beneficiosos en esta condición médica, aunque sean de uso en la práctica clínica. Los antisecretores (anti-H2) sí cuentan con evidencia y han demostrado ser superiores al placebo. Respecto a los procinéticos, como por ejemplo la cisaprida, la domperidona y la metoclopramida, tienen un discreto efecto

beneficioso y los resultados parecen no ser concluyentes, lo cual puede también decirse de los antidepresivos.

Con respecto al empleo de un tratamiento erradicador en la DF, actualmente no hay resultados concluyentes, pues el empleo de una combinación de omeprazol, claritromicina y amoxicilina, aunque se ha mostrado eficaz en erradicar la *H. pylori*, en unos estudios disminuyó significativamente los síntomas de dispepsia (p.ej., González et al., 2004; Ruiz, Gordillo, Hermosa, Arranz y Villares, 2005) pero en otros no ocurrió así (Talley, Janssens, Lauritsen, Racz y Bolling-Sternevald, 1999; Gisbert, Cruzado, García-Gravalos y Pajares, 2004).

Terapia psicológica

Se ha constatado de forma general que la terapia psicológica tiene efectos positivos sobre los síntomas dispépticos y el malestar emocional (Tobón et al., 2005). Esto se basa en el hecho de que el sistema digestivo tiene un vínculo directo con el sistema nervioso central, por cuanto las personas normales pueden aprender a controlar de forma voluntaria determinadas funciones gastrointestinales mediante el *biofeedback* (Giles, 1976). Al respecto, se han realizado estudios en los cuales las personas han logrado aprender a controlar de forma voluntaria la acidez gástrica mediante el continuo monitoreo del pH gástrico, a través de una señal de *feedback* proporcional a los valores de su pH.

Aunque el estudio sobre la eficacia de la terapia psicología en la DF apenas se ha iniciado, los datos obtenidos hasta el momento permiten afirmar que la hipnosis, la psicoterapia dinámica interpersonal y la terapia cognitivo-conductual tienen efectos beneficiosos en la reducción de los síntomas de dispepsia y de malestar emocional, por lo que son tratamientos psicológicos prometedores para esta condición médica (Tobón et al., 2005). Sin embargo, todavía están en una fase experimenta,l debido a que los estudios para cada una de estas condiciones son escasos.

Como ejemplo de tratamiento psicológico, Tobón et al. (2005) diseñaron un programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la DF. Este se compone de ocho sesiones de terapia grupal junto con una sesión de evaluación psicológica individual, para un total de nueve sesiones. Los contenidos de cada una de las sesiones se exponen en la Tabla 3 y se estructuran en seis módulos: (1) evaluación psicológica (inicial y final), (2) reestructuración cognitiva, (3) relajación muscular progresiva, (4) asertividad, (5) resolución de problemas y (6) práctica simulada real. Se recomienda consultar Tobón et al. (2005) para una descripción en detalle de los contenidos de este tratamiento.

Tabla 3- Contenidos de un programa cognitivo-conductual grupal multicomponente para la dispepsia funcional

Sesión	Módulo	Contenidos básicos
Sesión 1	Evaluación psicológica inicial (Se realiza de forma individual)	-Entrevista semiestructurada para determinar cómo se evalúan y afrontan los sucesos estresantes, junto con posibles manifestaciones psicopatológicas. -Aplicación de instrumentos psicométricos.

		-Determinación de metas en acuerdo con el paciente. -Enseñanza del AAE y entrega del instrumento al paciente.
Sesión 2	Reestructuración cognitiva	-Presentación de los integrantes del grupo. -Presentación del programa. -El estrés y la salud. -Papel de las creencias irracionales en el estrés y los síntomas de dispepsia. -Entrenamiento en modificación de creencias irracionales. -Ilustración por parte del terapeuta de cómo se evalúan adaptativamente las situaciones estresantes. -Práctica en la evaluación adaptativa de los sucesos estresantes. -Entrega del AAE
Sesión 3		-Entrevista, recogida y comentario del AAE. -Principales creencias irracionales. -Fortalecimiento del debate de las creencias irracionales. -Enseñanza de otras estrategias de afrontamiento pertinentes. -Práctica. -Entrega del AAE.
Sesión 4	Relajación muscular progresiva	-Entrevista, recogida y comentario del AAE. -Entrenamiento en RMP. -Práctica en RMP. -Entrega del AAE
Sesión 5	Asertividad	-Entrevista, recogida y comentario de los autorregistros. -Entrenamiento en asertividad -Práctica en el manejo de las situaciones sociales con asertividad -Entrega del AAE
Sesión 6	Resolución de problemas	-Entrevista, recogida y comentario de los autorregistros. -Práctica de la relajación. -Entrenamiento en la resolución de

		problemas. -Práctica en la resolución de problemas. -Entrega del AAE.
Sesión 7	Práctica simulada y real	-Entrevista, recogida y comentario de los autorregistros. -Práctica: afrontamiento de situaciones estresantes simuladas aplicando todas las técnicas. -Entrega del AAE
Sesión 8		-Entrevista, recogida y comentario de los autorregistros. -Práctica: afrontamiento de situaciones estresantes reales aplicando todas las técnicas.
Sesión 9	Evaluación Psicológica Final	-Aplicación de instrumentos psicométricos. -Evaluación de síntomas de dispepsia. -Evaluación de metas de forma cuantitativa y cualitativa. -Recomendaciones finales.

Nota: AEE = Autorregistro del Afrontamiento del Estrés; RMP = Relajación muscular progresiva.Tomado de Tobón, Sandín y Vinaccia (2005).

Conclusiones

En el presente capítulo se ha presentado un modelo para explicar la relación de los factores psicosociales y psicobiológicos con la DF. Acorde con ello, se ha organizado la evidencia aportada por diferentes investigaciones a través de siete dimensiones, hallándose que esta condición médica tiende a asociarse con bajas condiciones socioeconómicas, sucesos estresantes, historia de abuso sexual y físico, evaluación más negativa de los sucesos, estrategias de afrontamiento menos focalizadas en el problema, neuroticismo, baja calidad de vida en general y alteraciones en la salud mental tales como ansiedad, depresión y somatización. Estos últimos tres factores cuentan con evidencia sólida, mientras que los demás factores psicosociales considerados requieren de nuevos estudios para llegar a resultados concluyentes.

La información que hemos presentado sobre la implicación de los factores psicológicos y sociales sugiere la necesidad de incluir la detección de personas con problemas emocionales en el protocolo de atención médica de la DF, con el fin de que sean evaluadas por los profesionales de la psicología y así se les pueda brindar terapia psicológica acorde con sus requerimientos. En la evaluación se sugiere seguir un enfoque procesual determinando cómo se encuentra la salud mental del paciente, continuando luego con el análisis de las situaciones posiblemente estresantes, la evaluación cognitiva, el afrontamiento y las características de personalidad. Con respecto a la terapia, es relevante seguir un procedimiento cognitivo-conductual que aborde al menos la relajación, la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva. Este tipo de intervención posiblemente desempeñe

en un futuro no muy lejano un papel hegemónico como método de elección para el tratamiento de la DF.

Referencia

Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., y Higgins, P. (1992). Neuroticism and the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: Insights from a prospective daily study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 119-126.

Allescher, H.D., Adler, G., Hartung, J., Manns, M.P., Riemann, J.F., Wienbeck, M., y Classen, M. (1999). [Estudio Epidemiológico Prospectivo de Malestar Epigástrico (PRESTO). Trabajo de base y resultados preliminares]. Prospektive Epidemiologische Studie der Oberbauchbeschwerden (PRESTO). Grundlagen und erste Ergebnisse (Artículo en Alemán). Deutsche Medizinische Wochenschrift, 124, 443-450.

American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed.) (DSM-IV). Washington, DC: APA.

Asociación Española de Gastroenterología (2003). Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología.

Berstad, A., Olafsson, S., Tefera, S., Hatlebakk, J.G., Gilja, O.H., y Hausken, T. (2001). Controversies in dyspepsia. The European Journal of Surgery Suplement, 586, 4-11.

Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. Journal of Personality and Social Psychology, 59, 525-537.

Cheng, C., Hui, W.M., y Lam, S.K. (2004). Psychosocial factors and perceived severity of functional dyspeptic symptoms: a psychosocial interactionist model. Psychosomatic Medicine, 66, 85-91.

Cohen, S., y Williamson, G.M. (1991). Stress and infectiouns disease in humans. Psychological Bulletin, 109, 5-24.

Danesh, J., y Pounder, R.E. (2000). Eradication of Helicobacter pylori and non-ulcer dyspepsia. The Lancet, 355, 766-767.

Drossman, D.A., Leserman, J., Nachman, G., Gluck, H., Toomey, T.C., y Mitchel, C.M. (1990). Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. Annals of Internal Medicine, 113, 828-833.

El-Serag, H.B., y Talley, N.J. (2003). Health-related quality of life in functional dyspepsia. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 18, 387-393.

Folks, D.G., y Kinney, C.K. (1992). The role of psychological factors in gastrointestinal conditions, a review pertinent to DSM-IV. Psychosomatics, 33, 257-270.

Giles, S.L. (1976). Separate and combined effects of biofeedback training and brief individual psychotherapy in the treatment of gastrointestinal disorders. Dissertation Abstract Int, 39, 2495B.

Gisbert, J.P., Cruzado, A.I., García-Gravalos, R., y Pajares, J.M. (2004). Lack of benefit of treating Helicobacter pylori infection in patients with functional dyspepsia. Randomized one-year follow-up study. Hepatogastroenterology, 51, 303-308.

González de Rivera, J.L., Derogatis, L.R., De las Cuevas, C., Gracia-Marco, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benitez, M., y Monterrey, A.L. (1989). The spanish versión of the SCL-90-R. Normative data in general population. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

Gonzalez, P., Legaz, M.L., Pérez, F., López, J.M.E., Valenzuela, J.C., Ponte, A., Ruiz, F., Pedraza, C., Diaz de Rojas, F., y Saez, J.M. (2004). Eficacia de la erradicación de Helicobacter pylori en la dispepsia no ulcerosa. Medicina Clínica, 122, 87-91.

Gutiérrez, A., Rodrigo, L., Riestra, S., Fernández, E., Cadahia, V., Tojo, R., Fuentes, D., Nino, P., y Olcoz, J.L. (2003). Quality of life in patients with functional dyspepsia: a prospective 1-year follow-up study in Spanish patients. European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 15, 1175-1181.

Haug, T.T., Svebak, S., Wilhelmsen, I., Berstad, A., y Ursin, H. (1994). Psychological factors and somatic symptoms in functional dyspepsia. A comparison with duodenal ulcer and healthy controls. Journal of Psychosomatic Research, 38, 281-291.

Haug, T.T., Wilhelmsen, I., Berstad, A., y Ursin, H. (1995). Life events and stress in patients with functional dyspepsia compared with patients with duodenal ulcer and healthy controls. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 30, 524-530.

Herman-Stahl, M., Stemmler, M., y Petersen, A.C. (1995). Approach and Avoidant coping: Implications for adolescents' health. Journal of Youth and Adolescence, 24, 649-665.

Hewitt, P.L., y Flett, G.L. (1996). Personality traits and the coping process. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), Handbook of Coping. New York: Wiley.

Hu, W.H., Wong, W.M., Lam, C.L., Lam, K.F., Hui, W.M., Lai, K.C., Xia, H.X., Lam, S.K., y Wong, B.C. (2002). Anxiety but not depression determines health care-seeking behaviour in Chinese patients with dyspepsia and irritable bowel syndrome: a population-based study. Alimentary Pharmacology Therapeutics, 16, 2081-2088.

Hui, W.M., Ho, J., y Lam, S.K. (1991). Pathogenetic role of helicobacter pylori in duodenal ulcer disease. Multivariate analysis of factors affecting relapse. Digestive Diseases and Sciences, 36, 424-430.

Iovino, P., Azpiroz, F., y Domingo, E. (1995). The sympathetic nervous system modulates perception and reflex responses to gut distension in humans. Gastroenterology, 108, 680-686.

Jain, A.K., Gupta, J.P., Gupta, S., Rao, K.P., y Bahre, P.B. (1995). Neuroticism and stressful life events in patients with non-ulcer dyspepsia. The Journal of the Association of Physicians of India, 43, 90-91.

Jiménez, M.P., Sandín, B., Chorot, P., y Santed, M.A. (1994). Perceived social support: relationship with life events and health. 23rd International Congress of Applied Psychology. Madrid, 17-22 de julio.

Jones, R.H., Lydeard, S.T., Hobbs, F.D.R., Kenkre, J.E., Williams, E.I., Jones, S.J., Repper, J.A., Caldow, J.L., Dunwoodie, W.M., y Bottomley, J.M. (1990). Dyspepsia in England and Scotlan. Gut, 31, 401-405.

Kawamura, A., Adachi, K., Takashima, T., Murao, M., Katsube, T., Yuki, M., Watanabe, M., y Kinoshita, Y. (2001). Prevalence of functional dyspepsia and its relationship with Helicobacter pylori infection in a Japanese population. Journal of Gastroenterology and Hepatology, 16, 384-388.

Kellner, R. (1994). Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. Psychotherapy and Psychosomatics, 61, 4-24.

Koloski, N.A., Talley, N.J., y Boyce, P.M. (2001). Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome and nonulcer dyspepsia: A critical review of the literature on symptom and psychosocial factors. The American Journal of Gastroenterology, 96, 1340-1349.

Lau, G.K., Hui, W.M., y Lam, S.K. (1996). Life events and daily hassles in patients with atypical chest pain. The American Journal of Gastroenterology, 91, 2157-2162.

Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.

Lee, S.Y., Park, M.C., Choi, S.C., Nah, Y.H., Abbey, S.E., y Rodin, G. (2000). Stress, coping, and depression in non-ulcer dyspepsia patients. Journal of Psychosomatic Research, 49, 93-99.

Li, Y., Nie, Y., Sha, W., y Su, H. (2002). The link between psychosocial factors and functional dyspepsia: an epidemiological study. Chinese Medical Journal, 115, 1082-1084.

Lorena, S.L., Tinois, E., Brunetto, S.Q., Camargo, E.E., y Mesquita, M.A. (2004). Gastric emptying and intragastric distribution of a solid meal in functional dyspepsia: influence of gender and anxiety. Journal of Clinical Gastroenterology, 38, 230-236.

Magni, G., di Mario, F., Bernasconi, G., y Mastropaolo, G. (1987). DSM-III diagnoses associated with dyspepsia of unknown cause. The American Journal of Psychiatry, 144, 1222-1223.

Malagelada, J.R. (1996). Functional dyspepsia. Insights on mechanisms and management strategies. Gastroenterology Clinics of North America, 25, 103-112.

Mora, J., Flores, F., González, M., y Marroquín, M. (2003). Construcción de significados acerca de la salud mental en población adulta de una comunidad urbana marginal. Salud Mental, 26, 51-60.

Núñez, A.C., y Tobón, S. (2005). Terapia cognitivo-conductual. El Modelo Procesual de la Salud Mental como camino para la integración, la investigación y la clínica. Manizales: Editorial Universidad de Manizales.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948). Carta de Constitución. Ginebra: OMS.

Panganamamula, K.V., Fisher, R.S., y Parkman, H.P. (2002). Functional (nonulcer) dyspepsia. Current Treatment Options in Gastroenterology, 5, 153-160.

Patrick, D.L., y Erickson, P. (1993). Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation. New York: Oxford University Press.

Pauli, P., Herschbach, P., Weiner, H., y von-Rad, M. (1992). [Factores psicológicos en la dispepsia no ulcerosa] Psychologische Faktoren der non-ulcer dyspepsia (NUD) (Artículo en Italiano). Psyhotherapie, Psychosomatik, Medizinisch Psychologie, 42, 295-301.

Rajmil, L., Estrada, M.D., Herdman, M., Serra-Sutton, V., y Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. Gaceta Sanitaria, 15 (Supl. 4), 34-43.

Ruiz, A., Gordillo, F.J., Hermosa, J.C., Arranz, E., y Villares, J.E. (2005). Evaluación de la sintomatología y calidad de vida en la dispepsia funcional antes y después de tratamiento de erradicación de H. pylori. Medicina Clínica, 124, 401-405.

Ruiz, M., Villasante, F., León, F., González-Lara, V., González, C., Crespo, M., Soto, J., y Rejas, J. (2001). Cuestionario sobre calidad de vida asociada a dispepsia. Adaptación española y validación del cuestionario Dyspepsia Related Health Scale. Medicina Clínica, 117, 567-573.

Sandín, B. (1995). Estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), Manual de Psicopatología Vol. II (pp.3-52). Madrid: McGraw-Hill.

Sandín, B. (1999) (Ed.). El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas. Madrid: Klinik.

Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8, 39-54.

Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A., y Valiente, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. Psicothema, 11, 37-51.

Sandín, B., Valiente, R., y Chorot, P. (1999). Evaluación del estrés psicosocial: material de apoyo. En Sandín, B. (1999) (Ed.). El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas (pp. 245-316). Madrid: Klinik.

Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Olmedo, M., y Santed, M.A. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A): Replicación factorial, fiabilidad y validez. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 7, 207-216.

Segerstrom, S.C., y Miller, G.E. (2004). Psychological stress and the human inmune sistem: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. Psychological Bulletin, 130, 601-630.

Shumaker, S., y Naughton, M. (1995). The International Assessment of Health-Related Quality of Life: a theoretical perspective. En S. Shumaker y R. Berson (Eds.), The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis. Oxford: Rapid Communications.

Tack, J., Bisschops, R., y DeMarchi, B. (2001). Causes and treatment of functional dyspepsia. Current Gastroenterology Reports , 3, 503-508.

Talley, N.J., Fett, S.L., Zinsmeister, A.R., y Melton, L.J. 3rd (1994). Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based study. Gastroenterology. 107, 1040-1049.

Talley, N.J., Janssens, J., Lauritsen, K., Racz, I., y Bolling-Sternevald, E. (1999). Eradication of Helicobacter pylori in functional dyspepsia: randomised double blind placebo controlled trial with 12 months' follow up. BMJ, 318, 833-837.

Talley, N.J., y Piper, D.W. (1986). Major life event stress and dyspepsia of unknown cause: a case control study. Gut, 27, 127-134.

Talley, N.J., Stanghellini, V., Heading, R.C., Koch, K.L., Malagelada, J.R., y Tytgat, G.N. (2000). Functional gastroduodenal disorders. En D.A. Drossman, E. Corazziari, N.J. Talley, W. Grant Thompson y W.E. Whitehead (Eds.), Rome II: The functional gastrointestinal disorders (2nd ed.). Mclean, VA: Degnon Associates.

Tarlow, A.R., Ware, J.E. Jr., Greenfield, S., Nelson, E.C., Perrin, E., y Zubkoff, M. (1989). The Medical Outcome Study: an application of method for monitoring the results of medical care. JAMA, 262, 925-930.

Tárraga, P.J. (2004). Trastornos funcionales digestivos: una visión desde la atención primaria. Revista de la SEMG, 61, 78-83.

Tobón, S., Sandín, B., y Vinaccia, S. (2005). Trastornos gastrointestinales: psicopatología y tratamientos psicológicos. Madrid: Klinik.

Tobón, S., Vinaccia, S., y Sandín, B. (2003a). Estrés psicosocial y factores psicológicos en la dispepsia funcional. Anales de Psicología, 2, 223-234.

Tobón, S., Vinaccia, S., y Sandín, B. (2003b). Tratamiento psicológico de la dispepsia funcional: un análisis crítico. Terapia Psicológica, 21, 173-182.

Tobón, S., Vinaccia, S., y Sandín, B. (2004). Modelo procesual del estrés en la dispepsia funcional: implicaciones para la evaluación y el tratamiento. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 9, 81-98.

Wilhelmsen, I. (2002). Somatization, sensitization, and functional dyspepsia. Scandinavian Journal of Psychology, 43, 177-80.

BURNOUT Y SATISFACCIÓN LABORAL

Lic. Yalilis Castillero Amador
MsC .Marilín Pérez Lazo de la Vega
MsC. Irina Gutiérrez Pérez
Servicio de Psicología del Centro
de Investigaciones Médico Quirúrgicas.

Antecedentes

En las últimas décadas se ha producido un incremento en el número de artículos e investigaciones que abordan las temáticas relacionadas con la salud ocupacional. Una gran parte de los términos y conceptos utilizados en este sentido tienen sus orígenes en la Psicología laboral y organizacional; sin embargo su desarrollo en el contexto del mundo sanitario es reciente y obedece fundamentalmente a la preocupación de los gestores por el aprovechamiento al máximo de los recursos disponibles.

El interés se ha ido desplazando cada vez más hacia los propios trabajadores de la salud, con el convencimiento de que en ellos se encuentra una parte importante de la génesis del gasto, así como también son protagonistas de la calidad de la atención que se suministra.

En este sentido se han utilizado términos como satisfacción laboral, ambiente y clima laboral, motivación laboral, estresores profesionales, calidad de vida laboral y Burnout o profesional quemado, entre otros.

El Burnout, que en su traducción al español significa quemado, se emplea en la literatura científica para referirse a un tipo particular de estrés laboral que tiene lugar en profesiones que implican una actividad de ayuda y un contacto directo con las personas a las que se destina esta ayuda. Los intentos por conceptuar este síndrome han sido muchos, sin embargo la mayoría de los autores coinciden en que se caracteriza por actitudes negativas hacia el trabajo, desmotivación, frustración, falta de realización profesional, agotamiento físico y mental; con una repercusión negativa sobre la calidad de la atención al usuario y sobre la propia calidad de vida de la persona afectada.

En particular la población sanitaria, por el contenido específico de su labor y por la implicación social que esta tiene, constituye un foco de atención prioritario para los investigadores del tema. En nuestro país, por ejemplo, otros estudios realizados en el Instituto Nacional de Oncología y Radioterapia han encontrado que las tres cuartas partes de su personal asistencial estaba afectado por el síndrome de Burnout con marcadas diferencias entre médicos y enfermeras (Grau, 1995).

Una de las vías más referida por la literatura, que contribuye a la prevención del Burnout, es el manejo de aspectos organizativos y de una manera particular, el aumento de la satisfacción laboral. Esta última ha sido entendida como "una respuesta emocional del sujeto a un proceso previamente descriptivo y cognoscitivo, posterior al proceso de clima laboral y más bien una evaluación del mismo y está muy relacionado con factores como accidentabilidad, ausentismo, fluctuación, rendimiento; además es válido destacar que son los trabajadores los que protagonizan la satisfacción o insatisfacción que los pacientes se llevan a su casa".(Moreno, B; Martínez, M; y Calvo, J., 1997). Herzberg (citado por Moreno, B. y cols., 1997) en su teoría de la Higiene-Motivación establece una relación directa entre satisfacción laboral y Burnout, planteando como aspectos relevantes de la satisfacción: la realización profesional, el reconocimiento, el crecimiento y el desarrollo, los márgenes de responsabilidad así como el carácter retador de la labor que se realiza.

Como una continuación de estudios anteriores realizados en nuestra institución sobre el síndrome de Burnout (Gutiérrrez, I. Y Castillero, Y., 1998; Torres, O., 1999) y como parte del Programa que realizamos para lograr la excelencia en la atención hospitalaria, nos propusimos los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Conocer la presencia del Burnout y la satisfacción laboral en el personal asistencial del CIMEQ.

Objetivos específicos:

- Identificar la presencia del Burnout en la muestra estudiada

- Analizar el comportamiento de las tres dimensiones que conforman el síndrome en cada escala (frecuencia e intensidad).

- Identificar los niveles de satisfacción laboral.

- Correlacionar las dimensiones del Burnout y los factores de la satisfacción laboral

Método:

1. Población estudiada:

La muestra estudiada está compuesta por personal asistencial del CIMEQ, centro de atención terciaria de salud, donde como se ha referido, existen antecedentes de estudios de Burnout en médicos y enfermeras Los participantes en la investigación debían cumplir con los siguientes requisitos:

-Realizar labor asistencial sistemática, o sea, estar en contacto directo y frecuente con los pacientes.

-Tener al menos un año consecutivo en el puesto de trabajo actual.

- Voluntariedad para participar en la investigación.

La aplicación se realizó según algunas de las sugerencias realizadas por Maslach y Jackson, 1981: garantizar la privacidad y la confidencialidad de los resultados y evitar la mención de términos relacionados con el estrés.

2. Instrumentos de medición.

Nos apoyamos en el modelo teórico y operativo de Maslach y Jackson del Burnout donde se destacan tres dimensiones básicas. Se utilizó el MBI (Maslach Burnout Inventory, 1981) para identificar la presencia del síndrome de Burnout, cuestionario original, que mide a través de 22 ítems los tres componentes del constructo: cansancio emocional, despersonalización, y realización personal. En cada proposición el sujeto debía dar **dos** respuestas: una describiría la *frecuencia* y otra la *intensidad.* Para evitar confusiones se explicó a los participantes la diferencia entre los términos de frecuencia e intensidad.

Por otra parte, para la evaluación de la satisfacción laboral confeccionamos, basados en el criterio de expertos, un cuestionario de 50 ítems agrupados en 6 factores: satisfacción con el trabajo en sí mismo, con el equipo de trabajo, con las condiciones de trabajo y los medios, con la retribución y la estimulación, con sus jefes y con la dirección del centro. Una amplia revisión de la literatura científica sobre el tema muestra aspectos similares para la evaluación de la satisfacción laboral.

3. Características de la investigación y procesamiento de los datos:

Nuestro estudio constituye un diseño no experimental transversal con características descriptivas, pues cumple con las siguientes condiciones:

- Se realizó la observación de un fenómeno tal y como se presenta en su contexto

- No se produjo manipulación de variables, ni se administró tratamiento a los sujetos.

- No se crean situaciones diferenciales.

- Ausencia de aleatorización

- Carácter pasivo de las observaciones.

- Recogida de datos en un solo momento

Todos los procesamientos de información se realizaron a través del programa SPSS en su versión 10.0.

Discusión y análisis de los resultados

Análisis descriptivo de la población de estudio

En nuestro estudio participaron 203 trabajadores de los diferentes servicios del CIMEQ distribuidos de la manera siguiente: 25.6 % de médicos, 26.1 % de enfermeros, 25.1 % de técnicos, 13.3 % de licenciados y un 9.9 % no refieren este dato.

Las **edades** estuvieron comprendidas entre 21 y 72 años. La media de la edad es de 36.65 años.

Con respecto a la variable **género**, predominó el femenino en un 65.9 %.

En la variable **relaciones de pareja**, encontramos un 69.1% **con pareja** y un 30.9 % **sin pareja**.

Para el análisis de la variable **experiencia laboral** dividimos la población en dos grupos, el primero incluyó a aquellos que tenían entre 1 y 20 años de experiencia en su profesión (72.8%), y el segundo a los que tenían más de 20 años de experiencia laboral (27.2%).

Distribución y Clasificación de los niveles de Bournout en la muestra

El análisis se realizó por dimensiones y se establecieron tres grupos:

- LOS AFECTADOS: los que puntúan alto o moderado en dos o más subescalas.

- NO AFECTADOS: claramente no están afectados pues puntúan bajo en las tres subescalas.

- EN RIESGO: los que puntúan alto o moderado en alguna de las subescalas.

Gráfica 1- Comportamiento del burnout en la población estudiada

El comportamiento del grado de afectación por el burnout fue similar para la frecuencia e intensidad. En la población AFECTADA se ubican los porcentajes más bajos y es la población EN RIESGO la que predomina, lo que significa tomar medidas inmediatas a diferentes niveles. Vale señalar que el porcentaje de no afectados para la frecuencia es muy similar al de riesgo para la intensidad.

Tabla 1- Análisis por dimensiones para ambas escalas.

Escala Frecuencia						
Dimensiones	**Bajo**		**Moderado**		**Alto**	
	Fcia	**%**	**Fcia**	**%**	**Fcia**	**%**
C. Emocional (n=188)	140	74.5 %	31	16.5 %	17	9 %
Despersonaliz.(n=182)	120	65.9 %	**49**	**26.9 %**	13	7.2 %
R. Personal (n=176)	139	79 %	20	11.4 %	17	9.6 %

Escala intensidad						
Dimensiones	**Bajo**		**Moderado**		**Alto**	
	Fcia	**%**	**Fcia**	**%**	**Fcia**	**%**
C. Emocional (n=191)	170	89 %	14	7.4 %	7	3.6 %
Despersonaliz.(n= 185)	155	83.8 %	28	15.1 %	2	1.1 %
R.Personal (n=183)	59	32.2 %	**64**	**35 %**	**60**	**32.8 %**

Tal como se aprecia en la tabla I para las dimensiones Cansancio Emocional y Despersonalización, el mayor porcentaje de sujetos se ubica en la categoría bajo, sin embargo, al analizar más detenidamente la Realización Personal, o sea, falta de realización persona, los mayores porecentajes de respuestas se encuentran en moderado y alto, con valores muy similares.

Resulta válido precisar que las altas expectativas que genera nuestro centro al ser un instituto de investigación con tecnología de punta y con posibilidades de desarrollar técnicas novedosas influye en la evaluación que los propios trabajadores hacen de sí mismos como profesionales así como de la realización en su desempeño.

En la escala de frecuencia para las tres dimensiones la mayoría de los sujetos puntúan en bajo y se destaca un 26.9 % de sujetos con valores moderados para la despersonalización. Estos datos exigen de una atención especial porque la despersonalización es la dimensión que más directamente repercute en el deterioro de la calidad de los servicios que se ofrecen, de ahí que sea considerada como elemento clave del síndrome.

Por otra parte no deben dejarse de tener en cuenta que aunque no con valores tan altos, existe mayor número de personas en las categorías Cansancio Emocional y Despersonalización con valores altos en relación con la escala de intensidad.

Las diferencias de valores entre nuestros resultados y otros que se reportan en la literatura nos evidencian, una vez más, que existen particularidades en la forma en que se expresa el síndrome de Burnout de acuerdo a las características de cada institución concreta que se estudia.

Contrario a nuestros resultados, numerosas investigaciones nacionales e internacionales (Pérez, 2000; Sears, Urizar y Evans, 2000; Torres, 1999) han encontrado una alta incidencia de la dimensión cansancio emocional para la aparición y manifestación del síndrome.

Distribución de los niveles de satisfacción laboral en la muestra

Tabla 2- Comportamiento de los diferentes factores de la satisfacción laboral. Items más significativos.

Satisfacción con el trabajo en si mismo.				
	SATISF.*		**NO SATISF.****	
	Fcia	**%**	**Fcia**	**%**
11-La calidad de la atención que usted ofrece a los pacientes.	187	93.03	14	**7%**
12-La realización personal que consigue en su trabajo.	173	87.4 %	25	**12.6%**
15-El trabajo administrativo y burocrático que usted tiene que realizar.	93	50.5 %	91	**49.5%**
16-La autonomía que Usted tiene para planificar e introducir cambios en su propio trabajo.	110	57.3 %	82	**42.8%**
44-El grado de definición de las tareas que tiene que realizar en su jornada laboral.	164	85.4 %	56	14.5%
Satisfacción con el equipo de trabajo				
22-Los resultados de la coordinación con otros equipos de trabajo (servicios o departamentos) vinculados a su actividad.	108	58.1 %	78	41.9 %
23-La participación en las decisiones que afectan al equipo de trabajo y al funcionamiento del Centro.	104	55.3 %	84	44.7 %
Satisfacción con las condiciones de trabajo y los medios				
1-Las condiciones ambientales (iluminación, ruido, temperatura, etc.)	164	81.6 %	37	18.4 %

6-Los servicios de mantenimiento.	61	31.3 %	134	68.6 %
Satisfacción con la retribucion y la estimulación				
46-El salario que recibe	100	51%	96	48.7 %
47-La atención al hombre en su centro de trabajo.	83	42.8 %	111	57.2 %
48-El prestigio y reconocimiento social que tiene su actividad.	157	80.1 %	39	19.9 %
49-Las oportunidades de promoción que le ofrece el centro.	103	53.6 %	89	46.3 %
50-El reconocimiento e incentivos que recibe en función de su rendimiento y la calidad de su trabajo.	95	49 %	98	50.7 %
Satisfacción con sus jefes				
32-Las relaciones de trabajo con la Dirección	155	79.9 %	39	20.1 %
Satisfacción con la dirección				
7-El presupuesto asignado para las actividades del Servicio o Departamento.	109	58.3 %	78	41.7 %
39-El sistema de evaluación de sus actividades como profesional (en el Departamento o Servicio)	156	80 %	39	19.9 %
45-El sistema de planificación, implantación,desarrollo y evaluación de los objetivos de trabajo.	155	79.9 %	39	20.1 %

*Satisf: satisfechos
**No satisf: no satisfechos

A través de técnicas de análisis factorial se ha tratado de definir las dimensiones básicas de la satisfacción laboral, como por ejemplo, el trabajo en sí mismo, el estilo de dirección, posibilidades de ascenso, condiciones de trabajo, remuneración y reconocimiento. Autores como Herzberg, 1977; Melia y col., 1990 y Tous, 1993 (citados por Moreno B; Martínez, M; y Calvo, J., 1997) señalan 8 dimensiones básicas acerca de la satisfacción con el trabajo: calidad laboral, relación entre iguales, organización, dirección, responsabilidad laboral, rendimiento, prestigio social y motivación negativa.

En nuestro caso, el análisis de la satisfacción laboral se realizó para cada uno de los 6 aspectos del cuestionario elaborado para estos fines; las 5 posibles categorías de respuestas se agruparon **en satisfechos** (para muy satisfecho, satisfecho) y **no satisfechos** (para intermedio, insatisfecho, muy insatisfecho).

Resulta válido referir que en las respuestas predominó la categoría satisfecho y que en intermedio se agrupó más de un 15 % de respuestas que en ocasiones logró alcanzar el 30 % (superando los porcentajes de los que respondieron como no satisfechos), lo que contribuyó a que al agrupar esta última dentro de los no satisfechos, según el criterio de los expertos que analizaron y discutieron los resultados, se elevaran los porcentajes de no satisfechos.

En la Tabla II aparecen los ítems que para cada factor mostraron mayor porcentaje de sujetos tanto para la categoría no satisfechos como para satisfechos.

Dentro de no satisfechos, el aspecto con más dificultades fue: el servicio de mantenimiento, dado que en el momento de la aplicación existían una seria situación con la plantilla de esta área de la institución dando lugar a que no se pudieran ofertar los servicios de una manera más rápida.

Los factores con mayores porcentajes de satisfechos fueron la satisfacción con el trabajo en si mismo y con la dirección, aspectos estos de gran importancia que pueden amortiguar el Burnout y sus consecuencias. Otros trabajos (Blasco F.J., Irles J.A., Huet J., 1996; Cruz E., Vázquez J.,Aguirre V., Fernández M.I., Villagrasa J.R., Andradas V., 1994) también han encontrado una importante satisfacción con el contenido del trabajo en personal sanitario y menor satisfacción con el exceso de guardia, exceso de trabajo y la tensión laboral, lo cual si difiere de nuestros resultados.

En nuestro caso, los factores con mayor porcentaje de no satisfechos fueron la satisfacción con la retribución y la estimulación y con las condiciones de trabajo y los medios para su trabajo, que son más susceptibles de ejercer influencia sobre ellos y modificarlos; de hecho los resultados fueron enriquecidos mediante grupos de discusión con un 50 % de los participantes: Por otra parte, también fueron discutidos, con los miembros del consejo de dirección así como con los jefes inmediatos, elaborándose un plan de medidas y estrategias de intervención, respecto a lo que no ofreceremos detalles por no ser objetivo del trabajo pero si resulta vital citarlo pues la mayoría de los trabajos en el área han resultado meramente descriptivos.

Correlaciones significativas

Se analizaron las correlaciones entre las dimensiones del Burnout y los factores de satisfacción laboral.

- La realización personal intensidad y todos los factores de la satisfacción correlacionan negativamente. Recordemos que mientras más bajos son los valores de satisfacción, más satisfechos están los sujetos.

- El Cansancio Emocional frecuencia e intensidad y todos los factores de satisfacción correlacionan positivamente, lo que quiere decir que mientras mayor es el cansancio emocional más insatisfechos están los sujetos o viceversa.

- Satisfacción con el trabajo en si mismo, satisfacción con el equipo de trabajo, satisfacción con las condiciones ambientales y los medios para su trabajo, satisfacción con la retribución y la estimulación, satisfacción con sus jefes y

satisfacción con la dirección correlacionan positivamente entre sí, lo que habla a favor del instrumento de medición.

Conclusiones

1. El grado de afectación por el Burnout fue similar para las escalas de frecuencia e intensidad.

2. En la categoría afectados se encuentran los menores porcentajes de investigados.

3. Predomina la población en riesgo para el Burnout, lo que significa una necesidad imperiosa fomentar un plan de medidas para evitar que pasen a la de afectados.

4. Existe una alta incidencia de la dimensión cansancio emocional para la aparición y manifestación del síndrome.

5. En el caso de la satisfacción laboral predominan las respuestas de satisfecho.

6. Los factores con mayor satisfacción son: con el trabajo en si mismo y con la dirección.

7. Los factores de la satisfacción laboral correlacionaron negativamente con la realización profesional y de manera positiva con el cansancio emocional.

Referencias

1.Blasco, F.J., Irles J.A., Huet,J. (1996):Satisfacción laboral y estresores profesionales en los intensivistas españoles: resultados de una encuesta: Todo Hospital No. 124.

2.Cruz ,E., Vázquez, G., Aguirre, V., Fernández, M.I., Villagrasa, J.R., Andradas V. (1994): Evaluación de la satisfacción laboral en el personal de enfermería en Atención Primaria 13 (9): 13-19.

3. De las Cuevas, C. (1996): El desgaste profesional en Atención Primaria: presencia y distribución del Síndrome del Burnout. Madrid. Servier-Danval, 1996

4. Edelwich, J; Brodsky, A. (1980) Burnout: Stages of desillusionment in the helping professions. New York: Human Services Press.

5. Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., Hannigan, B. (2000): Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 2000 Jan;7(1):7-14

6. Cordes, C.L. y Dougherty, T.W. (1993): "A review and a integration of research on job burnout", in Academy of Management Review, vol. 18 #4, 621-656.

7. Freudemberger, H.J. (1974): Staff Burnout; Journal of Social Issues, 30, 159-165.

8. Gorter, RC; Albrecht , G; Hoogstraten, J; Eijkman MAJ. (1998): Work place characteristics, work stress and burnout among Dutch dentists. Eur J Oral Sci 1998; 106: 999-1005.

9. Livianos, L; De las Cuevas, C; Rojo, L. (1999): Psychiatrist´s burnout. A survey. Actas Españolas de Psiquiatría. 27(5):305-9, 1999 Sep-Oct.

10. Maslach, C. (1982): Burnout: The cost of caring; Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

11.Maslach, C. and Jackson, S.E. (1981): The measurement of experienced burnout; Journal of Ocupational Behavior, 2, 99-113.

12. Moreno, B; Oliver, C; Aragones, A.(1990): El Burnout. Una forma específica de estrés laboral. Ponencia presentada en el II Simposium de Psicología Cl{inica Aplicada. Joen. 1990.

13. Pines, A. (1994): Burnout. Handbook of stress.L Goldberg Mc Millan. New York 1994 126-136.

14. Calvete, E., Villa, A. (2000):Burnout y síntomas psicológicos: Modelo de medida y relaciones estructurales. Ansiedad y Estrés. 2000 Vol 6(1) 117-130.

15. Cherniss, C. (1980): Staff Burnout: Job Stress in the Human Services; Beverly Hills: Sage.

16. Bourbonnais, R; Comeau, M; Vézina, M; Dion, G. (1999): Job strain and evolution of mental health among nurses. Journal of Occupational Health Psychology. April 1999 Vol. 4, No. 2, 95-107.

17. Moreno, B; Marítnez, M; y Calvo, J. (1997) El clima social en los hospitales de la comunidad autónoma de Madrid. Centro Universitario de Salud Pública. UAM

18. Buessing, A; Glaser,J.(1999): Work stressors in nursing in the course of redesign: Implications for burnout and interactional stress. European Journal of Work and Organizational Psychology. 1999 Sep Vol (8)3 401-426.

19. Croucher, R; Osborne, D; Marcenes, W; Sheiman, A. (1998): Burnout and issues of the work environment reported by general dental practitioners in the united Kindom. Community Dental Health, 1998, 15, 40-43.

20. Freeborn, DK., (2001) Satisfaction, commitment and psychological well-being among HMO physicians. West J. Med., Jan; 174(1): 13-18

21. Grunfeld, E; Whelan, TJ; Zitzelsberger, L; Willan, AR; Montesanto B; Evans, WK; Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. CMAJ: 163(2): 166-9, 2000 Jul 25.

22. Hillhouse, J., Adler, CM., Walters, DN. (2000). A simple model of stress, burnout and symptomatology in medical residents: A longitudinal study. Psychology, Heath and Medicine. 2000 Feb Vol 5(1) 63-73.

23. Olivar, C; González , S; Martínez, MM. (1999): The factors related to job satisfaction and profesional burnout in the primary care physicians of Asturias. Atención Primaria. 24(6): 352-9, 1999 Oct 15.

24. Pérez, Q., D. (1997): Calidad de vida laboral: su relación con el burnout, Trabajo de Diploma, Facultad de Psicología, C. Habana.

25. Um, M; Harrison, D.(1998): Role stressors, burnout, mediators, and job satisfaction: A stress-strain-outcome model and an empirical test. Social Work Research. 1998 Jun Vol 22(2) 100-115.

26. Dyer, S; Quine, L.(1998): Predictors of job satisfaction and burnout among the direct care staff of a community learning disability service. Journal af Applied Research in Intellectual Disabilities. 1998 Vol 11(4) 320-332.

27. Gutiérrrez, I. Y Castillero, Y. (1998) Síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería del CIMEQ, C. Habana.

28. Torres, O. (1999): "Síndrome de Burnout y Sentido de Coherencia. Un estudio realizado con médicos del Hospital CIMEQ". Trabajo de Diploma. Facultad de Psicología.

29. Maslach, C; and Jackson, S.E. (1986) Manual MBI (Maslach Burnout Inventory; "Human Services Survey"), Research Edition; University of California, Berkeley; Consulting Psychologists Press, Inc.

30. Maslach, C. and Jackson, S.E.: Manual MBI (Inventario de Burnout de Maslach. Síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial); Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA Ediciones, S.A., Madrid, 1997.

31. Moreno, B; Oliver, C.(1989): El MBI como escala de estrés en profesiones asistenciales: Adaptación y nuevas versiones. Universidad Autónom de Madrid, 1989, 1-10.

32. Schaufeli WB; Enzmann, D; Girault, N. (1993): Measurement of burnout: A review; from W.B. Shaufeli et al. (Eds) Professional Burnout: Recent Developments. Wash. DC: Taylor, Francis, 1993.

32. Pérez, M. (2000) Síndrome de Burnout en profesionales de la salud mental que laboran en el Hospital Psiquiátrico de la Habana. Tesis para optar por el grado de Master en Psicología de la Salud, C. Habana.

33. Sears, SF; Urizar, G; Evans, GD. (2000): Examining a Stress-Coping Model of Burnout and Depression in Extension Agents. Journal of Occupational Health Psychology. Jan. 2000 Vol.5, No.1, 56-62.

Para la evaluación del síndrome las autores proponen el Maslach Burnout Inventory (MBI), 1981. Aunque se le han señalado algunas inconsistencias metodológicas, resulta el instrumento más utilizado y que más investigaciones ha generado.

En el presente estudio seguimos esencialmente el procedimiento de calificación propuesto por las autoras del instrumento donde se mantienen separadas las puntuaciones por cada subescala, tomando como indicadores los encontrados por ellas en la muestra total evaluada en Estados Unidos en 1981. Además se definió como criterio empírico para evaluar la afectación por el síndrome, la puntuación de moderado o alto, en al menos dos de las tres dimensiones.

A nuestro juicio, los estudios de Burnout a nivel institucional tienen un impacto tanto individual como organizacional. Desde el punto de vista individual, permiten crear proyectos de intervención que se orienten a reparar el bienestar físico y emocional de los profesionales afectados; y programar estrategias preventivas en la población más vulnerable; lo que a su vez, influye en el propio funcionamiento de la organización. Resultados concretos también facilitan pautar el trabajo en equipo en aras de lograr un afrontamiento más integral y eficaz.

En nuestro caso nos ha conducido a trascender el marco clásico de atención paciente-familia para incluir como objeto de atención a nuestros usuarios internos que en definitiva son los gestores de los servicios y de la consiguiente satisfacción o insatisfacción de los usuarios externos, para los que trabajamos.

Antes de finalizar, nos parece imprescindible enfatizar que la presencia del síndrome no sólo resulta perjudicial para el bienestar individual y para la calidad asistencial, sino que sus consecuencias sobrepasan estos límites para incidir en los costos económicos; la vida familiar, y el comportamiento social.

LA ATENCIÓN DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DURANTE EL CLIMATERIO FEMENINO

Deborah Legorreta Peyton
Asociación Mexicana para El Estudio del Climaterio

Introducción

El climaterio femenino es un período que se caracteriza por intensa variabilidad en las concentraciones de los estrógenos durante la perimenopausia o etapa de transición y descenso marcado tanto de estos esteroides sexuales, como de los andrógenos a partir de la menopausia que explican en parte la aparición de síntomas neuropsicológicos, tales como los cambios en el estado de ánimo, la capacidad de concentración y memoria, la emisión del lenguaje, el patrón de sueño-vigilia, el deseo y disfrute sexual entre otros. Adicionalmente, la etapa del climaterio, que comprende desde aproximadamente los 40 a los 60 años de edad, se caracteriza por ser una etapa de cambios drásticos en los roles sociales de la mujer, tales como el rol de madre, el atractivo o el valor laboral asignado, mismos que se combinan con la preocupación ocasionada por los síntomas del climaterio. La

atención psicológica mediante orientación o psicoterapia por parte de psicólogos clínicos actualizados en las características de esta fase de vida y que comprenden el valor del trabajo multidisciplinario con otros especialistas en la salud de la mujer, ha demostrado ser un componente indispensable para asegurar la calidad de vida adecuada de la mujer climatérica.

Dos conceptos relacionados con la menopausia o cese del período menstrual de la mujer son climaterio y perimenopausia. El primer concepto proviene del griego y está relacionado con la palabra klimakter, que significa escalón o peldaño. Climaterio se aplicaba entonces a una época crítica, en la cual la persona tenía que subir o bajar escalones. Al emplearla para calificar a la etapa de cambios hormonales que tanto preceden, como siguen a la menopausia de la mujer, el climaterio es sinónimo de la perimenopausia, (que proviene del prefijo peri: "alrededor de") de acuerdo con los especialistas actuales. El climaterio femenino comprende en promedio 20 años de vida de la mujer y se inicia alrededor de los 40 años de edad. Es un período que se caracteriza por la intensa variabilidad en las concentraciones de estrógenos, y ello explica en parte la aparición de síntomas neuropsicológicos. Durante las distintas fases de la perimenopausia se modifican tanto los niveles, como el equilibrio de las hormonas sexuales, afectando el funcionamiento de las áreas cerebrales y los procesos de neurotransmisión. Los síntomas registrados como relacionados de manera directa o indirecta con el climaterio femenino son:

- Síntomas vasomotores (bochornos o sofocos y sudoraciones nocturnas)

- Cambios en el patrón de sueño-vigilia.

- Cambios de humor o estabilidad emocional.

- Disfunciones sexuales.

- Problemas con la concentración y la memoria.

Estos síntomas se vinculan, por un lado, con las variaciones en el equilibrio de las hormonas cerebrales en el cerebro y por el otro, con la coincidencia durante esta etapa de vida de cambios drásticos en varios de los roles sociales de la mujer directamente relacionados con su sensación de valor productivo, ya sea éste familiar, laboral o comunitario; con su auto imagen corporal, y en consecuencia, con una sensación de inestabilidad o confusión acerca de la calidad de vida futura que puede esperar tener. Ambos aspectos o cambios, tanto hormonales como psicológicos, van a combinarse en algunas mujeres, para ocasionar en este grupo especialmente vulnerable un deterioro importante en el grado de bienestar integral subjetivo y el funcionamiento psicológico saludable. En este capítulo, revisaremos brevemente tanto los aspectos psicológicos, como los hormonales, para comprender el papel del psicólogo especialista en el tratamiento adecuado de los síntomas climatéricos, dentro del enfoque multidisciplinario de la salud actual.

Aspectos Psicológicos y psicosociales

Al acercarse a la segunda mitad de la vida en la mayoría de las mujeres ocurren modificaciones en el estilo de vida, ya sea por el crecimiento de los hijos y su salida del hogar –para quienes se habían dedicado hasta entonces a ser madres y amas de casa– o por la sensación de haber perdido una parte importante de su vida como mujeres, en el caso de quienes hasta entonces han optado por vivir solas, quizás dedicadas a una profesión o trabajo remunerado. Aún en el caso de la llamada "súper-mujer" que ha logrado equilibrar familia y trabajo al mismo tiempo, los

cambios en el patrón de vida establecido en los años anteriores pueden ocasionar en el interior de la mujer una sensación de desubicación, confusión y en algunos casos, sentimientos de menor valía personal e inclusive desesperanza total ante un futuro incierto, de mujer envejecida, que ha sido presentado culturalmente como poco deseable en el mejor de los casos. Ante los sentimientos desagradables que le provoca pensarse en una fase de transformación hacia una imagen, una salud y nuevos roles sociales distintos a los ya conocidos, la mujer experimenta temor y en muchos casos, responde con negación o conductas evasivas que pretenden inútilmente detener el paso del tiempo. Parafraseando a Simone de Beauvoir, hay algo aterrador en toda metamorfosis y ante el temor de despertar siendo otra, distinta a lo que ha sido hasta entonces, la mujer intenta con ayuda de la cosmética, la cirugía plástica, el atuendo de moda o el romance con alguien más joven que ella seguir siendo la de antes. Sin embargo, conforme avanza el tiempo en este periodo de transición, la negación paralizante da lugar a un sólo mensaje claro: Que el modelo anterior de vida ya no es satisfactorio y se requiere de uno nuevo. La vida continúa hacia adelante y resulta inútil mirar hacia atrás; de continuar haciéndolo, la mujer sentirá que a cada paso se tropieza más, que vive con un estrés mayor, que se valora cada vez menos y que encuentra su imagen facial y corporal cada vez menos satisfactoria. Cuando finalmente la mujer enfrenta esta etapa de aceptación de la edad, puede comenzar a realizar con el apoyo del psicólogo especialista los cambios de pensamientos, creencias, sentimientos y conductas que le permitan avanzar hacia una madurez plena e integral. En resumen, durante esta etapa la mujer muy posiblemente deberá realizar cambios o ajustes en las siguientes áreas o facetas de su vida:

1. Relación consigo misma: Redefinición de los componentes de la auto estima, la auto percepción y la auto imagen para enfocarse más en valores y cualidades afectivas, intelectuales, creativas y productivas por sobre el aspecto físico basado en una ideal de la belleza de la juventud. En esta etapa, es frecuente que aquella mujer que tuvo que suspender alguna actividad intelectual o creativa durante la juventud por asumir el rol de madre, esposa o trabajadora de tiempo completo, decida retomarlo como un estímulo para la nueva fase de vida.

2. Relación con la pareja: Establecimiento de nuevas reglas negociadas para la relación en una fase de madurez en la cual ambos miembros de la pareja tendrán nuevos roles y se perseguirán objetivos distintos a los de la fase anterior. También es una fase para actualizar e incentivar la vida sexual en pareja.

3. Relación con los hijos si los hubiere: Redefinición del rol de madre para adaptarse a hijos adolescentes o ya jóvenes que requieren de menos cuidados además de ser cada día más independientes.

4. Relación con el ámbito laboral: Etapa usualmente más productiva por contar con más experiencia y tiempo si se vivió el rol de madre de manera intensiva durante la fase de vida anterior, pero también puede experimentarse en esta etapa una sensación de inseguridad debida por un lado, a la presión ejercida por las nuevas generaciones y por la otra, al estrés y la sensación de inseguridad que ocasionan los síntomas neuropsicológicos del climaterio cuando se ignora su origen, duración y posibilidad de tratamiento.

5. Relación con la comunidad y el ámbito social en general: Esta etapa se caracteriza, al igual que la adolescencia, por un interés renovado en la amistad femenina, aún en aquellas mujeres poco sociables en las etapas anteriores. La mujer busca a quien sabe que la comprende por estar pasando una etapa similar y por ello es usual que frecuente más a grupos de mujeres en edades similares a la suya. Por otro lado, si el rol principal que ha tenido ha sido el de madre y ama de

casa, como mecanismo para evitar la sensación conocida como del "nido vacío" algunas mujeres comenzarán en esta etapa a involucrarse más en trabajos comunitarios voluntarios o bien, se ofrecerán como cuidadoras de niños pequeños de familiares, amistades o vecinas.

Aspectos Hormonales

Hormonas sexuales y bienestar subjetivo integral: La modificación en las concentraciones de estrógenos durante la declinación de la función ovárica se acompaña en algunas mujeres de uno o varios de los síntomas mencionados arriba, lo que afecta tanto su sentimiento subjetivo de bienestar, como su desempeño cotidiano y, en consecuencia, el nivel general de su calidad de vida. Estos síntomas se explican en parte porque los estrógenos son capaces de regular los procesos de transmisión cerebral y en áreas del sistema nervioso central que están vinculadas con funciones tales como la memoria, la atención, la respuesta frente al estrés y el funcionamiento emocional en general. (McEwen BS, Alves SE, Buloch K y Weiland NG, 1997; Rissman EF Wersinger SR, Taylor JA y Lubahn DB, 1997; Cologer, CA, Simon NG y Richter ML, 1999, Slopien,R; Mecszekalski, B. Y Warenik-Szymankiewicz, A., C*limacteric*, 2003:6; Olsson, M. Et al. *Neuropsychopharmacology, 2003:28)* Durante los años que preceden al cese menstrual o menopausia, algunas mujeres comienzan a sentirse menos enfocadas o concentradas, más susceptibles al llanto o la irritabilidad, con problemas de recuperación de información conocida, tales como nombres de personas u objetos cotidianos y estos cambios en su patrón habitual de comportamiento les ocasiona preocupación y hasta temor de estar manifestando un deterioro mental irremediable, del tipo de las demencias o la tan temida enfermedad de Alzheimer. Los síntomas en esta etapa se caracterizan por ser intermitentes y no estar, al menos en apariencia, vinculados con modificaciones drásticas en el estilo de vida de la mujer que pudieran explicarlos.

El impacto en las variaciones hormonales en el cerebro: Por otro lado, Morse CA, Dudley E, Guthrie J y Demerstein L (1998) al comparar a 104 mujeres de 45 a 55 años de edad quienes reportaron haber padecido síndrome premenstrual o de disforia premenstrual con un grupo de 187 mujeres sin este antecedente, encontraron relaciones significativas (todas p <0.05) entre una historia previa de síntomas físicos y psicológicos premenstruales con una perimenopausia más sintomática, caracterizada por disforia o inestabilidad emocional, síntomas digestivos, respiratorios y esqueléticos, así como estrés interpersonal marcado. Este estudio planteó una posible mayor vulnerabilidad de ciertas mujeres a los cambios hormonales a lo largo de toda la vida y sugiere la atención preferente de estas mujeres entre la población femenina comprendida en el rango de edades del climaterio. Los resultados de Morse y su equipo concuerdan con los obtenidos con un grupo de 300 mujeres mexicanas en las que se encontró que presentar un historial de síndrome de disforia premenstrual y/o depresión posparto (puerperio) en los años previos a la perimenopausia era la variable que más explicaba (.260, p.001) la aparición e intensidad de síntomas emocionales y cognitivos relacionados con el deterioro en la calidad de vida durante el climaterio(Legorreta, D. y Morato, L.,2000). En conjunto, estos resultados enfatizan la mayor vulnerabilidad de ciertas mujeres a la marcada variabilidad en los niveles hormonales que caracteriza la etapa perimenopausica, desde la etapa de transición previa (Pryor, JC, 1998) lo

que explicaría por qué existen diferencias entre aquellos estudios que relacionan los niveles de estrógenos con la depresión o la ansiedad y aquellos otros que no han encontrado una relación significativa entre los niveles de esta hormona y la mayor incidencia de trastornos emocionales

Funcionamiento cognitivo y neuroprotección de los estrógenos La neurofisióloga norteamericana Sally Shaywitz y su grupo (1999) han aportado datos muy importantes para ubicar las áreas cerebrales específicas, así como las funciones de los estrógenos sobre el desempeño cognitivo en mujeres con y sin terapia de reemplazo estrogénico (TRE). Con el empleo de imágenes obtenidas mediante resonancia magnética funcional durante el desarrollo de diversas tareas verbales y noverbales que involucraban el empleo de memoria de trabajo, este grupo de investigadores pudo observar los patrones de activación mediados por los estrógenos en áreas específicas del cerebro. Si bien, este estudio no mostró una mejoría estadísticamente significativa en el desempeño cognoscitivo de las mujeres post menopáusicas con el uso de TRE, si indica que el uso de este tipo de terapia tiene un efecto evidente en los patrones de activación mental, en especial en las áreas cerebrales asociadas con las funciones de memoria más empleadas en la vida cotidiana. En otro estudio reciente de CE Lebrun y otros (2005) realizado con 402 pacientes post menopáusicas holandesas sanas de 50 a 74 años de edad y entre 8 a 30 años después de la menopausia que no han estado bajo tratamiento de reemplazo o sustitución hormonal, encontraron que las concentraciones más altas de los estrógenos endógenos o producidos por el propio cuerpo: estradiol y estrona, se relacionaron de manera significativa con la disminución en frecuencia del deterioro cognitivo, independientemente de la edad actual o del tiempo desde la menopausia. Estos resultados apoyan la hipótesis de que los estrógenos pueden tener un efecto de protección para las neuronas llamado, neuroprotector, que a su vez disminuye la probabilidad de presentar deterioro cognitivo después de la menopausia.

Síntomas neuropsicológicos y etapas de transición climatérica. La Sociedad Internacional de Menopausia, a través de un grupo de especialistas (Soules, M.R. et al, 2001), estableció las etapas de las edades reproductivas de la mujer que se presentan a continuación en la Tabla 1.

En cada etapa de la transición pueden presentarse distintos síntomas en aquella mujer sensible a los cambios hormonales en los receptores cerebrales, para los cuales existen por fortuna, tanto tratamientos médicos, como psicológicos que combinados le ayudarán a recuperar la sensación de bienestar integral.

Tratamiento Médico de los Síntomas

Evidencia acerca del impacto de la terapia hormonal en los síntomas neuro psicológicos que afectan la calidad de vida: La terapia de reemplazo hormonal para el tratamiento de los síntomas asociados con la transición climatérica ha sido debatida en fechas recientes, debido en especial a la publicación de los resultados de estudios epidemiológicos longitudinales que incluyen un período de seguimiento de varios años y una muestra de miles de mujeres, como es el caso del Estudio de Iniciativa de la Salud de las Mujeres o *Women's Health Initiative*, mejor conocido por sus siglas: WHI realizado en los Estados Unidos, cuyos resultados correspondientes al brazo de terapia combinada compuesta por estrógenos conjugados-medroxiprogesterona fueron dados a conocer en el 2001, y los referentes al brazo de terapia estrogénica o TRE se publicaron en el 2002 (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, 2001 y 2002). Estos dos estudios han puesto en duda los efectos benéficos, tanto en el control de los síntomas neuropsicológicos, como en la prevención de padecimientos posteriores,

tales como la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares y el deterioro cognitivo. Sin embargo, al hacer una revisión detallada de la muestra de mujeres estudiadas, es evidente que no se filtraron adecuadamente aquellas mujeres cuyo nivel de riesgo probable, historial de salud mental y tiempo transcurrido después de la menopausia las hacían candidatas no adecuadas para recibir terapia de reemplazo hormonal. Por otro lado, existen numerosos estudios confiables que han evaluado el impacto de la terapia hormonal en los síntomas relacionados con la calidad de vida de la mujer climatérica y a la fecha, ya se han realizado varios meta análisis al respecto. Los resultados de dichos estudios constituyen evidencia médica del conocimiento actual acerca del impacto de las distintas modalidades, presentaciones y dosificaciones terapia hormonal (THs) sobre la calidad de vida.

De acuerdo con la evidencia de investigación médica realizada a través de estudios con un diseño adecuado y una selección cuidadosa de las mujeres participantes con la que contamos a la fecha, podemos concluir lo siguiente con respecto al efecto de los distintos tipos y presentaciones de la terapia hormonal sustitutiva o de reemplazo durante el climaterio:

1. En Mujeres sin síntomas vasomotores (sofocos o bochornos y sudoraciones nocturnas) o que no presenten síntomas neuropsicológicos evidentes, la terapia hormonal no ha demostrado de manera concluyente tener beneficios para la calidad de vida en el corto plazo.

2. En mujeres con síntomas vasomotores, la terapia hormonal disminuye tanto la severidad, como la frecuencia de síntomas, y como elemento o variable intermedia, este control impacta en otros síntomas que inciden en la calidad de vida, tales como el sueño reparador y el nivel de energía disponible, entre otros.

3. Los resultados acerca de concentración, memoria y cognición no han sido concluyentes, pero el beneficio neuroprotector de los estrógenos exógenos o introducidos al cuerpo ya sea por vía oral o local, parece vincularse con el momento del inicio de la terapia hormonal, antes de que se presente el descenso franco y prolongado del nivel de estradiol posterior a la menopausia. Este aspecto es muy importante ya que, de acuerdo con algunos autores las neuronas, al experimentar la falta de estrógenos durante un tiempo prolongado debido a la menopausia, pueden experimentar un deterioro importante que a su vez, puede propiciar la aparición de procesos degenerativos demenciales, mientras que la protección neuronal durante la etapa tardía o año previo y posterior al cese menstrual, permitiría al cerebro adaptarse a los niveles menores de estrógenos de manera más gradual y por ende, menos agresiva para el funcionamiento neuronal adecuado.

4. Algunos tipos de terapia hormonal, en especial aquellos que incluyen en su formulación medroxiprogesterona (MPA), pueden ocasionar cefaleas y estados de mayor ansiedad. Estos mismos síntomas, así como cuadros de depresión se han reportado de manera clínica con las cremas de progesterona supuestamente natural que se ofrecen sin receta médica como supuesto remedio para los síntomas climatéricos.

5. La terapia hormonal estrogénica puede disminuir algunos síntomas en el nivel vaginal y ser también beneficiosa para la conservación de la vida sexual activa. En algunos casos donde el deseo sexual se encuentra inhibido, la terapia hormonal de combinación estrógeno-andrógenos ha resultado benéfica.

En lo referente a los consensos de cuerpos colegiados de especialistas en climaterio de distintos países del mundo, la postura resulta favorable al uso de la terapia hormonal de reemplazo, tal como se menciona en el documento emitido por la

Sociedad Internacional de Menopausia (International Menopause Society) organismo que agrupa a nivel mundial a todos los colegios y asociaciones dedicadas al estudio del climaterio donde se menciona el alivio de los síntomas menopáusicos y urogenitales como el primer criterio de indicación para las THs

Otro tipo de tratamientos médicos. En adición o como alternativa a los tratamientos hormonales, existen en la actualidad diversas alternativas para el tratamiento médico de los síntomas neuropsicológicos durante esta etapa de vida como pueden ser los psicofármacos que regulan los neurotransmisores serotonina y neuroadrenalina principalmente; este tipo de medicamentos, bajo la supervisión del psiquiatra especialista pueden resultar muy benéficos en períodos de tratamiento continuo cortos o bien, utilizados en la etapa previa a la menopausia durante la semana previa a la menstruación como medida preventiva del síndrome premenstrual. Finalmente, es importante mencionar que durante el climaterio, será indispensable que la mujer se haga revisar de manera general al menos una vez al año, ya que en esta etapa también pudieran presentarse otros padecimientos, tales como los desórdenes en el funcionamiento de la glándula tiroides o aquellos vinculados con el metabolismo de la glucosa, padecimientos que ocasionan síntomas similares a la depresión, la ansiedad o el deterioro cognitivo.

Para concluir este apartado referente a los tratamientos médicos disponibles, es importante enfatizar que a la fecha, existen distintas dosificaciones, vías y formulaciones que se adaptan a las características personales de cada mujer como un "traje hecho a la medida" por lo que deberán ser prescritas solo por el o la médico especialista en climaterio actualizado y calificado. La auto medicación, el uso de sustancias supuestamente "naturales" y cualquier otro remedio mágico pueden traer como consecuencia no tan solo que los síntomas continúen, sino daños irreparables y peligrosos en la salud general de la mujer.

Papel del apoyo psicológico durante el climaterio

En lo que respecta al apoyo psicológico durante esta etapa, se sugieren las siguientes tareas y modalidades, dentro del marco del trabajo en psicología de la salud y como parte del trabajo multidisciplinario para la atención de la mujer:

1. *Diagnóstico* El psicólogo realiza el diagnóstico de la presencia, intensidad y frecuencia de los síntomas neuropsicológicos para determinar su mejor tratamiento. Este diagnóstico se apoya en la entrevista clínica y en escalas de calidad de vida específicamente diseñadas para esta etapa.

2. *Difusión* Uno de los problemas que incrementan la intensidad de los síntomas, se debe al estrés adicional ocasionado por ignorar su origen. El psicólogo apoya al médico especialista en la divulgación de información relevante, clara y completa para el público en general, además de ofrecer a los médicos en entrenamiento datos provenientes de la psicología para el mejor manejo de la paciente climatérica durante la consulta médica.

3. *Orientación* El psicólogo ofrece en distintos ámbitos, incluyendo el hospitalario, orientación a grupos de enfermeras, trabajadores sociales y público en general,

cursos de preparación para el climaterio que permitan tanto a la paciente, como a quienes la atienden, la información adecuada para enfrentar de manera positiva esta etapa, eliminar los prejuicios e ideas erróneas acerca de la misma y permitir con ello a quien la atraviesa realizar los cambios y ajustes que le permitan tener la mejor calidad de vida a partir de ese momento.

4. Psicoterapia Mediante técnicas cognitivo-conductuales o bien procesos terapéuticos existenciales del tipo de la logoterapia, el psicólogo ofrece a la mujer la posibilidad de modificar ideas, creencias y conductas erróneas, así como rescatar una sensación de valor personal, rumbo claro y sentido para su vida a partir del climaterio. En lo que se refiere a la vida en pareja y/o familiar, el trabajo psicoterapeutico familiar y del sexólogo resultan de gran valor cuando estas áreas de vida requieren la intervención del especialista.

*5. Investigación:*En equipos de investigación, el psicólogo aporta sus conocimientos en psicometría, técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación, así como el conocimiento de teorías de la personalidad y de psicología social, con lo que enriquece el trabajo multidisciplinario y aporta a la investigación científica de calidad que permite a su vez ofrecer a la mujer climatérica una mejor atención integral.

Conclusiones

Es necesario resaltar el efecto benéfico que las terapias de reemplazo hormonal pueden tener sobre las áreas cognitivas, emocionales y conductuales durante toda esta etapa de transición en la vida de la mujer. El mantener concentraciones estables de hormonas, en especial de estrógenos, ha demostrado no sólo revertir las anormalidades en las conexiones neuronales, sino que además mejoran los mecanismos de regeneración y protección del daño oxidativo, beneficios que se manifiestan clínicamente como una mejoría o normalización en las funciones cerebrales vinculadas con receptores de estrógenos. Sin embargo, como hemos visto, las hormonas solo son una de las variables, y, si bien importantes, no aseguran a la mujer una salud física y mental integral a partir de esta etapa. El trabajo del psicólogo especialista en climaterio permite atender todas esas facetas de vida donde están ocurriendo cambios críticos que requieren de una confrontación funcional y decidida por parte de la mujer para seguir creciendo como ser humano maduro, integral y con bienestar.

Referencias

Avis, Ne.E., Stellato, C.R., y Longcope, C. (2001) Longitudinal study of hormone levels and depression among women transitioning through menopause en Climacteric: The Journal of the International Menopause Society, Vol 4, núm.3. Londres, Parthenon Publishing, 2001. (pp. 243-249)

Beral Valerie, Banks Emilie y Reeves, Gillian (2002) Evidence from randomized trials on the long term effects of hormone replacement therapy en UK, Lancet 2002; 360, pp. 942-944

Birge, S.J.(2003), Menopause The State of The Art, 2003:191

Londres, Parthenon Publishing Co.

Cologer, CA, Simon, NG y Richter, ML (1999) Androgens and estrogens modulate 5-HT1A and 5-HT1B agonist effects on aggression. En Physiological Behavior, 1999, Jan, 65:4-5, 823-8.

Genazzani, AR et al,(2003) HRT in Climacteric & Aging Brain, Londres, IMS, 2003

Hogervost, E. et al (2004) Hormone replacement therapy to maintain cognitive function in women with dementia (Cochrane Review) en The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd.

IMS(2004), Position Paper en Climacteric 2004; 7: pp. 8-11, Londres, Parthenon Publishing.

Legorreta, D y Morato, L. (2000) Perimenopausia y Síntomas de Conexión Hormonal deficiente (Síndrome WHMS) en Memorias del III Congreso Nacional de Climaterio y Menopausia COMEC y I Congreso de Climaterio FRACYM, Mazatlán, Sinaloa, México, mayo de 2000.

McEwen BS, Alves, SE, Bulloch, K, Weiland, NG (1997) Ovarian Esteroids and the Brain: implications for cognition and aging. En Neurology, 1997, May, 48:5, Supplement 7, (pp. S8-15)

Morse, CA, Dudley, E, Guthrie, J, Dennerstein, L (1998) Relationships between premenstrual complaints and perimenopausal experiences. En J. of Psychosomatic Obstetric Gynaecology (Australia), Dec, 19:4, 182-91.

NIH(2002), International Position Paper on Women Health and Menopause, Washington 2002Pryor, JC (1998) Perimenopause: The complex endocrinology of the menopausal transition. En Endocrine Reviews, 1998, 19(4), 397-428.

Nelson HD et al (2004), Postmenopausal Estrogen for Treatment of Hot Flashes, en JAMA;2004, 291 :pp.1621-1625

Nelson HD et al (2003) Effects of Estrogen plus progestin on health-related quality of life en The New England Journal of Medicine, Vol. 348: pp. 1839-1854, maro 8, 2003.,

Shaywitz, SE; Shaywitz, BA; Pugh, KR; Fulbright, RK y otros (1999) Effects of Estrogen on brain activation patterns in postmenopausal women during working memory tasks. En JAMA, Apr 7, Vol. 281 No.13 1197-1202.

Simpkins, JW et al. (1997) Role of ERT in memory enhancement and the prevention of neuronal loss associated with Alzheimer's disease. En American Journal of Medicine, Sep, 103:3A, 198-258.

Valles, V, Rojas, R, Olaiz, G (1994) Factores de riesgo cardiovasculares en mujeres posmenopausicas. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, México 1993. En Simposio Internacional El Climaterio en el Siglo XXI. México.

Yaffe K, Haan M, Byers A, Tangen C, Kuller L.(2000) Estrogen use, APOE, and cognitive decline: evidence of gene-environment interaction en Neurology 2000;54 (pp.1949-54.136)

Yaffe K, Grady D, Pressman A, Cummings S.(1998) Serum estrogen levels, cognitive performance, and risk of cognitive decline in older community women en Journal of the American Geriatric Society 1998;46 (pp.816-821.137)

Tablas y Gráficos

Tabla 1- Etapas de Cambios Reproductivos Normales en La Mujer.
Recomendaciones del Taller de Expertos (STRAW) Park City, Utah, EUA, Julio 2001

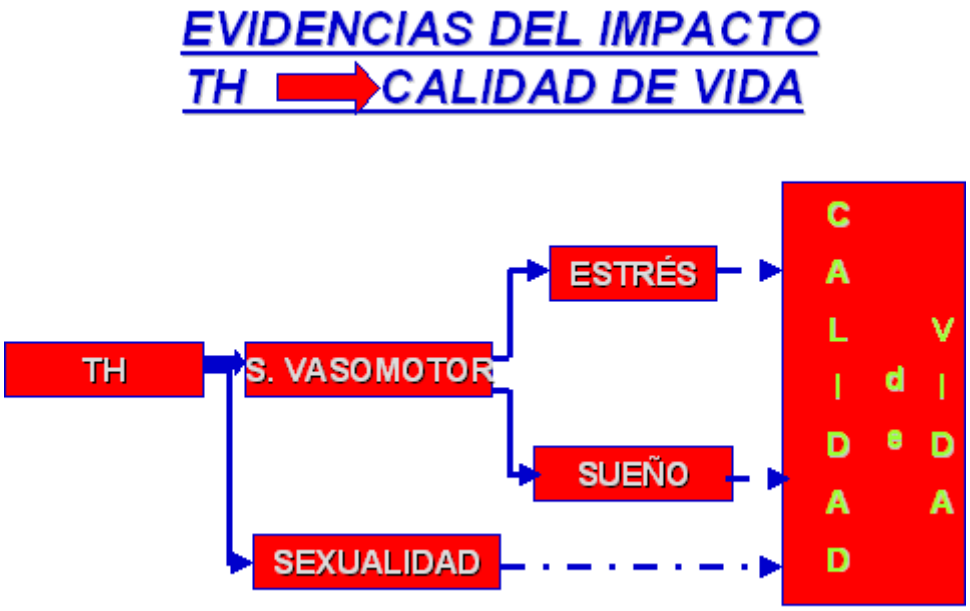
						UPM*		
Etapas +2	-5	-4	-3	-2	-1		+1	
Terminología Tardía	**Reproductiva**			**Transición**			**Posmenopausia**	
	Temprana	Pico	Tardía	Temprana	Tardía		Temprana	
				Perimenopausia				
Duración de la etapa hasta el deceso	Variable			Variable		1 año	4 años	
Ciclos Ningunos Menstruales	Variable a Regular		Regular	Variable >7 días	>? Sin	amenorrea		
Ciclos endocrinos: FSH	FSH Normal		FSH ⇧	FSH ⇧			FSH ⇧	

Tabla Opcional

					UPMS			
ETAPAS	-5	-4	-3	-2	-1	+1		
TERMINOLOGÍA	**Reproductiva**			**Transición**		**Posmenopausia**		
	Temprana	Pico	Tardía	Temprana	Tardía	Temprana		
Duración de Etapa	Variable			Variable		1 año	4 años	
Ciclos Menstruales	Variable a Regular		Regular	Variable >7 días	>2 sin	Amenorrea	Ningu	
Cambios Endocrinos	FSH Normal		FSH ⇧	FSH ⇧			FSH	

*Último periodo menstrual

Figura opcional



© Parthenon Publishing Co. Reproducido y traducido al español con la autorización del titular del editor, de "Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW)" por M.R. Soules, S. Sherman, E. Parrott, R. Rebar, N. Santoro, W. Utian and N. Woods En *Climacteric* 2001;4:267-72

AFRONTAMIENTO DE LOS PADRES DE NIÑOS CON ALGÚN PADECIMIENTO CRÓNICO

Mtra. Maricela Osorio Guzmán
Mtra. Georgina E. Bazán Riverón
Mirna Patricia Paredes
Académica de la FES Iztacala. UNAM
México

Resumen

Entender que la 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 de alguna enfermedad crónica en uno de sus descendientes. Este artículo tiene como objetivo describir de manera breve en qué consiste lo que comúnmente se conoce como "afrontamiento", así como también plantear algunas posturas de diferentes autores acerca del manejo de la información que reciben los pacientes pediátricos sobre su propio diagnóstico. Se finaliza con una serie de recomendaciones, que a través del desarrollo de 8 años de experiencia en el campo, han expresado los propios padres, como sugerencias para las personas que como ellos han tenido que enfrentar esta situación.

Afrontamiento

Entender la 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 de alguna enfermedad crónica en uno de sus descendientes. El término de afrontar en un sentido común indica aceptar y resolver, alguna situación difícil que incomoda o preocupa a las personas. El término afrontamiento se usa para explicar cómo las personas se adaptan a su enfermedad y tratamiento. Lazarus (1966) define el afrontamiento como un proceso que se activa cuando se percibe la amenaza, interviniendo entre la amenaza y los resultados observados y tiene como objetivo regular el conflicto emocional y eliminar la amenaza.

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 solo 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 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 ineficaz.

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 este no siempre es sujeto a control, dado que existen situaciones o eventos ambientales inesperados o inevitables. (Lazarus y Folkman, 1984)

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.

Las estrategias de afrontamiento operan igualmente para disminuir los sentimientos de perturbación asociados con la amenaza.

Reacción de los padres ante el diagnóstico

Como se mencionó antes el hecho de recibir como padres un diagnóstico médico que implique que algún descendiente directo sufra una enfermedad de tipo crónica, ha sido descrita como la situación más difícil y dolorosa de su vida. (Osorio, 2004).

A continuación se hace la lista de algunas de las reacciones más comunes encontradas en la literatura:

Shock

- Ansiedad, pena, ira, hostilidad e incredulidad

- Sentimientos de: Culpabilidad el padecimiento puede ser vivido como un castigo divino o una falta.

- Soledad, fracaso, desesperación

- Temor a la reacción del niño y a la perspectiva de afrontar la muerte de éste último

- Cólera y hostilidad, contra la enfermedad, los cuidadores (médicos especialistas, enfermeras, laboratoristas, etc), los otros niños, el mundo, Dios.

Durante las primeras semanas siguientes al diagnóstico, no son raras las reacciones ansiosas (tensión, rumiación, pánico) y depresivas (tristeza, disminución de la energía, problemas de concentración y del apetito y del sueño), de intensidad media o severa, y muchos padres afirman que la enfermedad de su niño los ha cambiado durante mucho tiempo, arrastrando un cambio en el sistema de valores y un cierto decaimiento del humor, siendo muy difícil la vuelta a la normalidad.

Otros autores como Die Trill (1989) describe estas reacciones emocionales de los padres desde el punto de vista cognitivo. Así, los padres reaccionan a menudo con aislamiento inicial, incredulidad, perplejidad. Según este mismo autor, los mecanismos de afrontamiento más comúnmente empleados son el aislamiento del afecto, el interés excesivo por las técnicas médicas, y la negación, que se traduce como una estimación más optimista que hace que los padres esperen una evolución favorable

A pesar de los avances científico-tecnológicos de las ciencias médicas, la mayoría de los padres siguen asociado el diagnóstico de una enfermedad crónica (cáncer, hemofilia etc.) como sinónimo de muerte (Osorio, 1997)

El tratamiento y los padres

Existen numerosos autores que recomiendan a los padres no sobreproteger a los niños, la recomendación "oficial" del personal médico es seguir con su vida normal. Sin embargo, es poco probable para un padre tratar al niño normalmente sabiendo que la enfermedad amenaza su vida o bien el tratamiento o la misma enfermedad

traerán consecuencias que repercutirán en la calidad de vida del paciente pediátrico.

Además, criar un niño con una enfermedad crónica que pone en riesgo la vida o deteriora su calidad, produce demandas extras en los padres. Por ejemplo, hablar con el niño de la enfermedad, apoyarlo, tener cuidado de su condición física y prepararlo para la muerte (en casos extremos) como también para vivir, (con las limitaciones y/o secuelas que estas hayan producido).

Por consiguiente, se subraya la necesidad de reforzar a los padres en su papel como educadores, pero además se recomienda que ellos también sean educados, en temas como la enfermedad del niño, los tipos y consecuencias de los diferentes tratamientos, el funcionamiento del hospital, las cirugías si es el caso. etc.

Mormont (1992) señala que el tratamiento por sí mismo puede ser un vivero de problemas. Además otros autores señalan que las familias están perturbadas por el hecho de que las condiciones del tratamiento (o el estado de salud) separan al niño de ciertas actividades normales de las familias, por los efectos secundarios y por las reacciones del niño al tratamiento.

El tratamiento médico del niño implica cargas emocionales y prácticas para los padres, además de la amenaza de la pérdida, debe aceptar tratamientos agresivos e invasivos, sin ninguna garantía de que curarán la enfermedad de su hijo. Añadido a lo anterior, tiene que dar consentimiento para los mismos, muchas veces conciente del sufrimiento del niño, las hospitalizaciones, visitas clínicas repetidas, la alteración de la rutinas escolares y sociales del paciente pediátrico; de la misma manera, tienen que afrontar gastos económicos considerables y la ruptura de rutinas familiares.

La tensión asociada a un tratamiento largo puede ser también penosa, aunque diferente a la tensión asociada al diagnóstico o a la muerte inminente.

La dificultad puede ser tal, sobre todo para los padres que se centran en las técnicas médicas, que llega a ser insoportable el hecho de que ellos no pueden quedarse al lado del niño o ven la medicación como un verdugo.

Cuando el tratamiento concluye, por una parte los padres tienen los sentimientos de que el niño es dejado sin protección, por otra pueden encontrar difícil renunciar a su actitud sobreprotectora, notablemente en razón de la desconfianza con respecto a los resultados terapéuticos.

Así mismo, la enfermedad y su tratamiento requieren una reorientación de los valores familiares, las metas y las expectativas para el futuro. La tarea para la familia es recuperar lo antes posible un estado de equilibrio. En otros casos la supervivencia de la enfermedad modifica las perspectivas del porvenir de los padres y les impone nuevas esfuerzos, cambios y gastos.

Finalmente, la estabilidad de la familia es a menudo evaluada por los índices de divorcio de los padres. Se ha notado que las enfermedades crónicas aumentan las fricciones ya existentes y causa problemas matrimoniales.

Comunicación al Niño del Diagnóstico

En cuanto a qué actitud tomar ante el niño cuando se le diagnostica una enfermedad crónica —es decir, si comunicarle o no el diagnóstico—, en la literatura se pueden observar dos tipos de actitudes.

1. Los autores que proponen no informar al niño sobre su diagnóstico y
2. Los autores que aconsejan revelarle todo al niño.

a) Los autores que proponen NO informar al niño sobre su diagnóstico

Los autores que proponen la intervención protectora se basan en el argumento de la comprensión cognitiva de la muerte que pueda tener el niño, los niños menores de 6 años ven la muerte como reversible, los niños consiguen gradualmente una concepción más madura de la muerte, pero hasta los 10 años los niños no comprenden su naturaleza universal e irrevocable

Los partidarios de éste tipo de intervención piensan que el niño no tiene miedo a la muerte debido a la concepción inmadura que éste tiene de la misma. Al mismo tiempo, creen que el niño es incapaz de afrontar el miedo a la muerte. Algunos autores asumen en sus artículos la falta de preocupación sobre la enfermedad por parte de los niños basándose en la observación de que los pacientes pediátricos rara vez preguntaban sobre la enfermedad.

En contraste al tipo de intervención anterior otros autores, argumentan que intentar proteger al niño de la trascendencia de la enfermedad da como resultado que se alimenten las fantasías no reales que producen depresión, retraimiento y elevada ansiedad. Esta último ha sido reportado por otros autores los cuales han observado que los niños mayores pueden permanecer en silencio con el objetivo de proteger a sus padres.

El adulto guardará silencio, dando pie a que el niño no hable sobre la muerte o su enfermedad. A esta situación se le denomina "conspiración de silencio". No obstante esta situación no evita que el paciente tenga acceso a cierta información que le dará pistas de su estado de salud, por ejemplo con la observación, comunicación no verbal, escuchar a escondidas, y hablar con otros pacientes. Obtener información de esta manera, que puede ser perjudicial ya que el paciente pediátrico no tiene elementos para entenderla.

Los padres en un intento de proteger al niño del dolor emocional, no le explican de qué esta enfermo, lo cual provoca que éste tenga información inadecuada e insuficiente para afrontar el tratamiento, la hospitalización, etc. Esta actitud más que ayudar provoca una mala adaptación a la situación

b) Los autores que aconsejan revelarle todo al niño

Por otra parte, algunos autores abogan por una comunicación abierta en la que el niño se sienta libre para expresar su preocupación. Ellos han demostrado que los problemas de adaptación decrecen cuando el niño puede hablar sobre su enfermedad. Así la comunicación abierta puede facilitar un afrontamiento efectivo y dar acceso a fuentes de apoyo intrafamiliares.

¿Qué hacer para sobrellevar la situación?

Existen algunas sugerencias sobre tareas particulares, para tratar de sobrellevar esta situación, entre ellas se encuentra:

- Analizar y entender la información médica.

Los padres tienen que hacer un esfuerzo muy grande para entender lo mejor posible, todo lo que les ha informado el profesional de la salud, para asimilarla y poder compartirla con el paciente pediátrico.

- Proporcionar información apropiada al niño, según su edad. Una vez que el adulto ha "entendido" la información médica, será capaz de informar al niño de acuerdo al nivel de desarrollo del mismo. Se recomienda "no dar conferencias" sobre el tema, si no responder concretamente lo que el niño quiere saber. Es fundamental indagar cual es la percepción que el niño tiene de la situación y ayudarle a distinguir entre la realidad y la fantasía.

- Estabilizar la vida familiar. Se debe organizar la familia de modo tal que cada miembro tenga una función especifica y clara en el proceso, para evitar que sea un solo miembro el que asuma y lleve toda la responsabilidad.

- Apoyar a los hermanos.

Cuando hay otros hijos es indispensable, respetar el tiempo de cuidado que les corresponde y no dejarlo relegado, ni cargarlo de obligaciones; con el fin de evitar la rivalidad entre ellos.

- Facilitar el proceso de reinserción. Es muy importante para el niño crónicamente enfermo volver a la escuela tan pronto como sea posible después del diagnóstico, y ser tratado tan normalmente como sus condiciones permiten. Para este tipo de niños, el éxito del regreso a la escuela es un importante aspecto de restablecer la normalidad y aumentar la calidad de la supervivencia.

Sugerencias para los Padres

1. Inicialmente los padres se sentirán muy desconcertados, es primordial darse un tiempo para comprender lo que está sucediendo y no actuar impulsivamente. Es importante que se analicen detenidamente los hechos médicos así como, las experiencias de otros padres de niños con la misma enfermedad de su hijo.
2. Preguntar todo lo que necesite saber sobre la enfermedad y su tratamiento, al médico responsable. No debe preocuparse de repetir preguntas. Es recomendable que se escriban las preguntas para no olvidarlas al llegar al hospital.
3. La expresión de sentimientos es imprescindible, hay que permítase llorar y expresar la tristeza. Así mismo, se deben evitar los extremos. Los niños desconfían más de padres que intentan engañarles escondiendo siempre sus sentimientos. Pero se tiene que recordar que llorar desconsolada y continuamente interfiere con el ánimo, la confianza y la honestidad que su hijo necesita.
4. Deben Encontrarse maneras eficaces de descargar la ira.
5. Se deben reconocer que los sentimientos de culpa son una reacción común y normal a cualquier enfermedad infantil. Deben expresarse y comprenderse.

6. Una de las recomendaciones mayormente fundamentadas es la de adquirir más información sobre la enfermedad y su tratamiento para poder sentir un mayor control sobre la situación.
7. Se debe contrastar y consultar toda la información médica nueva que se adquiera (por ejemplo, de periódicos, amigos, familiares) con el especialista. Evitar en la medida de lo posible hacer la misma pregunta a demasiadas personas. Ya que se pueden obtener respuestas diferentes de cada especialista, lo cual no hará más que aumentar la frustración o confundir al padre.
8. Es recomendable tomar parte activa en el cuidado médico del niño: esto hará sentir al adulto un mayor control sobre la situación, la cooperación con el sistema hospitalario y con el tratamiento médico fomentará la cooperación del hijo.
9. Buscar apoyo en otras personas, buscar, crear y fortalecer redes de apoyo, ya que ningún padre puede enfrentarse sólo a esta situación.
10. Es de fundamental importancia que el adulto intente afrontar la realidad de la situación. No permitiendo que perspectivas idealistas y/o religiosas sobre la condición del niño, interfieran con el tratamiento.
11. Es necesario que esté consciente que otras personas pueden reaccionar negativamente (críticas, rechazos, miedo al contagio).
12. Debe intentarse no aislarse socialmente.
13. Se recomienda tomar un tiempo libre, para realizar en actividades recreativas personales
14. Uno de los puntos más importantes es tratar de normalizar la vida familiar en la medida de lo posible. Si hay otros hijos no se deben olvidar sus necesidades.
15. Complementando el punto anterior se deben poner reglas y tareas a todos y cada uno de los miembros de la familia, sin hacer distinción entre sanos y enfermos.
16. Es recomendable que en cuanto el niño este restablecido regrese a la escuela, si no puede asistir diariamente, es necesario mantener el contacto con la misma. En esta fase es indispensable que se les explique a los profesores, todo sobre la enfermedad del hijo.
17. El proceso salud – enfermedad tiene componente biológicos, sociales y emocionales. Es de fundamental importancia saber cómo se siente cada miembro de la familia, qué es lo que necesita y cómo vive cada uno la situación.

Conclusión

A través de lo expuesto anteriormente, se puede concluir que un diagnóstico que ponga en peligro potencial o real la vida de un hijo es un evento que la mayoría de los padres reportan como "lo más doloroso que les ha ocurrido en la vida", las diversas reacciones (conductas-pensamientos) que se manifiestan, están enfocadas principalmente a tratar de manejar la situación, por esto esos tipos de afrontamiento merecen ser atendidos y estudiados, para generar alternativas para estas personas.

No esta de más aclarar que cada situación, cada familia, cada miembro de ella es diferente y que las recomendaciones antes citadas tienen que ser adaptadas de acuerdo estos eventos.

Referencias

Die Trill, M. (1989). Efectos psicosociales del cáncer en el enfermo pediátrico y su familia. Libro de Ponencias y Comunicaciones de las Primeras Jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinar al Niño con Cáncer, pp. 97-112.

Holleb, A. (1990).The American Cancer Society. Cancer Book U.S.A.: Doubleday.

Lazarus, R. y Folkman, S.(1984). Stress Appraisal and Coping. U.S.A: Springer

Mormont, C. (1992). L'Impact Psychologique du Cancer sur l'entourage: Une revue, Ann. Med-Psychd., 150:8, 537-555.

Osorio, G. M. (1997octubre). 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., Bazán R. G. Paredes, R. P. (2004) Programa de afrontamiento para pacientes pediátricos con leucemia: la perspectiva de la psicología de la salud infantil. *Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria (www.psicologiacientifica.com) Cáp. 27* ISBN: 958-33-6974-8

HOSTILIDAD, PSICOFISIOLOGÍA Y SALUD CARDIOVASCULAR

Francesc Palmero
Universitat Jaume I

Antecedentes

Los trastornos cardiovasculares representan una de las principales causas de enfermedad y mortalidad en los países industrializados. A modo de ejemplo, hace tan sólo dos décadas, los datos sobre prevalencia y mortalidad causadas por esta enfermedad en Estados Unidos resultaban alarmantes. Concretamente, el número de personas afectadas por algún tipo de enfermedad del sistema cardiovascular superaba los 29 millones de casos, de los cuales más de un millón (cerca del 3.5%) tenían la muerte como desenlace (Daviglus, Liu, Greenland y Dyer, 1998).

Durante las últimas décadas, la elevada prevalencia y tasa de mortalidad causadas por los trastornos cardiovasculares ha llevado al progreso en la búsqueda e

identificación de los factores de riesgo para el padecimiento de este tipo de trastornos, hallándose como factores más importantes la edad, el sexo, el colesterol, la hipertensión, el consumo de tabaco, y la obesidad. Sin embargo, a pesar de que la relación entre los anteriores factores de riesgo (comúnmente llamados factores "clásicos" de riesgo) y los trastornos cardiovasculares ha sido establecida, dichos factores, tanto si se les considera de forma independiente, como si se les considera de forma conjunta o interrelacionada, no explican más del 50% de la varianza en la predicción del riesgo a padecer alguna enfermedad cardiovascular, con lo cual la tesitura parece clara: es imprescindible buscar otros factores de riesgo más allá de los denominados "clásicos".

La investigación ha tomado un rumbo más amplio, considerando la etiología de la enfermedad coronaria como algo complejo y multifactorial, que implica aspectos genéticos, fisiológicos, químicos, nutricionales, ambientales y psicosociales. Dentro de los aspectos psicosociales, los primeros intentos se centraron en el estudio del modo en que los sujetos que padecían trastornos coronarios se enfrentaban a las distintas situaciones. Es decir, se estudió la posibilidad de que alguna forma particular de conducta pudiese tener una cierta relevancia a la hora de entender el porqué de los problemas cardiovasculares. Así, los pioneros trabajos de Rosenman y Friedman ponen de relieve el probable papel que juegan ciertas conductas y rasgos de personalidad a la hora de entender la predisposición al padecimiento de trastornos cardiovasculares (Friedman y Rosenman, 1959; Rosenman y Friedman, 1961). A partir de la observación clínica de sus pacientes afectados por cardiopatía isquémica, acuñaron el concepto Patrón de Conducta Tipo A (PCTA), en el que se incluían todas aquellas conductas y rasgos de personalidad que encontraron de forma repetida en sus pacientes. Estos autores definieron dicho patrón como "...*un complejo de acción-emoción, que puede ser observado en cualquier persona que se encuentra agresivamente implicada en un crónico e incesante conflicto para conseguir más y más en el menor tiempo posible, y, si fuera necesario, en contra de los esfuerzos opositores de otras cosas o personas*" (Rosenman, 1996, p. 91). Lo que caracteriza a este patrón de conducta como elemento perjudicial para la salud de las personas que lo manifiestan es el peculiar estilo de afrontamiento, basado en un uso abusivo de estrategias activas, acompañadas con respuestas emocionales de hostilidad y apresuramiento.

Así, el PCTA está configurado por: ***componentes formales*** -voz alta, habla rápida, excesiva actividad psicomotora, tensión de la musculatura facial, excesiva gesticulación y otros manierismos típicos-; ***actitudes y emociones*** -hostilidad, impaciencia, ira y agresividad-; ***aspectos motivacionales*** -motivación de logro, competitividad, orientación al éxito, afán de superación y ambición-; ***conductas abiertas o manifiestas*** -urgencia de tiempo, prisa, rapidez, hiperactividad e implicación en el trabajo-; ***aspectos cognitivos*** -necesidad de control ambiental y estilo atribucional característico- (Friedman y Rosenman, 1974). En definitiva, los resultados obtenidos en múltiples investigaciones permitieron vislumbrar la posibilidad de que este patrón conductual no sólo estuviese asociado con la cardiopatía isquémica, sino que incluso pudiera ser considerado como un factor independiente de riesgo para esta enfermedad. El PCTA puede ejercer su papel en la etiología y curso de la enfermedad, bien actuando directamente en el proceso aterogénico, bien funcionando como detonante que precipite eventos clínicos en pacientes con una aterosclerosis coronaria ya desarrollada, pudiendo encontrarse en la base de cualquiera de dichas posibilidades, tanto un incremento excesivo en la liberación de catecolaminas, que median la agregación plaquetaria, la formación de trombos y la producción de arritmias cardiacas, como la producción de cambios hemodinámicos de relevancia, tales como el incremento de la resistencia vascular periférica, de la presión sanguínea y/o de la tasa cardíaca, aspectos éstos que pueden producir isquemia, coágulos o arritmias cardíacas (Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Strauss y Wurm, 1975; Haynes, Feinleib y Kannel, 1980).

Tras un periodo de auge, al menos aparente, en el que parecían cumplirse todas las predicciones hipotetizadas por los investigadores respecto al PCTA, y cuando la comunidad científica comenzaba a asumir la relación entre PCTA y trastornos cardiovasculares, también empiezan a surgir resultados en los que se cuestionaba dicha relación (Myrtek, 1995).

Son variadas, pero consistentes, las causas a las que se ha atribuido el hallazgo de resultados contradictorios.

En primer lugar, una posible explicación de dichos resultados puede radicar en las inconsistencias en cuanto al tipo de instrumento de medida utilizado para evaluar el PCTA. Concretamente, ha habido diversos procedimientos, debiendo destacar los siguientes: la Entrevista Estructurada, el Inventario de Actividad de Jenkins (JAS), la Escala Bortner, la Escala Framingham, la Escala Thurstone, entre otras. El uso de técnicas tan dispares en la evaluación del PCTA puede haber influido en esos resultados contradictorios. A esto hay que añadir la falta de un criterio unánime a la hora de aplicar instrumentos de evaluación tales como la Entrevista Estructurada, en la que, no sólo se evalúa el contenido de las respuestas del sujeto, sino la forma de interacción entre el sujeto evaluado y el entrevistador, que depende en gran medida del "estilo" del entrevistador al llevar a cabo la entrevista. La entrevista estructurada (ES) -que ha sido el principal instrumento para medir el PCTA-, presentaba un muy bajo índice de fiabilidad, ya que daba lugar a un bajo acuerdo entre jueces. El Inventario de Actividad de Jenkins (JAS), desarrollado a partir de la ES para subsanar los inconvenientes de ésta, también fue cuestionado, precisamente por la falta de coherencia con las clasificaciones realizadas con la ES.

En segundo lugar, debemos apuntar el inadecuado tamaño y composición de las muestras estudiadas en algunas investigaciones, puesto que, aunque se hayan realizado estudios con muestras suficientemente representativas, muchos de los trabajos se han llevado a cabo con muestras que no alcanzaban los 150 individuos. Además, gran parte de los estudios se han realizado con muestras compuestas casi exclusivamente por individuos de sexo masculino, existiendo tan sólo un reducido número de trabajos efectuados con muestras formadas por mujeres.

En tercer lugar, se ha argumentado también, como explicación a las inconsistencias y contradicciones en la relación entre PCTA y trastornos cardiovasculares, el hecho de que aquél sea considerado como un constructo multidimensional. Es esta naturaleza multidimensional la que puede conducir a inconsistencias a la hora de constatar su relación con los trastornos cardiovasculares. Así, por una parte, la elevada puntuación de un individuo en cualquiera de los componentes o atributos del PCTA puede hacer que ese sujeto sea clasificado como Tipo A; sin embargo, por otra parte, la elevada puntuación de un individuo en otro de los componentes del PCTA también permite que dicho individuo sea considerado como sujeto Tipo A. Cabe la posibilidad, harto probable, que los dos individuos que han sido considerados como Tipo A tengan muy pocas cosas en común (salvo la de la categorización de ambos como Tipo A). Es decir, no está demostrado que todos los atributos o componentes englobados dentro de este constructo impliquen del mismo modo un patrón de predisposición a la enfermedad coronaria. Puesto que las medidas existentes del constructo no explican qué diferentes aspectos del PCTA están relacionados (o no) con las diferentes enfermedades cardiovasculares, y dado que algunos de los cuestionarios de autoinforme desarrollados con el fin de evaluar el PCTA parecen medir principalmente actitudes y no conductas, no es extraño que aparezcan distorsiones en la medición de algunos de los más importantes componentes del PCTA, como son las conductas observables. Como indicaba el propio Rosenman (1996), el PCTA es un constructo multidimensional que representa una manifestación del modo mediante el que las personas Tipo A perciben el mundo y a sí mismos. Entre las principales características que se

asocian con el PCTA están la agresión, la competitividad, el apresuramiento y la hostilidad. La existencia de diferentes componentes dentro de un mismo constructo ha dificultado considerablemente su asociación con la enfermedad cardiovascular.

En última instancia, esta situación llevó a cuestionar la equivalencia entre el PCTA y el patrón de predisposición a la enfermedad coronaria, siendo este último el que se relaciona con el padecimiento de enfermedades cardiovasculares. Así, el interés científico comenzó a focalizarse, de modo selectivo, en los distintos subcomponentes del PCTA, para delimitar cuál de ellos era el verdadero predictor de los trastornos cardiovasculares.

El núcleo más amplio de la investigación intentó afinar más en la búsqueda de las características del PCTA que incrementan la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares. Así, el punto de mira de los investigadores se centró en un concepto de remotas y profundas raíces en el ámbito de la Psicología: aquel que plantea que las intensas emociones negativas, precipitadas por las molestias habituales o eventos de la vida cotidiana, pueden afectar nuestra salud, incluso nuestra propia supervivencia. Además, a las emociones cabría añadir todas las cogniciones ante dichas situaciones o molestias, que estarían estrechamente unidas a las citadas emociones negativas. Cuando las variables implicadas eran bien controladas, se podía apreciar una asociación bastante evidente entre el componente emocional del PCTA con la incidencia del infarto de miocardio (Jenkins, Rosenman y Friedman, 1966), así como con la incidencia de cardiopatías isquémicas (Hecker, Chesney, Black y Frautschi, 1988; Matthews, Glass, Rosenman y Bortner, 1977).

Éste es el panorama que encontramos a lo largo de las dos últimas décadas cuando se trata de establecer la relevancia de las variables psicológicas en las enfermedades cardiovasculares. El factor "no-físico" que se erigía como potencial elemento de riesgo era el complejo Ira-Hostilidad.

El componente emocional

Hemos visto que, de las distintas críticas formuladas al PCTA, la más impactante fue la de su consideración como constructo multidimensional. Esta importante cuestión ha dado lugar a que se inicie la localización del componente tóxico en el constructo Tipo A, si es que existe algún factor capaz de predecir la aparición de posteriores trastornos cardiovasculares. Actualmente, se considera que el componente emocional del PCTA, particularmente el complejo ira-hostilidad, parece la variable más importante para detectar a los sujetos propensos a sufrir trastornos cardiovasculares.

Para medir este componente, el instrumento más utilizado ha sido el Inventario de Hostilidad de Cook y Medley (Ho), siguiendo en frecuencia de uso el Inventario de Hostilidad de Buss y Durkee (BDHI) y el Factor S de la Escala de Actividad de Jenkins. De hecho, el Factor S correlaciona positiva y significativamente con la medida de la hostilidad obtenida mediante otros instrumentos.

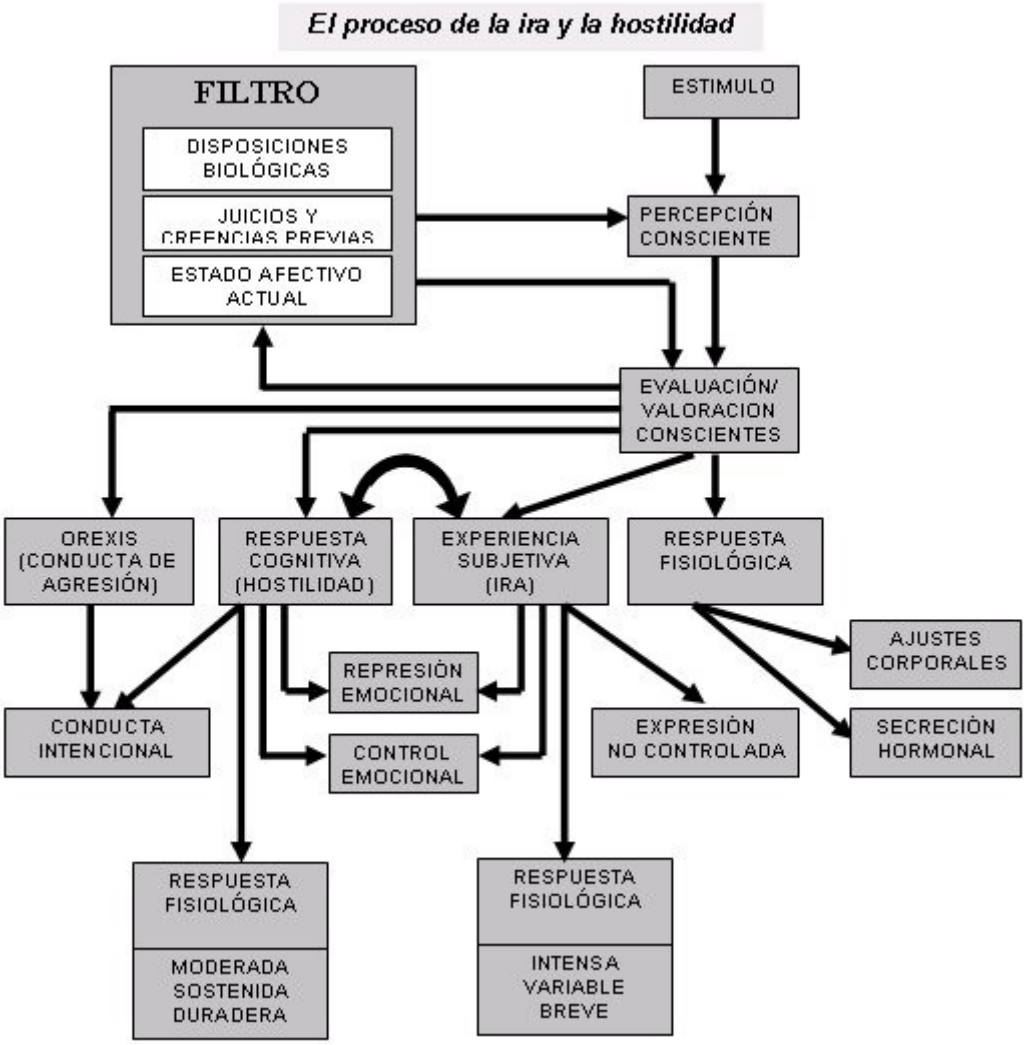
Es decir, parecía que algunos componentes del PCTA sí que poseen cierta relevancia para el estudio de los trastornos cardiovasculares, mientras que los otros componentes parecen no tener ninguna vinculación clara con este tipo de trastornos, incluso podrían desempeñar alguna suerte de papel protector de la salud del individuo (Palmero, Codina y Rosel, 1993).

En efecto, a raíz de las críticas vertidas sobre el PCTA, y una vez éste fue descartado como indicador de una mayor probabilidad de padecer un trastorno

cardiovascular, en distintos trabajos se pudo constatar que el estudio de la predisposición o propensión a los trastornos cardiovasculares podía seguir siendo viable si se consideraba que el complejo ira-hostilidad era ese factor tóxico capaz de incrementar el riesgo de ocurrencia de la enfermedad cardiovascular (Williams, Barefoot, Haney, Lee, Kong, Blumenthal y Whalen, 1980; Barefoot, Dahlstrom y Williams, 1983; Shekelle, Gale, Ostfel y Paul, 1983; MacDougall, Dembroski, Dimsdale y Hackett, 1985; Hecker y cols., 1988; Dembroski, MacDougall, Costa y Grandits, 1989; King, 1997; Rosenman y Palmero, 1998; **Gallacher, Sweetnam, Yarnell, Elwood y Stansfeld, 2003).**

El complejo ira-hostilidad

Parece muy difícil ignorar la conexión existente entre la ira y la hostilidad. Dicha conexión posee connotaciónes de retroactividad positiva, de tal suerte que la ira es una variable que incrementa la probabilidad de que aparezca la hostilidad, y la hostilidad incrementa la probabilidad de que se desencadene la ira. La Figura 1 ilustra el proceso de la emoción de ira, en el que se encuentran insertas la dimensión subjetiva o sentimiento de ira y la dimensión cognitiva o actitud de hostilidad, así como la repercusión de ambas variables sobre las distintas formas de respuesta.



Por lo que respecta a la hostilidad, es considerada como una variable compleja y de difícil conceptualización, de la que carecemos de una definición comprensiva. La hostilidad se podría definir como una actitud negativa hacia los demás y hacia la misma naturaleza humana, que consiste en su enemistad, denigración y rencor. En general, la hostilidad implica la devaluación de los motivos y valores de los demás, y la expectativa de que la gente es fuente de malas obras; implica también el deseo de oponerse a los demás, en cuanto a aspectos de relación, o incluso el deseo de causarles daño. Se trata de una actitud muy dependiente de los aprendizajes sociales, que presupone la existencia de un estilo atribucional basado en la cognición de amenaza y en la presunción de malevolencia por parte de los demás. Existe también otro tipo de definiciones de la hostilidad, estando éstas basadas en la perspectiva multidimensional. Este tipo de definiciones diferencia entre las tres formas de posibles manifestaciones que se hallarían incluidas en el concepto de Hostilidad: cognitivas, afectivo-emocionales y conductuales. El componente cognitivo consiste en las creencias negativas sobre los demás; estas creencias producen tendencias atribucionales que hacen más fácil interpretar la conducta de los demás como amenazadora u opositora. El componente afectivo-emocional incluye algunos estados emocionales como la ira, el enfado, el resentimiento, el disgusto y el desprecio. El componente conductual incluye la agresión, expresada de forma física y/o verbal, o de otros modos más sutiles y socialmente aceptados.

Lo que tratamos de decir es que la hostilidad es el resultado de las influencias que puede haber recibido un individuo por parte de su medio ambiente a lo largo de su vida, ya que el factor genético parece tener una implicación muy reducida. Los sujetos que muestran hostilidad se caracterizan por esperar lo peor de los demás, y se encuentran siempre a la defensiva, creando ambientes en los que predomina la competitividad y la tensión. Estos sujetos perciben el ambiente como una lucha incesante y competitiva para lograr el objetivo que pretenden; para ello, permanecen constantemente alerta, pues temen que su "enemigo" lleve a cabo conductas malintencionadas con el fin de impedirles que consigan su propósito. Esta tensa situación deriva, lógicamente, en sentimientos de ira en numerosas ocasiones. Por otra parte, el hecho de que estas personas se encuentren en un estado de hipervigilancia constante contribuye a que tengan mayor predisposición a padecer una enfermedad cardiovascular, ya que la activación de sus mecanismos de defensa para afrontar la situación -o estímulo estresor- perdura en el tiempo, cuando lo óptimo sería que se activasen en un momento determinado y concreto -el momento en el que se produce el estrés- e inmediatamente retornasen a sus niveles basales, justo cuando el estímulo estresor ha desaparecido.

Por lo que respecta a la ira, es considerada como una emoción displacentera que consiste en sentimientos que varían en intensidad desde la irritación al enfado, furia o rabia. Dichos sentimientos constituyen el componente subjetivo o experiencial de la emoción de ira, y van acompañados de forma característica por incrementos en la activación del sistema nervioso simpático y del sistema endocrino, tensión en la musculatura esqueletal, expresiones faciales características, patrones antagonistas de pensamiento y, a la vez, tendencias a comportarse de forma agresiva. Este complejo emocional resulta más fácilmente elicitado por aspectos de relación; es decir, por situaciones interpersonales y sociales. Por otra parte, al hablar de ira, cabe diferenciar entre su experiencia y su expresión. La experiencia de la ira variará en intensidad, frecuencia y duración. La expresión de la ira no es más que una respuesta transaccional a las amenazas del medio, que sirve para regular el displacer emocional experimentado.

El signo expresivo más significativo de la ira son los gestos faciales, mientras que cognitivamente son muy frecuentes los pensamientos contradictorios y contrapuestos (Palmero, Espinosa y Breva, 1995). En este orden de cosas, hace unos años, Johnson (1990) proponía la existencia de tres estilos de afrontamiento ante un estímulo estresor que produce ira, con el fin de disminuir dicha sensación displacentera: (1) ***estilo de supresión de la Ira*** (*anger-in*), caracterizado por el hecho de que el sujeto afronta la situación inhibiendo la manifestación abierta de la ira; prefiere reprimirla, a pesar de sentir una intensa sensación de enfado, antes que expresarla verbal o físicamente. (2) ***Estilo de expresión de la ira*** (*anger-out*), mediante el cual la persona tiende a expresar abiertamente su ira, manifestando conductas airadas hacia sujetos u objetos, tanto verbal como físicamente, pero sin intención de realizar ningún daño o perjuicio hacia la otra persona. Sin embargo, no podemos dejar de señalar que en numerosas ocasiones estos episodios abiertos de ira dejan paso a conductas de agresión por parte del sujeto que sí denotan claras intenciones de dañar a la otra persona. (3) ***Estilo de control de la ira*** (*anger-control*), mediante el que la persona intenta canalizar toda la energía provocada por sus sentimientos de enfado e ira, y proyectarla a otros fines más constructivos que la conducta agresiva hacia el agente estresor, intentando llegar a una resolución positiva del problema que ha provocado dicha emoción displacentera. Ésta sería la alternativa más adecuada para reducir la probabilidad de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

En el complejo ira-hostilidad, la ira es considerada, en principio, como el componente esencial, ya que en muchas ocasiones lleva a la hostilidad y, eventualmente, puede dar lugar a la agresión (Johnson, 1990). Por tanto, no resulta casual que, con mucha frecuencia, las investigaciones estuviesen orientadas hacia la búsqueda de la posible relación entre los trastornos cardiovasculares y la ira, y más concretamente con la supresión y/o expresión de la misma (Palmero y cols., 1995; Rutledge, Reis, Olson, Owens, Kelsey, Pepine, Reichek, Rogers, Merz, Sopko, Cornell y Matthews, 2001). Sin embargo, siendo relevante la ira, parecía conveniente considerar también como variable notable la hostilidad. La ira, como emoción que es, resulta temporalmente muy breve, transitoria e inestable, por lo cual resulta comprensible y es necesario considerar el componente cognitivo del complejo *ira-hostilidad*, ya que es más estable, duradero y fácil de apresar en las investigaciones (Siegman, 1994; Dembroski y cols., 1989; Steptoe y Whitehead, 2005). Además, como sugeríamos anteriormente, la hostilidad parece un elemento crucial para la ocurrencia de la ira, ya que disminuye los umbrales de disparo de esta emoción: una persona hostil posee una mayor predisposición o proclividad a estallar en un intenso arrebato de ira. Así pues, la consideración de la hostilidad parecía facilitar la tarea de localizar la eventual relación existente entre procesos emocionales y enfermedades cardiovasculares (Palmero y cols., 1995).

A partir de este momento los esfuerzos de los investigadores se centraron en un doble objetivo. Por una parte, verificar la relación existente entre la hostilidad y la enfermedad cardiovascular, y, por otra parte, mostrar la asociación entre la hostilidad y la reactividad psicofisiológica cardiovascular.

En lo que se refiere a la relación entre la hostilidad y la enfermedad cardiovascular, algunos trabajos ponen de relieve la posibilidad de que la hostilidad sea el único componente relacionado con el desarrollo, mantenimiento y progresión de las alteraciones cardiovasculares, haciendo pensar que dicha variable es un factor independiente de riesgo (Rosenman y Chesney, 1980; Dembrosky y MacDougall, 1983; Williams, Barefoot y Shekelle, 1985; **Sloan, Bagiella, Shapiro, Kuhl, Chernikhova, Berg y Myers, 2001;** Llabre, Spitzer, Siegel, Saab y Schneiderman, 2004). A estos trabajos previos cabe añadir los estudios longitudinales realizados, en los que se confirma la probable capacidad predictiva de la hostilidad en la enfermedad de infarto de miocardio (Barefoot y cols., 1983; Powell y Thoresen,

1985, Hecker y cols., 1988; Eaker, Sullivan, Kelly-Hayes, D'Agostino y Benjamin, 2004).

Por lo que respecta a la relación entre la hostilidad y la reactividad cardiovascular, los resultados obtenidos mostraron una tendencia generalmente aceptable. Los estudios realizados en el ámbito del laboratorio ponían de relieve que, cuando se emplean las tareas adecuadas, se observa una asociación entre la hostilidad y la reactividad cardiovascular (Suarez y Williams, 1989; Suarez, Williams, Kuhn, Zimmerman y Schanbers, 1991; Williams y cols. 1980; MacDougall, Dembroski y Krantz, 1981; Davis, Matthews y McGrath, 2000; Kamarck y Lovallo, 2003).

En ambos objetivos se intentaba establecer la vinculación del componente emocional con el riesgo de enfermedad cardiovascular. Para ello, se utilizó todo el arsenal tecnológico que permitiera reforzar la objetividad de los resultados obtenidos, posibilitando su verificación y replicación.

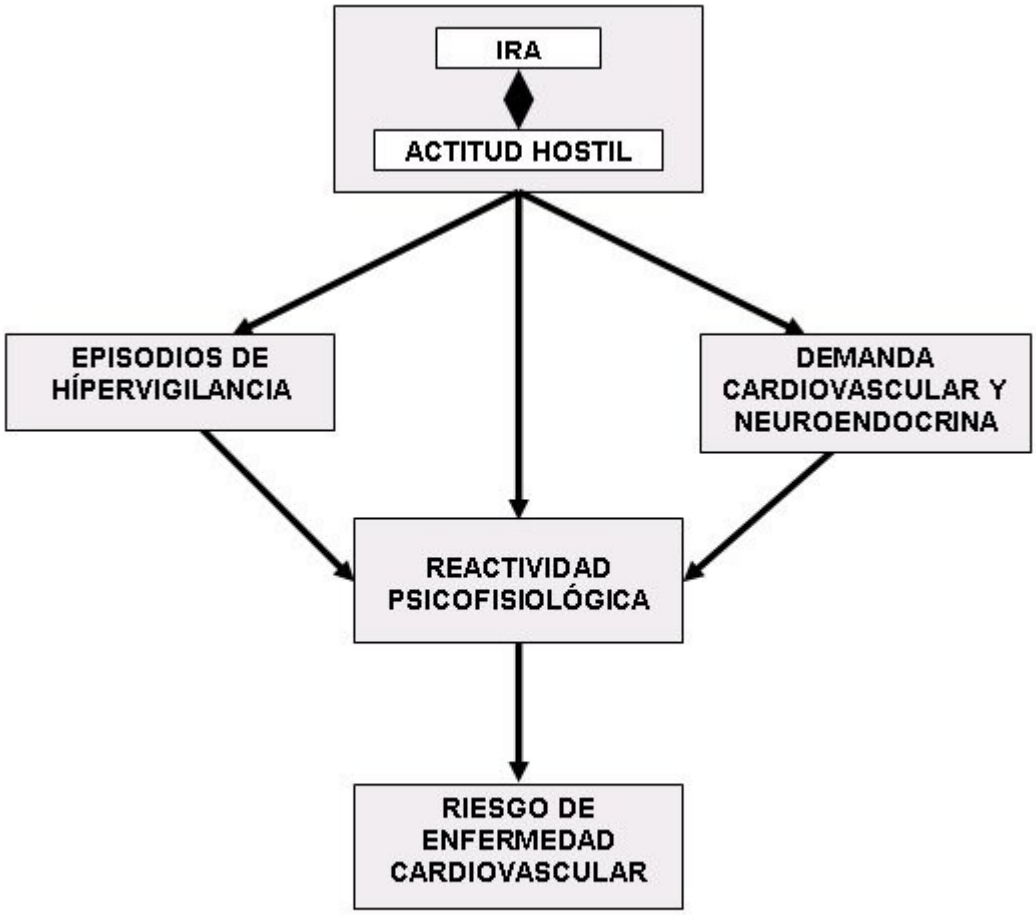
La metodología psicofisiológica, junto con todo el conglomerado de técnicas y procedimientos, representaba la aproximación apropiada para establecer la eventual vinculación existente entre variables psicológicas (particularmente las referidas a procesos emcionales) y el potencial riesgo de enfermedad cardiovascular. Se hacía necesario demostrar el vínculo de unión entre una variable psicológica y una variable biológica. Dicho vínculo se localizó en el funcionamiento psicofisiológico, particularmente en la reactividad cardiovascular. Esta relación entre los factores psicosociales y la enfermedad cardiovascular ha recibido el nombre genérico de "*Hipótesis de la Reactividad Cardiovascular*", pudiendo comprobar que existen múltiples trabajos prospectivos que sustentan dicha hipótesis (Keys y Taylor, 1971; Schiffer, Hartley, Schulman y Abelmann, 1976; Manuck, Olsson, Hjemdahl y Renhqvist, 1992; Steptoe, Cropley y Joekes, 2000).

El apoyo psicofisiológico

El problema con el que sistemáticamente se encontraba la orientación psicosomática consiste en la demostración del vínculo de unión entre una variable psicológica, con características subjetivas e intangibles, y una disfunción, trastorno o enfermedad, con características físicas, tangibles y observables. Si cupiese la posibilidad de establecer empíricamente que la ansiedad, o la ira, o cualquier otra emoción o variable psicológica en general, producen un efecto concreto sobre una variable fisiológica, o biológica en general, estaríamos en disposición de sostener que dicha variable psicológica es un factor notable, y probablemente independiente, referido al riesgo de sufrir algún trastorno en particular.

Pues bien, a modo de ejemplo, a partir de los resultados obtenidos en distintas investigaciones, en la actualidad se ha podido confirmar la relación existente entre los factores psicosociales y la formación de la placa de ateroma, circunstancia ésta que constituye la lesión básica que se produce en la enfermedad cardiovascular (EC) (Kaplan, Manuck, Clarkson, Lusso, Taub y Miller, 1983; Manuck, Kaplan y Clarkson, 1983; Manuck, Kaplan y Matthews, 1986; Manuck, Kaplan, Adams y

Clarkson, 1989; Kaplan, Manuck, Adams, Weingand y Clarkson, 1987). La relación entre los factores psicosociales y la formación de la placa de ateroma se puede explicar a partir de los mecanismos implicados en la formación de ésta, a saber: el factor mecánico y el factor químico. El factor mecánico tiene su efecto en las bifurcaciones y curvas de las arterias coronarias, en las cuales el flujo sanguíneo provoca turbulencias que facilitan la lesión del endotelio y consiguientemente la fijación de la placa de ateroma. El mecanismo químico actúa principalmente a través de las lipoproteínas; las placas que se crean sobre las paredes arteriales están formadas por cristales de colesterol, que proceden de las lipoproteínas. Ambos mecanismos se encuentran seriamente influenciados por los factores y variables psicosociales, especialmente por las respuestas que ofrece el organismo cuando se enfrenta a las distintas situaciones de estrés o cuando experimenta intensos procesos emocionales. En estas situaciones, se produce un incremento de la tasa cardiaca y de la presión arterial, provocando un incremento del flujo sanguíneo y un aumento de las turbulencias. Así mismo, se produce una importante movilización de lípidos, que es superior a los requisitos metabólicos del organismo, y que facilita la agregación plaquetaria a las paredes arteriales y al tejido del corazón. El sencillo modelo teórico que explica dicha conexión queda reflejado en la Figura 2:



Modelo de la reactividad psicofisiológica

No obstante, la verificación empírica de la formulación teórica no siempre se producía. En efecto, la asociación entre hostilidad y enfermedades cardiovasculares mediante el mecanismo de unión localizado en el funcionamiento psicofisiológico cardiovascular, reactividad psicofisiológica cardiovascular, parecía mostrarse esquiva. Aunque en algunos estudios se confirmaba la existencia de una asociación entre la hostilidad y la enfermedad cardiovascular, el optimismo inicial comenzó a decaer con la aparición de las primeras inconsistencias. Nuevos estudios prospectivos encuentran dificultades a la hora de establecer la relación entre la hostilidad y las alteraciones cardiovasculares (Hällstrom, Lapidus, Bengtsson y Edstrom, 1986; McCraine, Watkins, Brandsma y Sisson, 1986; Leon, Finn, Murray y Bayley, 1988; Hearn, Murray y Lupker, 1989; Maruta, Hamburgen, Jenkins, Offord, Colligan, Frye y Malinchoc, 1993; Fitzmaurice, Kubzansky, Rimm y Kawachi, 2003). De igual manera aparecen trabajos que no encuentran una vinculación entre la hostilidad y la reactividad cardiovascular en diferentes estudios de laboratorio (Smith y Allred, 1989; Carroll, Davey, Sheffield, Shipley y Marmot, 1997; Landeta, Barrenetxea, Corral y Otero, 1998). A estas inconsistencias hay que añadir que, en otro grupo de trabajos, la relación entre hostilidad y reactividad viene condicionada por el tipo de situación de laboratorio diseñada o por la medida de hostilidad empleada (Suarez y Williams, 1990; Siegman, Anderson, Herbst, Boyle y Wilkinson, 1992; Allen, Stoney, Omens y Matthews, 1993; Lawler, Harralson, Armstead y Schmied, 1993; Suarez, Harlan, Peoples y Williams, 1993; Suls y Wan, 1993; Siegman, 1994; Shapiro, Goldstein y Jammer, 1995).

Se propuso la existencia de diversos factores que podrían estar entorpeciendo la apreciación de la asociación entre hostilidad y enfermedades cardiovasculares. En primer lugar, aparecen resultados dudosos que pueden deberse a diferentes métodos de muestreo y a la distinta duración del tratamiento. En segundo lugar, se encuentran resultados contradictorios que pueden estar producidos por diferencias en las muestras estudiadas y por los métodos estadísticos utilizados. En tercer lugar, pueden encontrarse resultados significativamente diferentes debidos a la incorrecta comparación de resultados procedentes de estudios metodológicamente distintos -estudios retrospectivos, prospectivos, de control de casos y transversales-,así como por la utilización de medidas obsevacionales y de autoinforme. En cuarto lugar, el procedimiento seguido para admitir a los sujetos en un estudio también puede sesgar los resultados, ya que pueden incluirse en la muestra sujetos voluntarios y de alto riesgo. En quinto lugar, la hostilidad puede estar ligada a factores de riesgo para la salud en general que pueden relacionarla indirectamente con la enfermedad coronaria. Todos estos problemas que suscita la investigación de la relación existente entre la hostilidad y la enfermedad cardiovascular derivan en una escasa frecuencia de asociaciones significativas entre ambas (Rosenman y Palmero, 1998; Strike y Steptoe, 2005).

En última instancia, dichas incongruencias provocaron la aparición, nuevamente, de las críticas, las cuales versaban principalmente sobre las características de las manipulaciones metodológicas y, de nuevo, sobre la multidimensionalidad del concepto.

En función de esta última crítica reseñada, algunos autores consideraron que le podría estar sucediendo al complejo ira-hostilidad lo mismo que había sucedido con el patrón acuñado por Friedman y Rosenman, a saber, que la multidimensionalidad del constructo suponía que algunas de sus dimensiones estuvieran relacionadas con las EC, y otras, en cambio, fueran neutras o incluso disminuyeran el riesgo a padecer dicha enfermedad. De nuevo, aparecía la controversia, impulsando a los investigadores a localizar, de forma más nítida, el eventual papel de la hostilidad en el riesgo de sufrir trastornos cardiovasculares.

Situación actual

La aparición de resultados contradictorios está abriendo el abanico de posibilidades en la planificación de nuevas investigaciones. Aunque son muchas las iniciativas que se están llevando a cabo en los últimos años, estimamos que algunos aspectos tendrían que ser considerados y controlados, pues su propia relevancia hace de ellos piedras angulares en la localización de las variables psicológicas que pueden jugar un papel destacado en la predicción de ocurrencia de la enfermedad cardiovascular. Uno de estos aspectos se refiere al propio concepto de la hostilidad, y el otro tiene que ver con la fundamentación metodológica de los procedimientos psicofisiológicos llevados a cabo en las investigaciones. La relevancia de estos dos aspectos no es un tema menor. Así, por una parte, si consideramos que la hostilidad es -o puede llegar a ser- un factor de riesgo en la enfermedad cardiovascular, es necesario que todos los investigadores contemplen la misma acepción del concepto, utilicen los mismos instrumentos para medir el concepto, y traten de controlar las distintas variables que pueden estar interfiriendo en la medición de dicho concepto. Pero, además, por otra parte, es necesario homogenizar los criterios utilizados para interpretar correctamente los resultados obtenidos con procedimientos psicofisiológicos, ya que, si aceptamos la hipótesis de la reactividad psicofisiológica como el mecanismo de unión entre variables psicológicas y trastornos biológicos, "*es preciso medir con las mismas unidades de medida*", es preciso pronosticar correctamente el potencial riesgo de futuras disfunciones. De este modo podrá realizarse la posterior comparación de los resultados obtenidos en distintos estudios.

El factor conceptual

Desde un punto de vista conceptual, ha habido dos iniciativas que parecen las más prometedoras. Por una parte, Barefoot, Dahlstrom y Williams, (1983) proponen una nueva medida de hostilidad, denominada *hostilidad compuesta*, obtenida a partir del Inventario de hostilidad (Ho) de Cook y Medley (1954), principal instrumento utilizado para medir la hostilidad. El Ho consta de siete subescalas: *cinismo*, *sentimiento hostil*, *respuestas agresivas*, *atribución hostil*, *evitación social* y *otros*. La escala de Hostilidad Compuesta estaría conformada por las subescalas de *cinismo*, *sentimiento hostil y respuestas agresivas*. La hostilidad compuesta parece recoger la dimensión más cognitiva del inventario (Larson y Langer, 1997; **Boyle, Williams, Mark, Brummett, Siegler, Helms y Barefoot, 2004).** Por otra parte, más recientemente, Helmers y Krantz (1996) proponen la posibilidad de que la hostilidad, en interacción con otras variables, podría ser un mejor predictor de la reactividad cardiovascular que la hostilidad por sí sola. Concretamente, la interacción de la hostilidad y la defensividad, entendida esta última como la tendencia a reprimir aspectos de uno mismo no aceptados socialmente, podría ser considerada como el más importante criterio para predecir la reactividad cardiovascular.

La combinación de la hostilidad y la defensividad ha dado lugar a la aparición de nuevos trabajos con el objetivo de estudiar la relación entre la Hostilidad y la EC. En el momento presente, esta combinación conceptual parece ser una de las posibilidades más prometedoras para mostrar la relación que existe entre los factores psicosociales y las EC a través de la reactividad psicofisiológica.

A la hora de medir este nuevo constructo se ha empleado la combinación de dos instrumentos clásicos. Por una parte, para medir la hostilidad, se ha utilizado la escala de hostilidad Ho (Cook-Medley, 1954), mientras que, para medir la defensividad, se ha utilizado el cuestionario de deseabilidad social de Marlowe y Crowne (CRP) (Crowne y Marlowe, 1964).

Algunos trabajos previos, realizados con pacientes con enfermedades coronarias, ponen de relieve que aquellos pacientes que obtienen altas puntuaciones en hostilidad defensiva muestran mayores índices de isquemia durante una situación de estrés mental, mayor daño por perfusión y una mayor duración de la isquemia durante las actividades diarias (Helmers, Krantz, Bairey, Klein, Kop, Gottdiener y Rozanski, 1995). Así mismo, un estudio de campo realizado con personal sanitario muestra una mayor reactividad cardiaca por parte de las personas con alta hostilidad defensiva cuando deben hacer frente a situaciones de estrés (Jamner, Shapiro, Goldstein y Hug, 1991). Estos resultados, generalmente obtenidos a partir de situaciones reales, parecen encontrar respaldo en los escasos trabajos realizados en el laboratorio (Jorgensen, Abdul-Karim, Kahan y Frankowsi, 1995; Shapiro, Goldstein y Jammer, 1995; Helmers y Krantz, 1996; Larson y Langer, 1997), en los que se aprecia la existencia de un subgrupo de personas, caracterizado por una elevada "Hostilidad Defensiva", que muestra una mayor reactividad cardiovascular. Frente a estas personas se encontraría otro subgrupo caracterizado por una baja hostilidad y una alta defensividad que mostraría una menor reactividad cardiovascular.

De forma sintética, las dos conclusiones que se pueden extraer de los trabajos comentados se refieren a dos aspectos. Por una parte, las personas con hostilidad defensiva muestran valores más elevados en la presión sanguínea en las situaciones de estrés (Helmers y Krantz, 1996), aunque, más recientemente, Helmers especifica que es la presión sistólica el índice que mejor refleja la elevada activación de los individuos hostiles defensivos (Mente y Helmers, 1999). Por otra parte, las personas hostiles defensivas muestran una mayor reactividad general durante la fase de tarea que el resto de grupos que se pueden formar cuando se combinan las variables de hostilidad y defensividad (Larson y Langer, 1997). No obstante, como se ha podido apreciar en estos trabajos, también son variadas las inconsistencias encontradas, inconsistencias que, al menos en parte, proceden de las distintas tareas utilizadas para medir las variables cardiovasculares.

Estos resultados parecen sugerir la pertinencia de ampliar el espectro de investigaciones destinadas a afianzar la asociación entre variables psicológicas y reactividad cardiovascular, entendiendo que este último aspecto es el nexo de unión entre aquéllas y las enfermedades cardiovasculares. Es decir, parece pertinente establecer si la Hostilidad Defensiva puede ser considerada como el componente tóxico en relación con la enfermedad cardiovascular.

Hay ciertos aspectos en los trabajos comentados que quedan sin aclarar: (1) si bien consideran las fases de reposo -o de adaptación previa a la tarea- y de tarea, de forma sistemática dejan sin considerar la fase de recuperación; (2) en los diseños de laboratorio, generalmente se suele utilizar como tarea experimental alguna actividad de estrés ficticio; (3) la actividad que se va a realizar suele tener una duración relativamente corta -por término medio, en torno a los cinco minutos.

El factor de la metodología psicofisiológica

Es evidente que los procedimientos psicofisiológicos se han convertido en un elemento imprescindible de las investigaciones psicológicas a la hora de comprobar la eventual implicación de las variables psicológicas en el riesgo de enfermedad. De forma genérica, el parámetro estudiado ha sido la reactividad. Siendo importante el nivel de activación que posee un organismo en un momento dado, parece tener más relevancia observar la forma que tiene ese organismo de adaptarse a las exigencias que le impone el medio ambiente en el que lleva a cabo su actividad diaria. Esto es: la forma de responder a la demanda de una situación de estrés. La

reactividad psicofisiológica tiene que ver con los ajustes del organismo a las condiciones cambiantes de su medio ambiente.

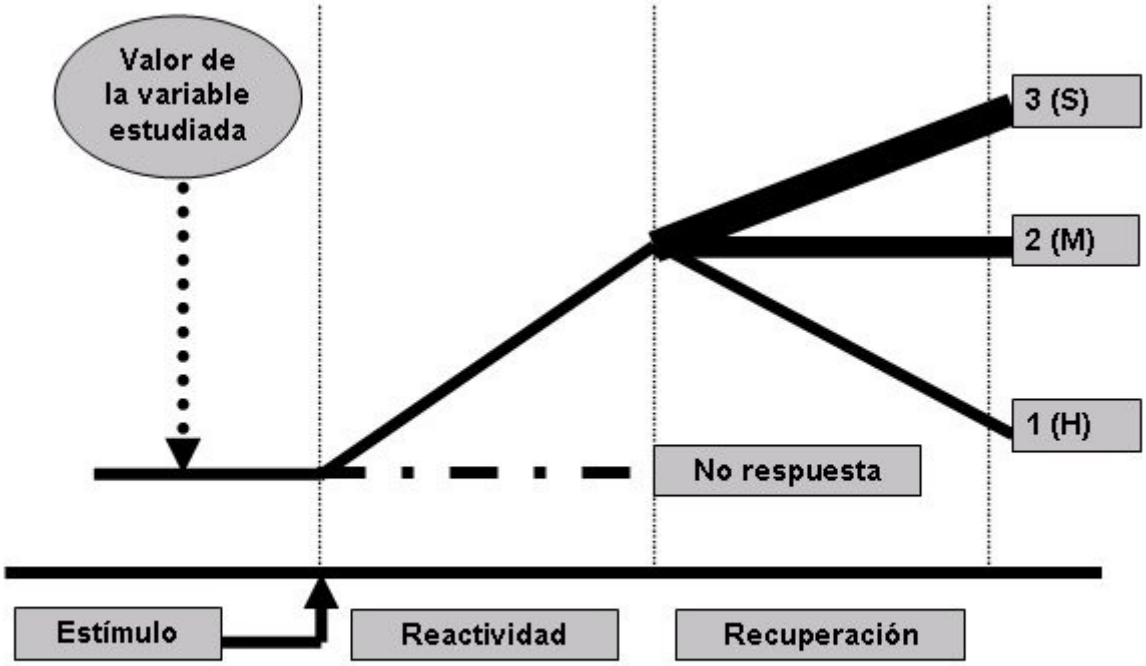
La importancia de la reactividad ha llevado a que se trate de perfilar las características de la misma, ya que, de no ser así, es difícil interpretar los resultados heterogéneos que muchas veces se obtienen. Así, se puede hablar de reactividad cardiovascular en un sentido amplio, estableciendo que el sistema cardiovascular funciona para proporcionar los nutrientes necesarios a los distintos tejidos que conforman el organismo de un individuo. Para conseguir este objetivo, el sistema cardíaco y el sistema vascular funcionan de una manera combinada para garantizar el éxito. Lógicamente, el sistema cardiovascular se encuentra en una incesante reactividad, pues incesantes son también las distintas necesidades a las que tiene que responder. En un sentido más restrictivo, el que procede de la investigación básica de laboratorio, la reactividad cardiovascular se refiere a los cambios fisiológicos que, desde una línea base o fase de reposo, se producen como consecuencia de algún agente estresor o estímulo particular (Palmero, Breva y Landeta, 2002).

La investigación realizada hasta nuestros días ha puesto de relieve que los individuos en quienes se aprecia una reactividad muy intensa se encuentran con un mayor riesgo de sufrir trastornos cardiovasculares de muy diversa índole (Manuck, Kasprowicz, Monroe, Larkin y Kaplan, 1989; Manuck y cols., 1992). El argumento que se defiende, se refiere a la *estereotipia de respuesta*: si la reactividad cardiovascular es una característica fisiológica estable y consistente en un individuo, es lógico encontrar los mismos patrones de respuesta cada vez que el individuo se enfrenta a una situación de estrés. Lógicamente, con algunas limitaciones, las situaciones de laboratorio pueden ser consideradas como un procedimiento que aporta información acerca del funcionamiento fisiológico de un individuo en la vida real (Allen, Sherwood, Obrist, Crowell y Grange, 1987; Allen y Matthews, 1997). Aquellos individuos cuyo patrón de funcionamiento cardiovascular se caracterice por la manifestación de grandes respuestas son los que, con el paso del tiempo, es probable que experimenten alguna disfunción cardiovascular (Everson, Kaplan, Goldberg y Salonen, 1996; Markovitz, Raczynski, Wallace, Chettur y Chesney, 1998).

Para medir la reactividad cardiovascular, hay que tener en cuenta, al menos, dos factores. Por una parte, los índices cardiovasculares que se eligen para realizar la medición propiamente dicha. Por otra parte, la metodología empleada para establecer lo que es la reactividad. En cuanto a los índices elegidos para medir la reactividad, la frecuencia cardiaca, la presión sistólica y la presión diastólica son los que con mayor frecuencia se utilizan. En cuanto al procedimiento metodológico empleado para calcular la reactividad, son varias las posibilidades, aunque existen dos que son las que con mayor frecuencia se llevan a cabo: la de los valores basales preestimulares y la de los valores basales de adaptación. La ley de los niveles basales es imprescindible para entender la significación de la reactividad cardiovascular, ya que, si la medida de la reactividad refleja el grado de cambio desde un periodo de reposo hasta una situación de respuesta por efecto del estrés, lo relevante es localizar la mejor forma de medir ese cambio para establecer la significación del mismo.

A nuestro modo de ver, en este apartado de metodología psicofisiológica queda por resolver un aspecto que consideramos crucial: la duración de la reactividad. Es decir, siendo importante, que sin duda lo es, la magnitud de la respuesta que ofrece el organismo cuando aparece un estímulo o situación que supone un peligro o riesgo de desequilibrio, tan importante o más resulta el tiempo que invierte ese organismo en retornar a sus valores basales previos a la situación que provocó su

respuesta. En la Figura 3 se muestran las tres posibilidades de respuesta psicofisiológica tras la aparición de un estímulo importante.

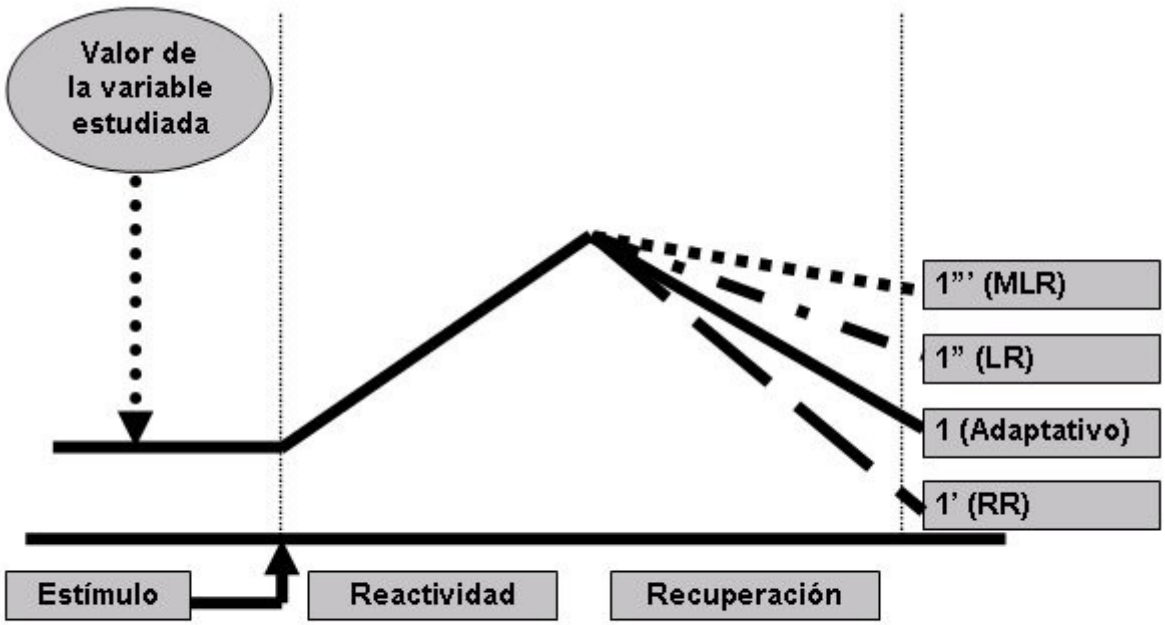


Modalidades de recuperación

Como se puede apreciar, de las tres posibilidades, hay una, el denominado patrón 1 (habituación), que sí que es adaptativo, ya que el individuo, después de ofrecer la respuesta, va recuperando progresivamente sus valores basales. Las otras dos posibilidades no son adaptativas, pues, en un caso, patrón 2 (mantenimiento), después de ofrecer la respuesta al estímulo en cuestión, el individuo se mantiene con el mismo nivel de que alcanzó al responder, mientras que, en el otro caso, patrón 3 (sensibilización), los valores de la variable en cuestión van incrementándose a medida que pasa el tiempo.

Como fácilmente se desprende de la representación gráfica, sólo el patrón 1 puede ser considerado saludable, y así queda reflejado en los distintos trabajos que han utilizado este tipo de diseño experimental. En cierta forma, es la consecuencia lógica de la incorrecta consideración y control de la metodología psicofisiológica. Esto es, de los tres parámetros fundamentales en psicofisiología -frecuencia, intensidad y duración-, se ha utilizado de forma genérica la intensidad (a mayor intensidad, mayor riesgo); se ha utilizado con mucha profusión también la frecuencia (a mayor frecuencia, mayor riesgo); incluso se ha utilizado con notable asiduidad la combinación de la intensidad y la frecuencia. Sin embargo, son muy escasos los trabajos en los que se considera la duración de la respuesta. Y, a nuestro juicio, es un grave error, pues esta circunstancia podría explicar una parte importante de la heterogeneidad de los resultados obtenidos. El tiempo que tarda un individuo en recuperar sus valores basales es, además, un tiempo de exposición

del organismo a los efectos de las sustancias liberadas con la ejecución de la respuesta. Y estos efectos puede que no sean tan adaptativos transcurrido un tiempo prudencial. La Figura 4 ilustra lo que tratamos de decir.



Tipos de recuperación adaptativa

Esto es, sobre el patrón 1, que es la forma prototípica de respuesta adaptativa, podemos dibujar distintas posibilidades, todas ellas podrían recibir la notación de "*perfil adaptativo*", pues en todas ellas se aprecia la tendencia a la recuperación de los valores basales previos a la situación que provocó la respuesta. Sin embargo, todos convendremos que, dentro del abanico de posibles perfiles adaptativos, hay algunos que lo son más que otros, la recuperación puede producirse de forma rápida (RR), de forma lenta (LR), incluso de forma muy lenta (MLR). Hablando en todo caso de patrones adaptativos, al menos desde la formulación teórica, podríamos establecer una gradación adaptativa que iría desde la respuesta más adaptativa (patrón RR) hasta la menos adaptativa (patrón MLR). De este modo, cabría la posibilidad de pensar que el hecho de considerar sólo la intensidad de la respuesta, sin tener en cuenta la duración de la misma, estuviera enmascarando el auténtico papel que pudiera jugar la hostilidad en el mayor o menor riesgo de sufrir un trastorno cardiovascular.

En un trabajo reciente (Palmero, Breva y Landeta, 2002), utilizando la hostilidad y la defensividad como variables independientes, formamos cuatro grupos de personas: grupo con alta hostilidad y alta defensividad, grupo con alta hostilidad y

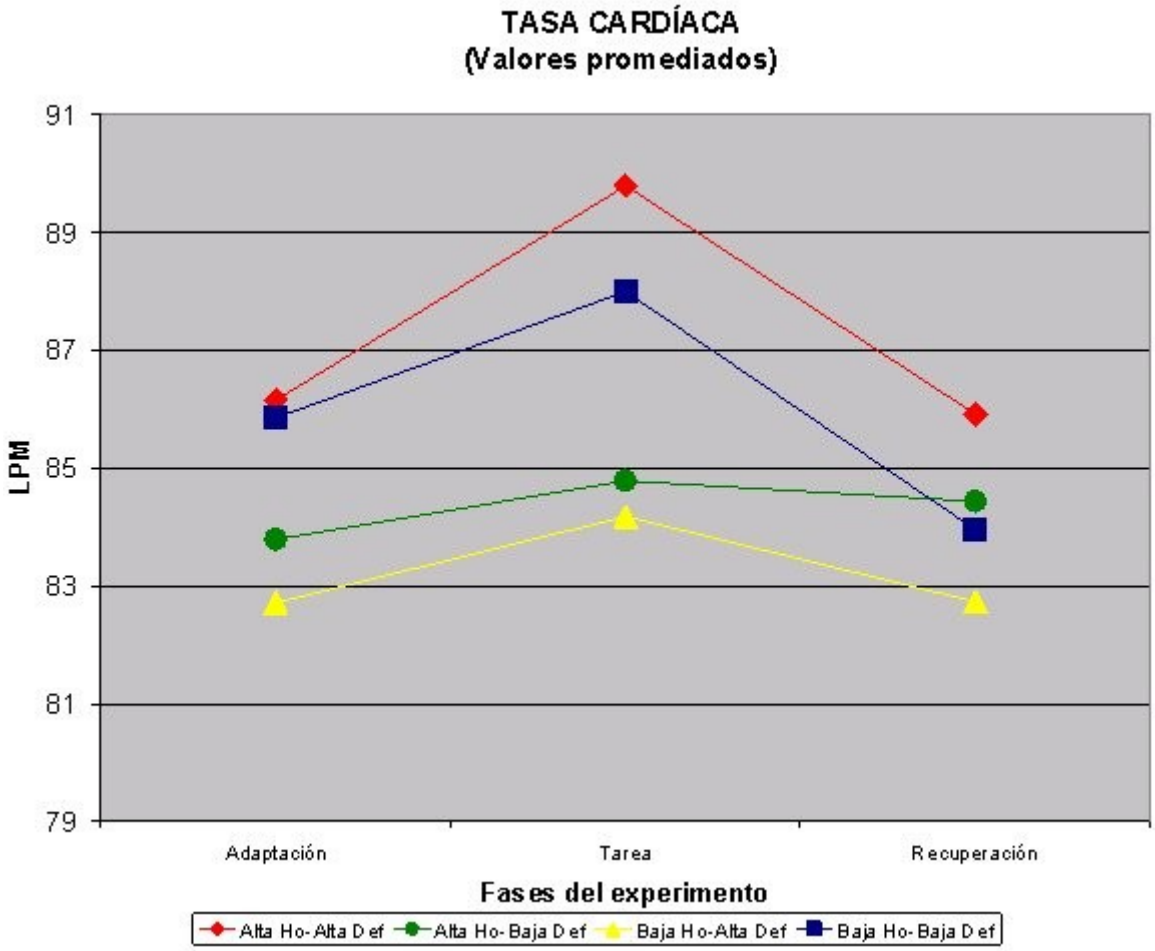
baja defensividad, grupo con baja hostilidad y alta defensividad, grupo con baja hostilidad y baja defensividad.

Para la medición de la hostilidad, se utilizó la escala compuesta del *Inventario Cook-Medley de Hostilidad (Ho)*, que, como ya hemos indicado, está formada por las subescalas de *cinismo*, *sentimiento hostil* y *respuestas agresivas*. Para medir la defensividad, se utilizó el *Cuestionario de Deseabilidad Social* de Marlowe y Crowne.

Los índices psicofisiológicos estudiados fueron la frecuencia cardiaca, la presión sistólica y la presión diastólica.

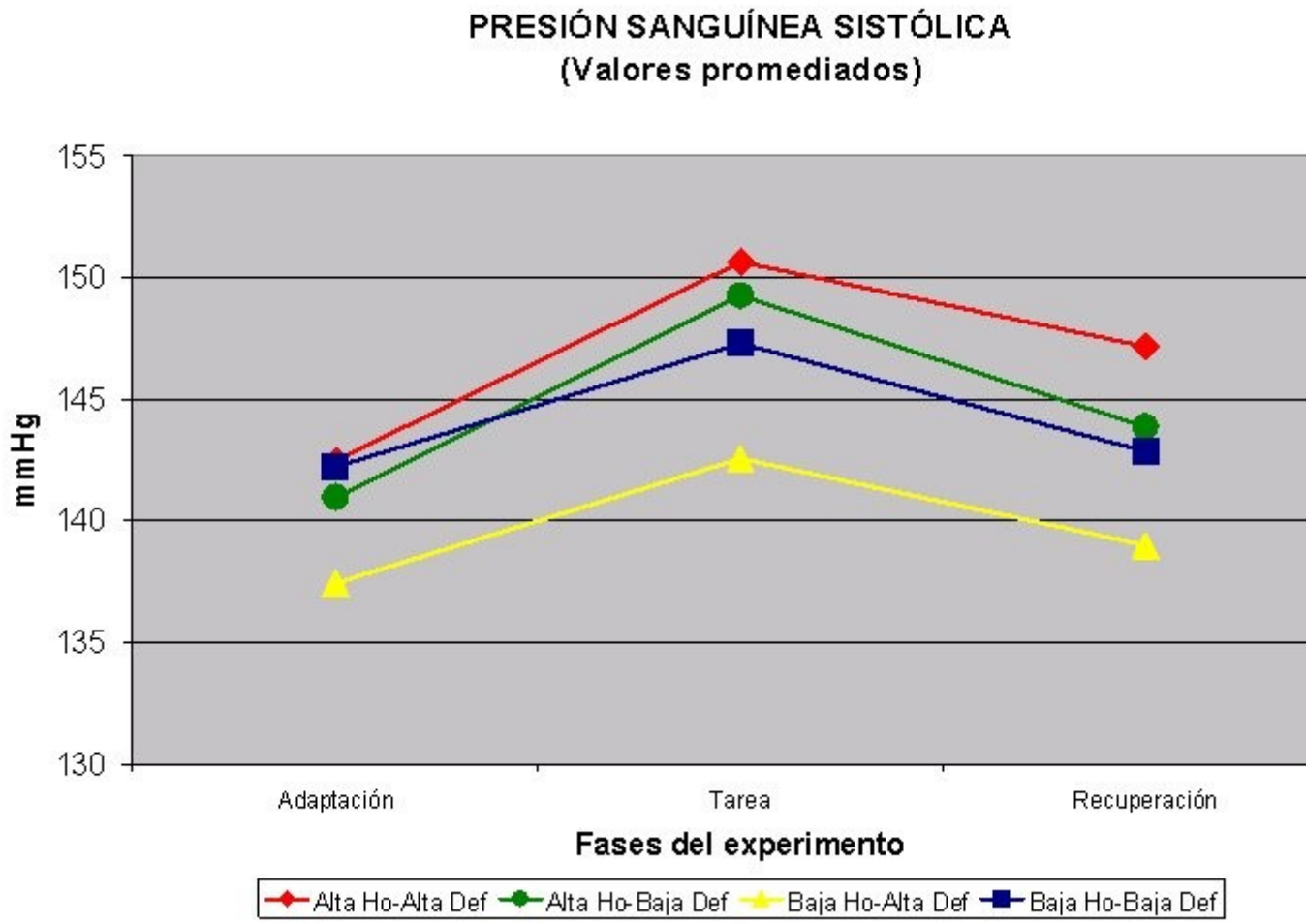
Pudimos comprobar que el grupo con alta hostilidad y alta defensividad obtiene los mayores valores en las tres fases y en las tres variables estudiadas. Nuestros resultados coinciden con los obtenidos en los pocos trabajos previos, en los que se encuentra que las personas hostiles defensivas obtienen mayores valores en la fase de tarea (Larson y Langer, 1997; Mente y Helmers, 1999). Además, dentro de la prudencia que debe caracterizar este tipo de investigaciones, nuestros resultados amplían los hallazgos disponibles, pues, al incluir la fase de recuperación, hemos podido constatar que este grupo de individuos tarda más en recuperarse tras la situación de estrés; eso es lo que denotan los mayores valores encontrados durante la fase de recuperación.

En cuanto a la tasa cardíaca, la Figura 5 permite apreciar los perfiles de los cuatro grupos de personas.



La tasa cardiaca aporta información interesante. La existencia de un efecto de interacción entre hostilidad y defensividad en la fase de tarea nos indica que, con la utilización de la hostilidad sola, no habría aparecido ninguna diferencia significativa, hecho que pudimos comprobar con los análisis pertinentes. Son datos que sustentan la hipótesis referida a la superioridad de la hostilidad defensiva, respecto a la hostilidad sola, para predecir el funcionamiento cardiovascular. Los perfiles que aparecen son claramente adaptativos, aunque el hecho de que los individuos hostiles defensivos muestren los valores más elevados durante la fase de recuperación denota que dicho perfil es el menos adaptativo de los cuatro.

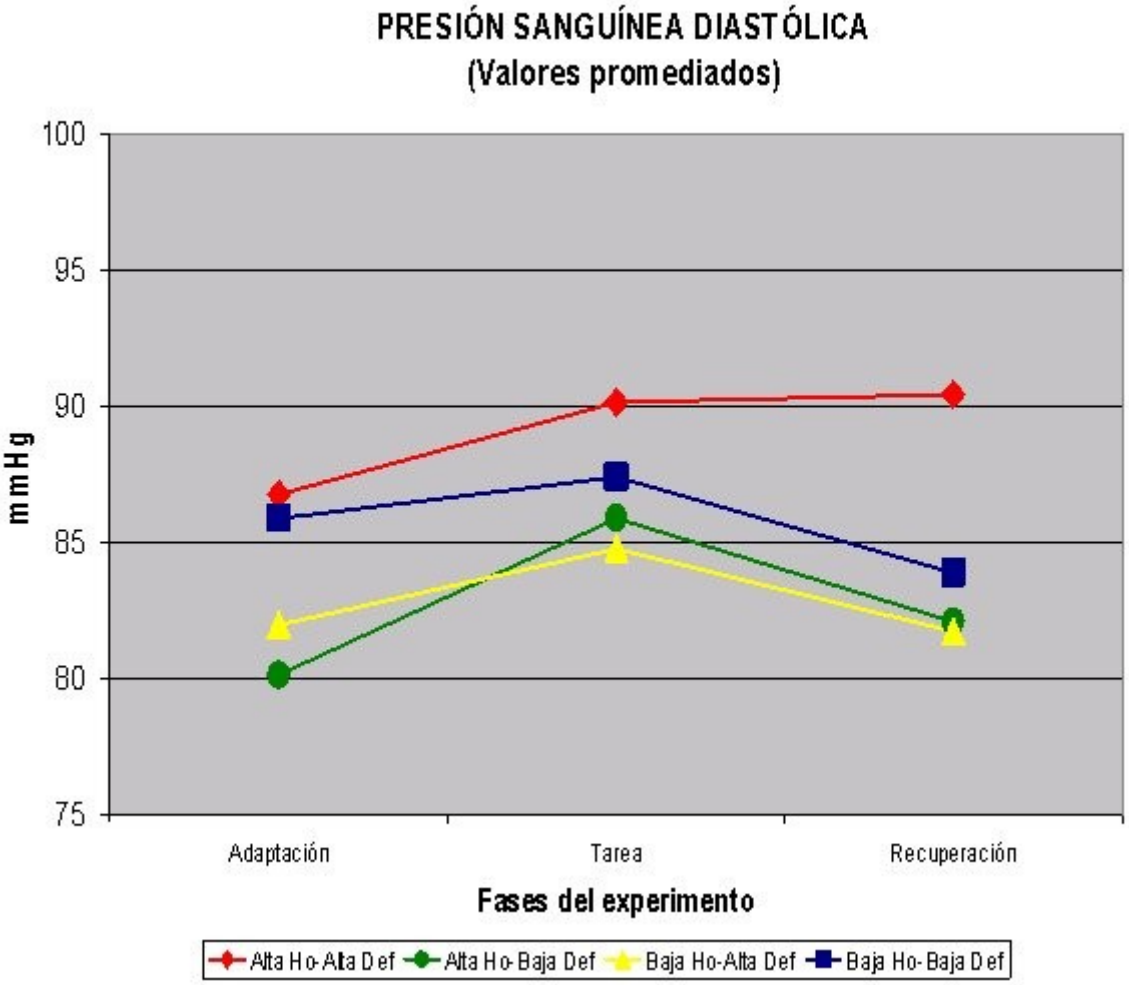
Algo parecido ocurre con la presión sistólica. En la Figura 6 se muestran los perfiles de los cuatro grupos.



En este caso, se aprecia la existencia de efectos principales para la variable hostilidad, tanto en la fase de tarea como en la fase de recuperación, lo que significa que las personas que puntúan alto en hostilidad, como grupo general, obtienen valores más elevados que las personas bajas en hostilidad. El hecho de que el grupo de personas hostiles defensivas sea el que obtiene esos valores más elevados, de nuevo, coincide con los trabajos previos realizados en el ambiente de

laboratorio (Jorgensen y cols., 1995; Shapiro y cols., 1995; Helmers y Krantz, 1996), confirma nuestra hipótesis, y nos lleva a proponer que la hostilidad defensiva, más que la hostilidad sola, predice mejor el funcionamiento cardiovascular en situaciones de estrés.

Por lo que respecta a la presión diastólica, estimamos que es el índice en el que aparecen resultados más interesantes. La Figura 7 muestra los perfiles de los cuatro grupos.



Como se aprecia en la figura, además de la existencia de los efectos de interacción entre las variables de hostilidad y defensividad en las fases de tarea y de recuperación, hecho que denota los importantes valores que obtiene el grupo alto en hostilidad y defensividad, es interesante reseñar que este grupo rompe la tendencia a la habituación que se aprecia en los restantes grupos y en los restantes índices cardiovasculares. Es un hecho notable, pues el perfil de los individuos hostiles defensivos no es adaptativo, ya que se aprecia un incremento en la fase de recuperación respecto a los valores obtenidos en la fase de tarea. A nuestro modo de ver, la presión diastólica, si bien sigue la pauta de las otras variables durante la fase de tarea, es la variable más importante para detectar el funcionamiento cardiovascular de los individuos hostiles defensivos en la fase de recuperación.

En suma, la situación actual en el estudio de la relación entre hostilidad y riesgo de enfermedad cardiovascular parece decantarse hacia la localización de nuevos horizontes que puedan ayudar a perfilar el verdadero papel que juegan las variables psicológicas en general, y las afectivas en particular. La hostilidad defensiva representa uno de los nuevos ámbitos en los que este tipo de estudios pueden aportar información relevante. En este mismo sentido, otra de las orientaciones más recientes, también relacionada con la hostilidad defensiva, está abriéndose camino en el momento presente. En ella se establece la probable existencia de una forma particular de afrontamiento, genéricamente denominada *Personalidad Tipo D*, que se caracteriza por una marcada tendencia a la afectividad negativa y por una clara restricción, incluso inhibición completa, de la interacción social. Se ha podido comprobar que esta forma concreta de comportamiento puede predecir la ocurrencia de futuros trastornos cardiovasculares (**Pedersen, van Domburg, Theuns, Jordanes y Erdman, 2004;** Denollet, 2005; Sher, L. (2005). Son aspectos atractivos que merecen ser explorados.

Conclusión

Nadie puede discutir que las enfermedades cardiovasculares se ven claramente influenciadas por los factores clásicos de riesgo aportados por el modelo bio-médico. No obstante, como quiera que resultan insuficientes para explicar la elevada incidencia observada en este tipo de enfermedades, parece evidente recurrir a otro tipo de variables o factores. Entre este tipo de nuevos factores, se encuentra, qué duda cabe, la hostilidad. Ahora bien, falta por dilucidar una serie de aspectos que, a nuestro modo de ver, son esenciales.

En el plano de la dimensión conceptual y teórica, es necesario establecer qué componente de la hostilidad, o qué interacción entre hostilidad y alguna otra variable, posee la mayor capacidad predictiva del riesgo de enfermedad cardiovascular.

En el plano de la dimensión metodológica, son varios los aspectos a tener en cuenta. (1) Unificar criterios para conformar las muestras; esto es, a la hora de decidir si un individuo es categorizado como hostil o no hostil, es necesario establecer protocolos homogéneos para poder comparar los resultados obtenidos en distintas investigaciones. (2) En los experimentos de laboratorio, es conveniente utilizar situaciones de estrés real, ya que, cuanto más se aproximen las simulaciones de laboratorio a la situación real, tanto mayor será el ajuste de las respuestas psicofisiológicas de la situación de laboratorio a las respuestas psicofisiológicas que muestran los individuos habitualmente. (3) En el plano de la dimensión psicofisiológica, es necesario homogenizar, hasta donde se pueda, los procedimientos de registro psicofisiológico: a) en lo que se refiere a los parámetros seleccionados para los estudios, b) en lo referido a la metodología de medición de dichos los parámetros, c) en lo referido a la consideración de la duración de la respuesta, y no sólo la intensidad de la misma.

Referencias

Allen, M.T. y Matthews, K.A. (1997). Hemodynamic responses to laboratory stressors in children and adolescents: The influences of age, race, and gender. Psychophysiology, 34, 329-339.

Allen, M.T., Sherwood, A., Obrist, P.A., Crowell, M.D. y Grange, L.A. (1987). Stability of cardiovascular reactivity to laboratory stressors: A 2 ½ year follow-up. Journal of Psychosomatic Research, 31, 639-645.

Allen, M.T., Stone, C.M., Omens, J.F. y Matthews, K.A. (1993). Hemodinamic adjustments to laboratory stress: The influence of gender and personality. Psychosomatic Medicine, 55, 505-517.

Barefoot, J.C., Dahlstrom, W.C. y Williams, R.B. (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25 year follow-up study of physicians. Psychosomatic Medicine, 45, 59-63.

Boyle, S.H.; Williams, R.B.; Mark, D.B.; Brummett, B.H.; Siegler, I.C.; Helms, M.J. y Barefoot, J.C. (2004). Hostility as a predictor of survival in patients with coronary artery disease. Psychosomatic Medicine, 66: 629-632.

Carroll, D., Smith, G.D., Sheffield, D., Shipley, M.J., Marmot, M.G. (1997). The relationship between socio-economic status, hostility, and blood pressure reactions to mental stress in men: Data from the Whitehall II Study. Health Psychology, 16, 131-136.

Cook, W.W. y Medley, D.M. (1954). Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI. Journal of Applied Psychology, 38, 414-418.

Crowne, D. P. y Marlowe, D. (1964). The approval motive: Studies in evaluative dependence. New York: Wiley.

Daviglus, M.L.; Liu, K.; Greenland, P. y Dyer, A.R. (1998). Benefit of a favorable cardiovascular risk factor profile in middle age with respect to Medicare costs. New England Journal of Medicine, Oct. 15, 339 (16), 1122-1129.

Davis, M.C.; Matthews, K.A. y McGrath, C.E. (2000). Hostile attitudes predict elevated vascular resistance during interpersonal stress in men and women. Psychosomatic Medicine, 62: 17-25.

Dembroski, T.M. y MacDougall, J.M. (1983). Behavioral and psychophysiological perspectives on coronary-prone behavior. En T.M. Dembroski, T.M. Schmidt y G. Blumchen (eds.): Biobehavioral Bases of Coronary Heart Disease (pp. 106-129). Basel: Karger.

Dembroski, T.M., MacDougall, J.M., Costa, P.T. y Grandits, G.A. (1989) Components of Hostility as predictors of sudden death and myocardiacal infarction in the multiple risk factoros intervention trial. Pscyhosomatic Medicine, 51, 514-521.

Denollet, J. (2005). Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. Psychosomatic Medicine, 67: 89-97.

Eaker, E.D.; Sullivan, L.M.; Kelly-Hayes, M.; D'Agostino, R.B. y Benjamin, E.J. (2004). Anger and hostility predict the development of atrial fibrillation in men in the Framingham offspring study. Circulation, 109: 1267-1271.

Eng, P.M.; Fitzmaurice, G.; Kubzansky, L.D.; Rimm, E.B. y Kawachi, I. (2003). Anger expression and risk of stroke and coronary heart disease among male health professionals. Psychosomatic Medicine, 65: 100-110.

Espinosa, M.; Breva, A. y Palmero, F. (1996). Modelos de reactividad y propensión a la enfermedad cardiovascular en sujetos Tipo A y Tipo B. En F. Palmero y A. Breva (coords.): Trastornos Cardiovasculares. Influencia de los Procesos Emocionales (pp. 375-397). Valencia: Promolibro.

Everson, S.A., Kaplan, G.A., Goldberg, D.E., & Salonen, J.T. (1996). Anticipatory blood pressure response to exercise predicts future high blood pressure in middle-aged men. Hypertension, 27, 1059-1064.

Frankenhaeuser, M. (1979). Psychoneuroendocrine approaches to the study of emotion as related to stress and coping. En R. A. Dienstbier (Ed.): Nebraska Symposium on Motivation (pp.123-161). Lincoln: University of Nebraska Press.

Frankenhaeuser, M. (1981). Coping with stress and work. International Journal of Health Services, 2, 491-510.

Friedman, H.S. y Rosenman, R.H. (1974). Type A behavior and your heart. Nueva York: Knopf.

Friedman, M. y Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular finding. Journal of the American Medical Association, 169, 1286-1296.

Gallacher, J.E.; Sweetnam, P.M.; Yarnell, J.W.; Elwood, P.C. y Stansfeld, S.A: (2003). Is Type A behavior really a trigger for coronary heart disease events? Psychosomatic Medicine, 65: 339-346.

Hällström, T., Lapidus, L., Bengtsson, C. y Edström, K. (1986). Psychosocial factors and risk and ischemic heart disease and death in women: A twelve year follow-up of participants in population study of women in Gothenburg, Sweden. Journal of Psychosomatic Research, 30, 451-459.

Haynes, S.G., Feinleib, M. y Kannel, W.B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study: III: Eight year incidence of coronary heart disease. American Journal of Epidemiology, 111, 37-54.

Hearn, M., Murray, D. y Luepker, R. (1989). Hostility, coronary heart disease, and total mortality: A 33-year follow-up study of university students. Journal of Behavioral Medicine, 12, 105-121.

Hecker, M.H., Chesney, M.A. Black, G.W. y Frautschi, N. (1988). Coronary-prone in the Western Collaborative Group Study. Psychosomatic Medicine, 50(2), 153-164.

Helmers, K. F., Krantz, D. S., Merz, C. N. B., Klein, J., Kop, W. J., Gottdiener, J.S. y Rozanski, A. (1995). Defensive hostility: Relationship to multiple markers of cardiac ischemia in patients with coronary disease. Health Psychology, 14, 202-209.

Helmers, K.F. y Krantz, D.S. (1996). Defensive hostility, gender and cardiovascular levels and responses to stress. Annals of Behavioral Medicine, 18, 246-254.

Jamner, L.D., Shapiro, D. Goldstein, I.B. y Hug, R. (1991). Ambulatory blood pressure and heart rate in paramedics: Effects of cynical hostility and defensiveness. Psychosomatic Medicine, 51, 285-289.

Jenkins, C. D., Rosenman, R. H. y Friedman, M (1966). Components of the coronary-prone behavior pattern: their relation to silent myocardial infarction and blood lipids. Journal of Chronic Diseases, 19, 599-606.

Johnson, E.H. (1990) The deadly Emotions. The Role of Anger, Hostility and Agression in Health and Emotional Well-being. Nueva York: Praeger.

Jorgensen, R.S.; Abdul-Karim, K.; Kahan, T.A. y Frankowsi, J.J. (1995). Defensiveness, cynical hostility and cardiovascular reactivity: A moderator analysis. Psychotherapy and Psychosomatics, 64(3-4), 156-161.

Kamarck, T.W. y Lovallo, W.R. (2003). Cardiovascular reactivity to psychological challenge: Conceptual and measurement considerations. Psychosomatic Medicine, 65: 9-21.

Kaplan, J. R., Manuck, S. B., Adams, M. R., Weingand, K. W. y Clarkson, T. B. (1987). Inhibition of coronary atherosclerosis by propanolol in behaviorally predisposed monkeys fed an atherogenic diet. Circulation, 76, 1364-1372.

Kaplan, J. R., Manuck, S. B., Clarkson, T.B., Lusso, F.M., Taub, D.M. y Miller, E.W. (1983). Social stress and atherosclerosis in normocholesterolemic monkeys. Science, 220, 733-735.

Kelsey, R.M. (1993). Habituation of cardiovascular reactivity to psychological stress: Evidence and implications. En J. Blascovich y E.S. Katkin (eds.): Cardiovascular Reactivity to Psychological Stress and Disease (pp. 135-153). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Keys, A. y Taylor, H. L. (1971). Mortality and coronary heart disease among men studied for 23 years. Archives of Internal Medicine, 128, 201-214.

King K.B. (1997). Psychologic and social aspects of cardiovascular disease. Annual of Behavioral Medicine, 19, 264-270.

Landeta, O., Barrenetxea, A., Corral, S. y Otero, J. (1998). Componente expresivo de hostilidad y reactividad al estrés. Ansiedad y Estrés, 4, 215-225.

Larson, M.R. y Langer, A.W. (1997). Defensive hostility and anger expression: relationship to additional heart rate reactivity during active coping. Psychophysiology, 34, 177-184.

Lawler, K.A., Harralson, T.L., Armstead, C.A. y Schmied, L.A. (1993). Gender and cardiovascular responses: What is the role of hostility?. Journal of Psychosomatic Research, 37, 603-613.

Leon, G.R., Finn, S.E., Murray, D.M. y Bayley, J.M. (1988). The inability to predict cardiovascular disease from hostility scores or MMPI items related to Type behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 597-600.

Llabre, M.M., Spitzer, S. Siegel, S., Saab, P.G. y Schneiderman, N. (2004). Applying latent growth curve modeling to the investigation of individual differences in cardiovascular recovery from stress. Psychosomatic Medicine, 66: 29-41.

MacDougall, J.M., Dembroski, T.M. y Krantz, D.S. (1981). Effects of types of challenge on pressor and heart rate response in Type A and Type B women. Psychophysiology, 18, 1-9.

MacDougall, J.M., Dembroski, T.M., Dimsdale, J.E. y Hackett, T.P. (1985). Components of Type A, hostility, and anger-in: Further relationships to angiographic findings. Health Psychology, 4, 137-152.

Manuck, S. B., Kaplan, J. R. y Clarkson, T. B. (1983). Behaviorally induced heart rate reactivity and atherosclerosis in cynomolgus monkeys. Psychosomatic Medicine, 45, 95-108.

Manuck, S. B., Kaplan, J. R. y Matthews, K. A. (1986). Behavioral antecedents of coronary heart disease and atherosclerosis. Arteriosclerosis, 7, 485-491.

Manuck, S. B., Kaplan, J. R., Adams, M. R. y Clarkson, T. B. (1989). Behavioral elicited heart rate reactivity and atherosclerosis in female cynomolgus monkeys. Psychosomatic Medicine, 51, 306-318.

Manuck, S. B., Olsson, G., Hjemdahl, P. y Rehnqvist, N. (1992). Does cardiovascular reactivity to mental stress have prognostic value in postinfarction patients? A pilot study. Psychosomatic Medicine, 54, 102-108.

Manuck, S.B., Kasprowicz, A.L., Monroe, S.M., Larkin, K.T. y Kaplan, J.R. (1989). Psychophysiologic reactivity as a dimension of individual differences. En N. Schneiderman, S.M. Weiss y P.G. Kaufmann (Eds.): Handbook of Research Methods in Cardiovascular Behavioral Medicine (pp. 365-382). Nueva York: Plenum.

Markovitz, J.H., Raczynski, J.M., Wallace, D., Chettur, V., & Chesney, M.A. (1998). Cardiovascular reactivity to video game predicts subsequent blood pressure increases in young men: The CARDIA study. Psychosomatic Medicine, 60, 186-191.

Maruta, T., Hamburgen, M.E., Jenkins, C. A., Offord, K.P., Colligan, R.C., Frye, R.L. y Malinchoc, M. (1993). Keeping hostility in perspective: Coronary heart disease and the hostility scale on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Mayo Clinic Proceedings, 68, 109-114.

Matthews, K.A., Glass, D.C., Rosenman, R.H. y Bortner, R.W. (1977). Competitive drive, pattern A, and coronary heart disease: A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. Journal of Chronic Disease, 30, 489-498.

McCraine, E.W., Watkins, L.O., Bandsma, J.N. y Sisson, B.D. (1986). Hostility, Coronary Heart Disease incidence, and total mortality: lack of Association in a 25 years Follow-up Study of 478 physicians. Journal of Behavioral Medicine, 9, 119-125.

Mente, A. y Helmers, K.F. (1999). Defensive hostility and cardiovascular response to stress in young men. Personality and Individual Differences, 27(4), 683-694.

Myrtek, M. (1995). Type A behavior pattern, personality factors, disease, and physiological reactivity: A meta-analytic update. Personality and Individual Differences, 18, 491-502.

Palmero, F., Codina, V. y Rosel, J. (1993) Psychophysiological activation, reactivity, and recovery in Type A and Type B scores when in a stressful laboratory situation. Psychological Reports, 73, 803-811.

Palmero, F., Espinosa, M. y Breva A. (1995) Psicología y salud coronaria: Historia de un trayecto emocional. Ansiedad y Estrés, 1-2, 37-55

Palmero, F.; Breva, A. y Landeta, O. (2002). Hostilidad defensiva y reactividad cardiovascular en una situación de estrés real. Ansiedad y Estrés, 8(2-3), 115-142.

Pedersen, S.S.; van Domburg, R.T.; Theuns, D.; Jordaens, L. y Erdman, R. (2004). Type D Personality is associated with increased anxiety and depressive symptoms in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners. Psychosomatic Medicine, 66: 714-719.

Powell, L.H. y Thoresen, C.E. (1985). Behavioral and physiologic determinants of long-term prognosis after myocardial infarction. Journal of Chronic Diseases, 38, 253-263.

Rosenman, R. H. (1996). Factores motivacionales y emocionales en el Patrón de Conducta Tipo A. En F. Palmero y V. Codina (Eds.): Trastornos Cardiovasculares: Influencia de los Procesos Emocionales (pp. 89-112). Valencia: Promolibro.

Rosenman, R.H. y Chesney, M.A. (1980). The relationship of Type A behavior pattern to coronary heart disease. Activas Nervosa Superior, 2, 1-45.

Rosenman, R.H. y Friedman, M. (1961) Association of specific behavior pattern in women with blood and cardiovascular findings. Circulation, 24, 1173-1184.

Rosenman, R.H. y Palmero, F. (1998) Ira – hostilidad, apoyo social y trastornos coronarios. En F. Palmero y E.G. Fernández – Abascal (Eds.) Emociones y adaptación. Barcelona: Ariel.

Rosenman, R.H., Brand R.J.; Jenkins, C.D., Friedman, M., Strauss, R. y Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study. Final follow up experience of 8½ years. JAMA, 233, 872-877.

Rutledge, T.; Reis, S.E.; Olson, M.; Owens, J.; Kelsey, S.F.; Pepine, C.J.; Reichek, N.; Rogers, W.J.; Merz, C.; Sopko, G.; Cornell, C.E. y Matthews, K.A. (2001). Psychosocial variables are associated with atherosclerosis risk factors among women with chest pain: The WISE study. Psychosomatic Medicine, 63: 282-288.

Schiffer, F., Hartley, L. H., Schulman, C. L. y Abelmann, W. H. (1976). The quiz electrocardiogram: A new diagnostic and research technique for evaluating the relation between emotional stress and ischemic heart disease. American Journal of Cardiology, 37, 41-47.

Shapiro, D., Goldstein, I.B. y Jammer, L.D. (1995). Effects of anger/hostility, defensiveness, gender, and family history of hypertension on cardiovascular reactivity. Psychophysiology, 32, 425-435.

Shekelle, R.B., Gale, M. Ostfeld, A.M. y Paul O. (1983). Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality. Psychosomatic Medicine, 45, 109-114.

Sher, L. (2005). Type D Personality: the heart, stress, and cortisol. QJM, 98(5): 323-329.

Siegman, A.W. (1994) From type A to Hostility to Anger: reflections on the hystory of coronary-prone behavior. En A.W. Siegman y T.W. Smith (Eds.) Anger, Hostility and the Heart (pp. 1-21) Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Siegman, A.W., Anderson, R., Herbst, J., Boyle, S. y Wilkinson, J. (1992). Dimensions of anger-hostility and cardiovascular reactivity in provoked and angered men. Journal of Behavioral Medicine, 15, 257-272.

Sloan, R.P.; Bagiella, E.; Shapiro, P.A.; Kuhl, J.P.; Chernikhova, D.; Berg, J. y Myers, M.M. (2001). Hostility, gender, and cardiac autonomic control. Psychosomatic Medicine, 63: 434-440.

Smith, T.W. y Allred, K.D. (1989). Blood pressure responses during social interaction in high and low cynically hostile males. Journal of Behavioral Medicine, 12, 135-143.

Steptoe, A., Cropley, M. y Joekes, K. (2000). Task demands and the pressures of everyday life: Associations between cardiovascular reactivity and work blood pressure and heart rate. Health Psychology, 19, 46-54.

Steptoe, A. y Whitehead, D.L. (2005). Depression, stress, and coronary heart disease: the need for more complex models. Heart, 91: 419-420.

Strike, P.C. y Steptoe, A. (2005). Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: A systematic review and critique. **Psychosomatic Medicine**, 67: 179-186.

Suárez, E. y Williams, R. (1989). Situational determinants of cardiovascular and emotional reactivity in high and low hostile men. Psychosomatic Medicine, 51, 404-418.

Suárez, E. y Williams, R. (1990). The relationships between dimensions of hostility and cardiovascular reactivity as a function of task characteristics. Psychosomatic Medicine, 52, 558-570.

Suárez, E., Williams, R., Kuhn, C., Zimmerman, E. y Schanberg, S.M. (1991). Biobehavioral basis of coronary-prone behavior in middle-aged men. Part II: serum cholesterol, the Type A behavior pattern, and Hostility as interactive modulators of psychological reactivity. Psychosomatic Medicine, 53, 528-537.

Suárez, E.C., Harlan, E., Peoples, M.C. y Williams, R.B. (1993). Cardiovascular and emotional responses in women: the role of hostility and harassment. Health Psychology, 12, 459-468.

Suls, J. y Wan, C.K. (1993). The relationship between trait hostility and cardiovascular reactivity: A quantitative review and analysis. Psychophysiology, 30, 615-626.

Williams, R.B., Barefoot, J.C. y Shekelle, R.B. (1985). The health consequences of hostility En M. A. Chesney y R. H. Rosenman (eds.). Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral Disorders (pp. 173-185). Washington, DC: Hemisphere.

Williams, R.B., Barefoot, J.C., Haney, T.L., Lee, K.L., Kong, Blumenthal, J.A. y Whalen, R.E. (1980). Type A behavior, hostility, and coronary atherosclerosis. Psychosomatic Medicine, 42, 539-549.

TALLER MULTIDISCIPLINARIO DIRIGIDO A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ASMA Y SUS PADRES BASADO EN LA GUÍA INTERNACIONAL PARA EL MANEJO DEL ASMA (GINA)

Georgina E. Bazán Riverón
Mirna Patricia Paredes Rivera
Maricela Osorio Guzmán
Académica de la FES Iztacala. UNAM.

¿Qué es GINA?

En 1992, se crea el *GINA* (Global Iniciative for Asthma), con la finalidad de establecer un modelo de clasificación basado en la severidad de la enfermedad y de tratamiento escalonado en cuatro pasos. En este sentido las Guías para el manejo del Asma se convierten en instrumentos útiles para optimizar la labor diagnóstica y el tratamiento en el cuidado del paciente, además de tener un papel importante en la educación de los profesionales de la salud, representando un esfuerzo por uniformar los criterios de diagnóstico y manejo de la enfermedad.

Su mensaje puede resumirse diciendo que para el control del asma son necesarios tres pilares fundamentales: Un diagnóstico correcto, un tratamiento adecuado e individualizado y la educación al paciente asmático de una forma progresiva y continuada.

Definición de Asma por GINA:

En 1992 por consenso de especialistas a nivel mundial: Asma es una enfermedad crónica inflamatoria con episodios de obstrucción reversible de las vías aéreas, y diversos grados de hiper-reactividad.

Incidencia Mundial:

- El Asma afecta a 300 millones de personas en el mundo, cifra que según un estudio prospectivo puede crecer en más de los 100 millones para el año 2025.

- En cuanto a la mortalidad, más de 180 mil personas mueren cada año a causa de esta enfermedad

Incidencia en América central y México:

- Sólo en América central y del sur 40 millones de personas tienen asma.

- El asma afecta a todos los grupos de edades, pero se desarrolla más frecuentemente en la niñez, mostrando una incidencia creciente.

- En México cerca del 10% de la población la padece, de los cuales 40% es menor de 15 años.

- En México la prevalencia hasta 1997 era relativamente baja, sin embargo, en este año 120,000 personas fueron diagnosticadas.

- Se estima que Arriba de 4,000 personas mueren de asma cada año en México.

Justificación

- Un paciente con inadecuado control del asma, tiene un alto ausentismo laboral o escolar, o presenta un rendimiento por debajo de su nivel óptimo, es incapaz de participar en actividades deportivas o de esparcimiento.

- El paciente asmático con un adecuado tratamiento de sostén y educación puede llevar una vida normal.

Actualmente cualquier intento por educar al paciente asmático debe derivarse de la Guía internacional para el manejo del asma (GINA), y se debe atender el asma dirigiendo esfuerzos a áreas medulares de este padecimiento, proporcionando a quien la padece la posibilidad de un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, y las habilidades para manejar la enfermedad, desde una perspectiva multidisciplinaria.

Metodología:

Objetivo: Mejorar la calidad de vida de pacientes con asma mediante un programa de educación basado en la GINA

Variables:

Variable Independiente:

Intervención: Inducción a la enfermedad: definición del padecimiento, esquemas de tratamiento, prevención, asma-vida social, asma-deporte.

Variable dependiente:

- Número de visitas no programadas con el neumólogo

- Frecuencia de aparición de crisis registrado

- Disminución de factores de riesgo.

- Nivel de conocimientos de los padres

- Adherencia al tratamiento

- Ausentismo escolar

Sujetos: Participaron 10 pacientes con asma de edades entre 1,5 - 6 años y sus padres, y se siguió a un grupo testigo de 10 pacientes y sus padres en mismo rango de edad. Aplicando un pre post, para ambos grupos. Se revisaron las historias clínicas con 6 meses de antelación, a la fecha, para obtener las visitas no programadas, crisis, factores de riesgo y se aplico un cuestionario de 10 reactivos sobre el conocimiento de los papas sobre el asma. Los datos de adherencia terapéutica y ausentismo escolar se captaron mediante entrevista.

Ambiente: Se trabajó en la sala de rehabilitación pulmonar del Centro de Atención y Actualización Pulmonar (CAAP).

Instrumentos de Evaluación:

Programa clinical@40 para record de visitas no programadas y número de crisis

Instrumento que evalúa adherencia

Inventario de modificación de factores de riesgo.

Diseño:

Se empleó un diseño pre-postest con grupo testigo.

Procedimiento:

<u>Etapa 1</u>

Criterio de selección mediante el programa clinical@40 el cual presenta el record de los pacientes:

- Se seleccionó un grupo en rango de edad 1.5 a 6 años de edad.

- Aquellos que han asistido de manera no programada a consultas con el neumólogo en los últimos 6 meses,

- Presencia de más de 4 crisis en el mismo tiempo

- Baja adherencia

- Resistencia al cambio de estilo de vida y evitación de factores de riesgo

<u>Etapa 2</u>

Se convocó al Taller a padres e hijos con una duración de 5 horas, tratando los siguientes tópicos: Inducción a la enfermedad, adherencia al tratamiento, tratamiento de sostén, prevención de crisis, factores de riesgo.

Etapa 3

Evaluación inicial del conocimiento de los padres y record de programa clinical@40, con relación a los indicadores mencionados.

Etapa 4

Las estrategias de intervención del Taller vivencial:

- Instrucción

- Dinámicas grupales y por díadas (padre- hijo)

- Modelamiento mediante un personaje infantil ficticio.

Etapa 5

Comparación del conocimiento de los padres y record de programa clinical@40 a seis meses de la aplicación.

Análisis de resultados

Se aplicará la prueba t para medidas independientes para identificar si el tratamiento tuvo algún efecto sobre el grupo experimental, asimismo se harán comparaciones en relación a las variables seleccionadas en el pre-postest, mediante la prueba t de student para medidas relacionadas e independientes y la estadística descriptiva pertinente.

Resultados

Los estadísticos obtenidos de la tabla 1 a la 4, muestran: Medidas de tendencia central y de dispersión en los cuatro indicadores manejados 1. Visitas no programadas, 2. Conocimiento de los padres, 3. Frecuencia de Crisis y 4. Disminución de factores de riesgo que fundamentan la homogeneidad de los grupos testigo y experimental en el pretest. En relación al postest, se observan diferencias considerables entre ambos grupos mediante el estadístico "t". Los datos sobre adherencia terapéutica y ausentismo escolar mostraron inconsistencias por lo cual no se presentan en este estudio, ya que deberán ser cotejados y comprobados.

Mediante el estadístico t de student se observa:

- Que en la comparación entre pre y postes del grupo experimental los 4 indicadores muestran diferencias significativas (tabla 5).

- Que en la comparación entre pre y postes del grupo testigo 3 indicadores no muestran diferencias solo el indicador factores de riesgo muestra valores significativos (tabla 6).

- Que los grupos testigo y experimental son homogéneos en el pretest, y en la contrastación del postest las diferencias si son estadísticamente significativas (tabla7).

Tabla 1- Estadísticos descriptivos de la categoría: visitas no programadas en el pre y postes para los dos grupos: experimental y testigo

VISITAS NO PROGRAMADAS				
	Grupos			
	Pretest		**Postest**	
Estadísticos	Experimental	Testigo	Experimental	Testigo
Media	14	13.5	9.4	12.8
Desviación	3.590109871	2.592724864	2.366431913	3.675746334
Varianza	12.88888889	6.722222222	5.6	13.51111111

Tabla 2- Estadísticos descriptivos de la categoría: conocimiento de los padres en el pre y postes para los dos grupos: experimental y testigo.

CONOCIMIENTO DE PADRES				
	Grupo			
	Pretest		**Postest**	
Estadísticos	Experimental	Testigo	Experimental	Testigo
Media	45.5	51	73.5	48.5
Desviación	15.5366949	15.5991453	11.7968922	10.8140855
Varianza	241.388889	243.333333	139.166667	116.944444

Tabla 3- Estadísticos descriptivos de la categoría: crisis en el pre y postespara los dos grupos: experimental y testigo

CRISIS				
	Grupo			
	Pretest		Postest	
Estadísticos	Experimental	Testigo	Experimental	Testigo
Media	7.5	6.6	3.1	6
Desviación	1.64991582	2.17050941	1.197219	3.64005494
Varianza	2.72222222	4.71111111	1.43333333	13.25

Tabla 4- Estadísticos descriptivos de la categoría: factores de riesgo en el pre y postesen ambos grupos: experimental y testigo

FACTORES DE RIESGO				
	Grupo			
	Pretest		Postest	
Estadísticos	Experimental	Testigo	Experimental	Testigo
Media	9.5	8.2	3.1	7.1
Desviación	1.3540064	1.8135294	1.197219	2.84604989
Varianza	1.83333333	3.28888889	1.43333333	8.1

Tabla 5- Prueba t de student aplicada al grupo experimental en pre y postest de las cuatro categorías

PRUEBA T DE STUDENT PRE Y POSTEST EN GRUPO EXPERIMENTAL				
Categorías	Visitas no programadas	Conocimiento de padres	Crisis	Factores de riesgo
Valor prueba t	0.000206037*	0.000727699*	0.000135318*	0.000003192*

*p < 0.01

Tabla 6- Prueba t de student aplicada al grupo testigo en pre y postest de las cuatro categorías

PRUEBA T DE STUDENT PRE Y POSTEST EN GRUPO TESTIGO				
	Visitas no programadas	Conocimiento de padres	Crisis	Factores de riesgo
Valor prueba T	0.321635756	0.320359319	0.149744949	0.02855459*

*p < 0.05

Tabla 7- Prueba t de student contrastando grupo control y experimental en condiciones de postest.

.

	CONTRASTE DE GRUPO TESTIGO Y EXPERIMENTAL	
Categorías	**Pretest**	**Postest**
Visitas	0.725212201	0.024265394*
Conocimiento	0.439823064	0.000105736**
Crisis	0.310358295	0.028899771*
Factores de riesgo	0.085999286	0.000677126**

*p < 0.05 **p < 0.01

Conclusiones

Mediante el empleo del estadístico t:

- Se corrobora la homogeneidad de los grupos testigo y experimental en el pre test.

- Se comprueba la efectividad del taller aplicado pues las diferencias del postest entre ambos grupos son significativas estadística y clínicamente, lo cual fue evaluado por el grupo mutidisciplinario con alta confiabilidad entre observadores superior al 80%.

Los resultados muestran que la intervención fue exitosa lo cual se atribuye al trabajo mutidisciplinario entre pediatra-neumólogos y psicólogos.

Hallazgos importantes

Mediante el análisis descriptivo se observa para las visitas no programadas que hubo una ligera disminución en el grupo experimental.

-Para el nivel de conocimiento de los padres hubo un aumento en el grupo experimental.

- En relación al promedio de ocurrencia de las crisis, éste disminuye en más de la mitad en el grupo experimental. A diferencia grupo testigo pues hubo un ligero descenso en el número de crisis registrados a seis meses del taller, pero se atribuye a los solos efectos del tratamiento farmacológico, pues durante la consulta los pacientes muestran deficiente cambio comportamental, es mas, se identificó que la medida de los padres para disminuir las crisis radica en el aislamiento de los niños de las actividades cotidianas (no van a la escuela, no salen a jugar; sin embargo no se modifican hábitos de tabaquismo en la familia o no se retiran de la casa alergenos como peluches cortinas, tapetes y mascotas), ignorando los aspectos del tratamiento de sostén que incluyen eliminación de factores de riesgo.

- En cuanto al promedio de los factores de riesgo éste disminuye considerablemente en el grupo experimental, como ya se mencionó en el punto anterior.

- Finalmente, la fundamentación y el trabajo multidisciplinario que respaldan el taller se ve reflejado en los importantes cambios evaluados como significativos tanto estadísticamente como clínicamente, por todos los miembros del equipo de trabajo.

Referencias

Baeza-Bacab M.A., Rebolledo-Fernández C.A. (1998) Elaboración de un cuestionario para evaluar el conocimiento sobre el asma infantil en estudiantes de medicina. Rev. Alergia Méx.; 45 (2): 49-53.

Castro-Rodríguez J.A., Holberg CJ, Wright AL, Martínez FD. A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing. Am. J. Respir. Crit. Care. Med. 2000; 162: 1403-1406.

Galán I, Martínez M. En cesta de prevalencia de asma de la Comunidad de Madrid. Documentos técnicos de Salud Pública nº 20, 1994

Grupo Regional de Trabajo sobre el Asma Infantil en Atención Primaria de Asturias. Prevalencia de asma diagnosticado en la población infantil en Asturias. An. Esp. Pediatr. 1999; 51(5): 479-484

INEGI (2000) Boletín de Información Estadística No. 20. Vol.II, Daños a la salud, 2000. México, D.F. 2001 (medios magnéticos) SSA.

Lara Pérez E. A. (2002) Clínica del asma ¿en realidad es útil?. Alergias, asma e Inmunología pediátricas Vol. 11, No. 2. Mayo – Agosto.

Martínez F.D. Asthma and wheezing in the first six years of life. N. Engl. J. Med 1995; 332: 133-138.

Olmedo P. J. M. (2000) El papel del médico de familia en el control del asma. Medicina de Familia Vol. 1, No. 1 Junio 59-67-

Pérez M. J. (2001) Educación Para La Prevención De La Morbilidad y Mortalidad Del Asma. Revista Alergia México 2001; Vol. 48(5):124-125.

Pérez M. J. (2001) Terapia combinada en asma. Revista Alergia México 2001; Vol. 48 (4): 101-102.

Segura M. N., Del Rivero L., Olvera, J., Espínola R. G., Villagrán R. G., Vázquez N. L., Torres Salazar A. B., Salas R. M. (2001) El uso de las guías internacionales de diagnóstico y Tratamiento del asma (GINA) en la práctica clínica de los médicos familiares. Revista Alergia México; Vol. 48(6):159-162.

CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS

Rebeca Robles García y Francisco Páez Agraz
Instituto Jalisciense de Salud Mental

Resumen

El tratamiento idóneo de la Diabetes Mellitus debe incluir intervenciones psicológicas al régimen médico tradicional. Actualmente se dispone de técnicas psicológicas específicas y efectivas para optimizar el auto cuidado y control metabólico, para prevenir o disminuir la depresión y/o ansiedad, y para tratar problemas relacionados, como trastornos sexuales o control de peso corporal. En este capítulo se describen estas técnicas, se propone una intervención grupal para mejorar la calidad de vida de los pacientes, y se concluye con una invitación para que los profesionales dedicados particularmente a la atención clínica consulten y aprovechen la vasta información científica que existe en este campo.

Introducción

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica de alta prevalencia mundial y con un elevado impacto general sobre la calidad de vida de los sujetos que la padecen. En las últimas décadas se ha puesto en evidencia la necesidad y utilidad del tratamiento multidisciplinario de esta enfermedad. Las contribuciones de la psicología de la salud en este terreno son especialmente alentadoras.

En términos generales, las intervenciones psicológicas para pacientes con DM se han diseñado para alguno o varios de los siguientes objetivos: 1) optimizar el monitoreo de glucosa en sangre, 2) aumentar la adherencia al tratamiento médico de la enfermedad, 3) tratar problemas relacionados con la enfermedad, como los trastornos sexuales o el incremento en el peso corporal, 4) controlar las emociones negativas como enojo, depresión y ansiedad, y/o 5) incrementar la calidad de vida de estos pacientes.

En este capítulo se describirán estas aportaciones de la psicología en el manejo de la DM, y se presenta una propuesta de tratamiento psicológico integral, breve, estructurado y grupal para estos pacientes. Para ello, en los diferentes apartados del texto, que corresponden a las aplicaciones más importantes de la terapia psicológica para estos pacientes, se describen las técnicas que han demostrado ser de mayor utilidad al respecto.

A continuación presentaremos una breve descripción de las características de la DM, que sirva de preámbulo a la exposición de las intervenciones emanadas de la Psicología Clínica y de la Salud para el tratamiento de esta enfermedad.

Diabetes Mellitus

Definición.

La Diabetes Mellitus (DM) se define como una enfermedad endocrina y metabólica de curso crónico, que se caracteriza por una producción insuficiente de insulina pancreática y/o insulina no efectiva, lo que resulta en una anormal elevación de azúcar en sangre o hiperglicemia.

La hiperglicemia se relaciona con deterioros visuales, cambios en el humor, y deshidratación, y cuando está presente por un largo periodo de tiempo se asociada con enfermedad vascular, neuropatía, disfunción renal, daño visual e hipertensión. Por esta razón el infarto al miocardio es la causa más común de muerte en pacientes con DM. El estado fisiológico opuesto, la hipoglucemia aguda (presencia de índices francamente bajos de azúcar en sangre) puede producir irritabilidad, episodios de ansiedad, desorientación y coma (Pohl, Gonder-Frederick y Cox, 1984)

Existen dos tipos de DM: 1) La Diabetes juvenil, tipo I, o insulino dependiente, y 2) la de adulto, tipo II, o no insulino dependiente. En la DM tipo I el páncreas no produce insulina, probablemente debido a un proceso auto inmune. En la DM Tipo II, que está asociada a la obesidad y a factores genéticos, el cuerpo se vuelve resistente a la insulina, y la producción de insulina es insuficiente para cubrir los requerimientos del mismo (American Diabetes Association, 1996).

En términos generales, el tratamiento de la DM incluye: 1) auto monitoreo de niveles de glucosa en sangre y/o en orina, 2) toma de medicamentos (hipoglucemiantes orales) o insulina parenteral, 3) dieta estricta y cuidado del peso corporal, 4) ejercicio, y 5) visitas a diferentes especialistas de la salud.

Intervenciones psicológicas para optimizar el monitoreo de glucosa en sangre

El auto monitoreo u observación y registro de los niveles de glucosa en sangre o en orina es una de las actividades centrales del tratamiento de los pacientes con DM. Esta actividad debe realizarse varias veces al día, pues determina en buena medida los pasos subsecuentes del tratamiento.

Existen intervenciones psicológicas dirigidas a optimizar esta actividad, entre las que destacan, por su efectividad y sencillez de aplicación, las emanadas desde la perspectiva conductual. La investigación en esta área permite concluir que: 1) La mayoría de los pacientes puede aprender a auto monitorear o detectar cambios importantes en los niveles de glucosa en sangre; 2) Los síntomas físicos y emocionales son útiles para detectar la disminución de niveles de glucosa en sangre; 3) Los síntomas físicos y emocionales asociados a los niveles bajos de glucosa en sangre son idiosincrásicos; y 4) Es necesario que los entrenamientos (y tecnología) en monitoreo de glucosa en sangre incluyan información acerca de las acciones que debe realizar el paciente cuando detecta anormalidades (Bradley, 1997).

Cox, Gonder-Frederick y cols (1994) desarrollaron un entrenamiento en auto monitoreo de niveles de glucosa en sangre que ha demostrado ser sumamente efectivo para que los pacientes detecten índices anormales de azúcar y optimicen su control metabólico. El entrenamiento consiste en enseñar el uso del monitor de glucosa en sangre, los síntomas asociados a las puntuaciones del mismo, y las claves ambientales y el estado anímico relacionado con las variaciones de glucosa en la sangre.

Intervenciones psicológicas para aumentar la adherencia al tratamiento médico

El régimen de tratamiento médico de la DM es francamente efectivo para que el paciente logre un control metabólico y evite consecuencias negativas de la enfermedad. Empero, una buena parte de los pacientes con DM muestra poca adherencia terapéutica. Los estudios sugieren que aproximadamente el 80% de los pacientes comete errores en la administración de insulina (Hulka, Cassel, Kupper, y Burdette, 1976), 75% de los pacientes tratados fracasan con el régimen dietario prescrito, 50% demuestran insatisfacción con el cuidado en la comida, 45% ejecutan incorrectamente la prueba de azúcar en orina (Watkins, Williams, Martin, Hogan y Anderson, 1967), y solo uno de cada tres pacientes insulino dependientes siguen el programa de tratamiento multifacético de su enfermedad (Cerkoney y Hart, 1980).

Entre las razones que explican esta pobre adherencia terapéutica destaca que el propio tratamiento es complejo, crónico y demandante, con la responsable del paciente. El régimen terapéutico de ambos tipos de DM incluye un gran repertorio de conductas, que generalmente no formaban parte de los hábitos anteriores del paciente. En estricto sentido, el tratamiento de la DM depende de la conducta del paciente, e implica un cambio substancial en su estilo de vida.

El paciente debe obedecer los requerimientos que demanda el manejo de la diabetes en el entendido de que de otra manera las complicaciones eventuales son prácticamente inevitables. En esta dirección, uno de los objetivos más importantes de las intervenciones psicológicas para estos pacientes es lograr una adecuada adherencia terapéutica.

Los primeros trabajos realizados al respecto se ocuparon de describir los factores relacionados con la adherencia al tratamiento y la conducta de auto cuidado en pacientes con Diabetes Mellitus. Estos factores pueden agruparse en tres grandes rubros: 1) características individuales del paciente, 2) factores familiares y sociales y 3) factores ambientales y contingencias conductuales (Cox y Gonder-Frederick, 1992).

Las características personales que se han relacionado con el auto cuidado y la adherencia al tratamiento incluyen: la ansiedad, la depresión (Nagasawa, Smith, Barnes y Ficham, 1990), ciertos rasgos de personalidad (Lustman, Frank y McGill, 1991), las habilidades de afrontamiento (Delamater, Kurts, Bubb, White y Santiago, 1987), las creencias acerca de la enfermedad, y las propias habilidades para el auto cuidado (Harris, Skyler, Linn, Pollack y Tewksbury, 1982; Glasgow, McCaul y Schafer, 1987).

Por su parte, los conflictos y disfunciones familiares son un predictor de pobre adherencia terapéutica en niños, y el soporte, cohesión y organización familiar se asocian con mejor adhesión a tratamiento y control metabólico (Hanson, Henggler y Burghen, 1987; Hauser, Jacobson, Lavori, Wolfsdorf, Herskowitz, Milley y Bliss,1990). De acuerdo a Jacobson y cols. (1991), la relación con l médico es otra influencia social importante para la adherencia.

Finalmente, entre los factores ambientales o "barreras para la adherencia" destacan el costo, tiempo y disponibilidad del tratamiento (Irvine, Saunders, Blank y Carter, 1990). Por otro lado, las contingencias ambientales negativas para la adherencia mas importantes son: el incremento en el riesgo de hipoglucemia o aumento de peso asociado a tratamientos intensivos, y el castigo que implica observar niveles

inadecuados de glucosa en sangre u orina ante la conducta de auto monitoreo (Jones, 1990).

En los últimos veinte años se ha incrementado el interés en el desarrollo de estrategias para aumentar la adherencia terapéutica de estos pacientes, y se han publicado una buena cantidad de estudios para determinar la efectividad de estas intervenciones (para una revisión de programas conductuales para niños y adultos en español ver: Fernández y Pérez, 1987; Olivares, Méndez, Bermejo y Ros, 1997; Beléndez, 1994). Sánchez y cols. (1998) demostraron, con base en un meta análisis de los estudios de terapia conductual para el tratamiento de la Diabetes en España, que las intervenciones diseñadas para fomentar la adherencia a tratamiento son las más efectivas (mayor tamaño de efecto) que las "pscioeducativas" o "mixtas" (que tienen otros objetivos terapéuticos).

Las estrategias conductuales efectivas para incrementar la adherencia terapéutica en una gran variedad de tratamientos médicos incluyen: 1) asignación de tareas específicas (en donde se defina claramente lo que debe hacerse), 2) entrenamiento en habilidades para desarrollar nuevas conductas relacionadas con el tratamiento, 3) Enlistar conductas específicas, 4) Jerarquizar las conductas de auto cuidado de acuerdo a las necesidades particulares del paciente, 5) Formular aproximaciones sucesivas al régimen de tratamiento ideal (y no pretender que el paciente adquiera todo el complejo patrón conductual de una sola vez), y 8) Reforzar las conductas nuevas que sean deseables para el tratamiento (Dunbar, Marshall y Hovell, 1979; Shelton y Levy, 1981).

Recientemente, Safren (2000) propuso una intervención cognitivo conductual para incrementar la adherencia al tratamiento que puede aplicarse a todas las enfermedades médicas y psicológicas (Life Steps Program). Este programa está basado en los modelos de Creencia de Salud (Health Belief Model) y de auto eficacia (Self Efficacy Model). En términos generales la intervención se compone de: a) Psicoeducación, para incrementar la credibilidad, confianza y expectativas del tratamiento; b) Modificación Cognitiva, para maximizar las estrategias de pensamiento adaptativo; c) Modificación Conductual, para identificar y cambiar las conductas que mantienen el problema identificado; y d) Práctica.

Intervenciones psicológicas para tratar problemas relacionados con la DM.

La Diabetes Mellitus, como la mayoría de las enfermedades crónicas, generalmente se acompaña de otras condiciones o problemas físicos que ameritan tratamiento médico y /o psicológico. Los trastornos sexuales y el sobrepeso acompañan frecuentemente a los adultos con Diabetes Mellitus.

Las contribuciones de la Psicología en este terreno han atraído la atención en las últimas décadas y resultan sumamente importantes, pues aún y cuando existen opciones farmacológicas y quirúrgicas para el tratamiento de los problemas sexuales y de sobre peso, estas intervenciones implican riesgos considerables de complicaciones para estos pacientes, y no así la terapia psicológica.

El trastorno sexual más frecuente en los pacientes con Diabetes Mellitus es sin duda el trastorno de erección en el varón (disfunción eréctil). Este problema se caracteriza por la incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual, lo que provoca un malestar acusado en la relación interpersonal. La terapia de grupo, la terapia de pareja, la hipnoterapia y la desensibilización sistemática son útiles para el tratamiento de este problema, y actúan reduciendo la ansiedad asociada a la actividad sexual (Becker, Jonson y Kavoussi, 2001; Leiblum y Rosen, 1991).

El peso corporal excesivo es otro de los problemas que frecuentemente aquejan a los pacientes con Diabetes Mellitus y resulta un obstáculo para el control efectivo de la enfermedad. Existen programas de tratamiento psicológico que han demostrado ser de suma utilidad para lograr una franca disminución de peso corporal en estos pacientes. Además, los programas impactan positivamente el control de la glucosa y reducen los riesgos de complicaciones vasculares. Estos programas incluyen una combinación de educación nutricional, técnicas de modificación conductual, y dietas muy bajas en calorías y ejercicio. Empero, el problema aún es el mantenimiento del bajo peso corporal, pues generalmente los pacientes vuelven a recuperar los kilos perdidos (Wing, 1993).

Intervenciones psicológicas para controlar emociones negativas

Sin duda alguna, una de las contribuciones más importantes del psicólogo clínico y de la salud en el tratamiento de las enfermedades crónicas, es su intervención para aliviar las quejas emocionales del paciente. Ello cobra vital importancia en el caso de la Diabetes Mellitus. Davis y cols. (1988) señalan que el estado psicológico del paciente con diabetes es el quinto predictor de mortalidad de esta enfermedad, y el mejor predictor de entre muchas variables clínicas y fisiológicas.

De acuerdo al estudio de Aikens y cols (1998), las razones principales para la referencia a tratamiento psicológico de los pacientes con Diabetes son: el estrés (21%), la depresión (17%), y los trastornos de ansiedad, entre los que destaca la fobia específica, el trastorno Obsesivo Compulsivo y el trastorno de Ansiedad Generalizada (4-8%).

Estrés y Diabetes Mellitus

Es bien sabido que el estrés juega un papel central en el curso de la diabetes (para una revisión extensa ver: Surwit y Schneider, 1983), y por ello el entrenamiento en manejo de estrés es prácticamente rutinario en el paquete de tratamiento convencional de esta enfermedad. Este tratamiento incluye, generalmente, un entrenamiento para que los pacientes aprendan a detectar sus muy particulares respuestas a diferentes eventos estresantes con base en el monitoreo de la glucosa en sangre y técnicas de relajación. El entrenamiento en manejo de estrés en general, y las técnicas de relajación en lo particular (en virtud de que pueden reducir la actividad adrenocortical: Jevning, Wilson y Davidson, 1978) han demostrado ser muy útiles para mejorar el control de glucosa en sangre y el bienestar general del paciente, y para reducir riesgos de complicaciones a largo plazo y los requerimientos de insulina (Fowler, Budzynski y Vandenbergh, 1976; Seeburg y DeBoer, 1980).

Depresión, Ansiedad y Diabetes Mellitus

Diversos estudios sugieren que la prevalencia de depresión es (seis veces) más alta en pacientes con diabetes en comparación con la población general (Weyerer, Hewer, Pfeifer-Kurda y Dilling, 1989; Popkin, Callies, Lentz, Colon y Sutherland, 1988; Tun, Nathan y Perimuter, 1990; Gavard, Lustman y Clouse, 1993); y que está asociada con pobre control de azúcar (Mazze, Lucido y Shamoon, 1984;

Vander Does, DeNeeling, Snoek, Costéense, Grootenhuis y Bouter, 1996; Lustman, Anderson, Freedland, Groot, Carney y Cluse, 2000), incremento en el riego de complicaciones médicas, y disminución en la adherencia a tratamiento (Lustman, Griffith y Clouse, 1988; Sachs, Spiess, Moser, Prager, Kunz y Schernthaner, 1991; Lustman, Griffith, Freedland, Gavard y Clouse, 1992).

La depresión es probablemente una de las variables que impacta de manera importante la calidad de vida de los pacientes con Diabetes (Lustman, Freddland, Griffith, Barnes, Miller, Anderson, McGrill, Rubin y Clouse, 1999).

Por su parte, los trastornos de ansiedad en pacientes con Diabetes Mellitus tienen una alta prevalencia a lo largo de la vida: 40.9% para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), del 26.3% para la fobia simple, del 15.8% para la agorafobia, 10.5% para la fobia social, 3.5% para trastorno de pánico, y de 0.9% para el Trastorno Obsesivo Compulsivo (Lustman, Griffith, Cluse y Cryer, 1986). Como podemos observar, el trastorno de ansiedad más común de esta población es sin duda el de ansiedad generalizada (TAG), y se ha demostrado que está asociado con pobre control metabólico (Turkat, 1982).

La Terapia Cognitivo Conductual se ha utilizado en últimas décadas y de forma muy exitosa, para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa, tanto en la población general, como en los pacientes con enfermedades crónicas.

Lustman y cols. (1998) demostraron que la Terapia Cognitivo Conductual para la Depresión (CBT; ver Beck, Rush, Shaw y Emeru, 1979) es efectiva para la remisión de síntomas depresivos en una muestra de pacientes con DM, y que impacta de forma positiva en sus índices de hemoglobina glucosilada.

Por su parte, Ellis (1997), autor de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC), y quien por cierto padece Diabetes Mellitus desde temprana edad, subraya la importancia de incorporar técnicas de la TREC en el tratamiento psicológico de la enfermedad, en tanto que permiten aumentar la tolerancia a la frustración, lograr la aceptación estoica de la enfermedad, y detener la auto denigración que caracteriza a estos pacientes.

Existen también intervenciones cognitivo conductuales específicas para los trastornos de ansiedad, que tienen por objetivo general el enseñar estrategias de afrontamiento para alterar los factores de mantenimiento de la ansiedad, -más que las causas etiológicas distales– (para una revisión de intervención para trastorno de ansiedad generalizada ver: Brown, O´Leary y Barlow, 1993; para trastorno de pánico y agorafobia ver Craske y Barlow, 1993; para trastorno obsesivo compulsivo ver Riggs y Foa, 1993, y para fobia social ver: Hope y Heimberg, 1993).

Cabe señalar que, sin duda alguna, el tratamiento más efectivo de la depresión y la ansiedad es la combinación de la psicoterapia con la medicación, por lo que resulta idóneo el trabajo conjunto de un médico psiquiatra y un psicólogo, -en este como en prácticamente todos los problemas de salud mental.

Intervenciones psicológicas para incrementar la calidad de vida

El control metabólico es sin duda uno de los barómetros más empleados para evaluar la efectividad del tratamiento médico y psicológico de la Diabetes Mellitus. Empero, éste no debe ser la única meta de una intervención terapéutica. La calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas puede y debe ser un objetivo de tratamiento tan importante como el control mismo de los síntomas físicos de la enfermedad.

El concepto "calidad de vida" hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos; y puede ser definida, en términos generales, como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo (Levi y Anderson, 1980).

La mayoría de los estudios de calidad de vida y Diabetes Mellitus son apenas descriptivos o tienen la finalidad de determinar la conveniencia de un tipo de tratamiento médico, en comparación con otro. Ello se debe en gran medida a que la evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus es francamente reciente. La primera forma de evaluación específica de calidad de vida para pacientes con Diabetes Mellitus fue desarrollada apenas en los años 80 por el grupo de Investigación DCCT (DQOL; Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1988).

En un escrutinio nacional se observó que los sujetos con diabetes de ambos tipos experimentaron un decremento importante en su calidad de vida en comparación con sujetos sanos (Stewart, Greenfield y Hays, 1989). Este hallazgo resulta consistente con el reportado por Wells y cols. (1988), quienes con base en un estudio psiquiátrico comunitario mostraron que los índices de depresión observados en pacientes con diabetes son más altos que los de la comunidad sana. Por su parte Jacobson y cols. (1994), demostraron que la calidad de vida de pacientes con Diabetes presenta un decremento en tanto que aumenta la severidad de complicaciones médicas de la enfermedad; y Wikby y cols. (1993), con base en un estudio longitudinal a dos años, determinaron que la calidad de vida influye en el control metabólico del paciente.

De esta manera, resulta importante dirigir esfuerzos especiales para consolidar el cuerpo de conocimientos en este campo, y particularmente para desarrollar y probar la efectividad de intervenciones psicológicas cuyo objetivo principal sea el de restaurar o mejorar la Calidad de Vida de estos pacientes.

En la actualidad, los autores del presente texto llevan a cabo un estudio de efectividad de una intervención psicológica grupal, breve y estructurada (manualizada) diseñada para mejorar la calidad de vida de pacientes con Diabetes Mellitus tipo II. Esta intervención está fundamentada en los principios de psicoterapia cognoscitivo conductual; es una aproximación activa, enfocada, directiva y de corta duración. En términos generales, el tratamiento consta de ocho sesiones de tres horas cada una, programadas semanalmente, que constituyen, a saber:

a) FASE INICIAL, que tiene por objeto el encuadre, la descripción detallada del modelo cognitivo conductual y de la intervención en particular, la evaluación de calidad de vida y otras variables psicológicas y médicas relacionadas, y la conceptualización de cada caso.

b) FASE INTERMEDIA, en donde se entrena a los usuarios en las habilidades de pensamiento y conducta necesarias para aumentar la calidad de vida, el auto cuidado, la adherencia a tratamiento médico y el control metabólico de la enfermedad, así como para prevenir o reducir sintomatología depresiva y ansiosa.

c) FASE FINAL, para la solución de problemas o quejas particulares, el cierre, la despedida y la evaluación final. Las técnicas que se emplean son: información, auto monitoreo, auto reforzamiento, entrenamiento en relajación muscular, entrenamiento es respiración profunda, asignación de ejercicios o tareas para casa,

e identificación y modificación de pensamientos irracionales y automáticos relacionados con el deterioro en cada una de las dimensiones de la calidad de vida, y con la depresión y/o ansiedad, por medio del auto registro de pensamientos, el diálogo socrático, el debate racional y el paro de pensamientos.

Conclusiones

La contribución de la psicología en el tratamiento de la Diabetes Mellitus es vasta. En la actualidad se dispone de intervenciones psicológicas efectivas para lograr el control metabólico y tratar los problemas físicos y psicológicos asociados a la enfermedad. Basta una búsqueda y lectura de la literatura internacional al respecto para darnos cuenta de que la intervención terapéutica por excelencia para la Diabetes Mellitus incluye el tratamiento psicológico, - además del régimen médico tradicional –

Empero, en México, como en la mayoría de los países en desarrollo y subdesarrollados, aún resulta raro que los pacientes con enfermedades crónicas en general (y con Diabetes Mellitus, en lo particular) puedan gozar de una atención psicológica especializada. Ello en virtud de que son pocos los profesionistas que cuentan con las habilidades necesarias para impartir las intervenciones que hemos expuesto, y generalmente el tratamiento implica un costo económico que el paciente no puede llevar a cabo.

En esta dirección resulta importante el entrenamiento de profesionales de la salud en estas técnicas y la disminución de costos de la intervención. Para ello puede ser útil la elaboración de manuales de terapia, para terapeutas y usuarios, que contengan la descripción precisa de intervenciones psicológicas grupales, breves e integrales. Esto es, intervenciones de bajo costo en tanto grupales y breves, que incluyan a la vez las técnicas útiles para aumentar adherencia a tratamiento médico, lograr un control metabólico de la enfermedad, prevenir o disminuir depresión y/o ansiedad, y aumentar la calidad de vida de estos pacientes.

Así mismo, es necesario que los estudios de la efectividad de las intervenciones psicológicas incluyan una descripción detallada de los objetivos, técnicas y actividades que se llevan a cabo en cada sesión de terapia. Se estima que menos del 1% de las publicaciones en revistas científicas de alto impacto contiene una descripción precisa de las intervenciones psicológicas sujetas a estudio.

Finalmente, y en relación a que existe evidencia considerable de que los profesionales que llevan a cabo terapia psicológica tienen una visión negativa o indiferente ante los hallazgos de la investigación (Williams e Irving, 1999), habremos de concluir haciendo una invitación, no tanto a la generación de conocimientos en el campo de la intervención psicológica para la DM, como a la consulta y aprovechamiento de la literatura científica al respecto por parte de los profesionales dedicados a la atención clínica de los pacientes con esta enfermedad.

Referencias

Aikens, J.E. y Wagner, L.I.. (1998). Diabetes mellitus and other endocrine disorders. En: Camic, P.M. y Knight, S.J. (Eds.), Clinical handbook of health psychology: A practical guide to effective interventions. Seatle: Hogrefe & Huber Publishers.

American Diabetes Association (1996). Vital statistics. Alexandria: American Diabetes Association.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. NY: Guilford.

Becker, J., Johnson, B. y Kavoussi, R. (2001). Trastornos sexuales y de la identidad sexual. En: R. Hales, S. Yudorsky y J. Talbott (Eds.). DSM IV. Tratado de psiquiatría. Tomo I. American Psychiatric Press. 2001.

Beléndez, M. (1994). Programa conductual para aumentar la adherencia a tratamiento y para mejorar el manejo de estrés en la Diabetes Mellitus. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, España.

Bradley,C. (1997). Diabetes Mellitus. En: A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West y C. McManus (Eds.) Cambridge handbook of psychology, health and medicine. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Brown, T.A., O´Leary, T.A. y Barlow, D.H. (1993).Generalized anxiety disorder. En: D.H. Barlow (Ed.), Clinical handbook of psychological disorders, NY: Guilford.

Cerkoney, K.A. y Hart, L.K. (1980). The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. Diabetes Care, 3, 594-598.

Cox, D.J. y Gonder-Frederick, L. (1992). Major developments in behavior diabetes Research. Journal or Consulting and Clinical Psychology, 60 (4), 628-638.

Craske, M.G. y Barlow, D.H. (1993). Panic disorder and agoraphopia. En: D.H. Barlow (Ed.), Clinical Handbook of psychological disorders, NY: Guilford. 1993.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group. (1988). Reliability and validity of a diabetes quality of life measure for the diabetes control and complication trial (DCCT). Diabetes Care, 11, 725-732.

Delamater, A.M., Kurts, S.M., Bubb, J., White, N.H. y Santiago, J.V. (1987). Stress and coping in relation to metabolic control of adolescents with Type I Diabetes. Developmental and Behavior Pediatrics, 8, 136-140.

Dunbar, J.M., Marshall, G.D. y Hovell, M.F. (1979). Behavioral strategies for improving compliance. En: R.B. Haynes, D.W. Taylor y D.C. Sackett (Eds.), Compliance in health care, Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press.

Fernández, C. y Pérez, M. (1987). Modificación de conducta y mejora en el cumplimiento del tratamiento de diabéticos tipo II. Revista Española de Terapia del Comportamiento, 3, 233-248.

Fowler, J.E., Budzynski, T.H. y Vandenbergh, R.L. (1976). Effects of an EMG biofeedback relaxation program on the control of diabetes. Biofeedback and self regulation, 1, 105-112.

Gavard, J.A., Lustman, P.J. y Clouse, R.E. (1993). Prevalence of depression in adults with Diabetes: An Epidemiological evaluation. Diabetes Care, 16: 1167-1178.

Glasgow, R.E., McCalu, K.D. y Schafer, L.C. (1987). Self-care behavior and glycemic control in Type I diabetes. Journal of Chronic Diseases, 40, 399-412.

Hanson, C.L., Henggler, S.W. y Burghen, G.A. (1987). Social competence and parental support as mediators of the link between stress and metabolic control in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 529-533.

Harris, R., Skyler, J.S., Linn, M.W., Pollack, L.W y Tewksbury, D. (1982). The relationship between the health belief model and compliance as a basis for intervention in diabetes mellitus. Pediatric and Adolescent Endocrinology, 10, 123-132.

Hope, D.A. y Heimberg, R.G. (1993). Social phobia and social anxiety. En: D.H. Barlow (Ed.), Clinical Handbook of psychological disorders, NY: Guilford.

Hulka, B.S., Cassel, J.C., Kupper, L.L. y Burdette, J.A. (1976). Communication, compliance and concordance between physicians and patients with prescribed medication. American Journal of Public Health, 66, 847-853.

Irvine, A.A., Saunders, J.T., Blank, M.B. y Carter, W.R. (1990). Validation of a scale measuring environmental barriers to diabetes regimen adherence. Diabetes Care, 13, 705-711.

Jacobson, A.M., Adler, A.G., Berby, L., Anderson, B.J. y Wolfsdorf, J.I. (1991). Clinic attendance and glycemic control: Study of contrasting groups of patients with IDDM. Diabetes Care, 14, 599-601.

Jacobson, A.M., de Groot, M. y Samson, J. (1994). Quality of life in patient with Type I and Type I diabetes mellitus. Diabetes Care, 17, 167-274.

Jacobson, A.M., de Groot, M. y Samson, J. Quality of life research in patients with Diabetes Mellitus. En: Dimsdale, J. Y Baum, A. Quality of life in behavior medicine Research. Lawrence Erlbaum Associates, Pub. 1995.

Jevning, R., Wilson, A.F. y Davidson, J.M. (1978). Adrenocortical activity during meditation. Hormone Behavior, 10, 54-60.

Jones, P.M. (1990). Use of a course of self control behavior techniques to increase adherence to prescribed frequency for self monitoring blood glucose. Diabetes Educator, 16, 296-303.

Leiblum, S.R., Rosen, R.C. (1991). Couples Therapy for erectile disorders: conceptual and clinical considerations. Journal of Sexual and Marital Therapy, 17, 147-159.

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

Lustman, P.J., Anderson, R., Freedland, K., Groot, M., Carney, R. y Clouse, R. (2000). Depression and poor glycemic control: a meta analytic review of literature. Diabetes Care, 23 (7), 934-942.

Lustman, P.J., Frank, B.L. y McGill, J.B. (1991). Relationship of personality characteristics to glucose regulation in adults with diabetes. Psychosomatic Medicine, 53, 305-312.

Lustman, P.J., Freedland, K., Griffith, L.S., Barnes, L.D., Miller, C.R., Anderson, K.H., McGrill, J., Rubin, E.H. y Clouse, R.E. (1999). Effects of major depression on health related quality of life in type 2 diabetes: a controlled analysis. Diabetes, 48 (Suplemento 1), A73.

*L*ustman, P.J., Griffith, L.S. y Clouse, R.E. (1988). Depression in adults with Diabetes. Results of 5 year follow up study. Diabetes Care, 11, 605-612.

Lustman, P.J., Griffith, L.S., Clouse, R.E. y Cryer, P.E. (1986). Psychiatric illness in diabetes mellitus: Relationship to symptoms and illness control. The Journal of Nervous and Mental Disease, 174, 736-742.

Lustman, P.J., Griffith, L.S., Freedland, K.E., Kissel, S.S., Clouse, R.E. (1998). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 Diabetes Mellitus: A randomized, controlled trial.

Mazze, R.S., Lucido, D. Y Shamoon, H. (1984). Psychological and social correlates of glycemic control. Diabetes Care, 7, 360-366.

Nagasawa, M., Smith, M.C., Barnes, J.H. y Fincham, J.E. (1990). Meta-analysis of correlates of diabetes patients´ compliance with prescribed medications. Diabetes Educator, 16, 192-200.

Olivares, J., Méndez, F.X., Bermejo, R. y Ros, M.C. (1997). Efectos de un programa de entrenamiento a padres sobre las barreras al cumplimiento en niños con diabetes mellitus insulino dependiente. Psicología Conductual, 5, 199-218.

Pohl, S.L., Gonder-Federick, L. y Cox, D.J. (1984). Area Review: Diabetes Mellitus. Behavioral Medicine Update, 6, 3-7.

Popkin, M.K., Callies, A.L., Lentz, R.D., Colon, E.A. y Sutherland, D.E. (1988). Prevalence of major depression, simple phobia and other psychiatric disorders in patients with long standing type I Diabetes Mellitus. Archives of General Psychiatry, 45, 64-68.

Riggs, D.S. y Foa, E.B. (1993). Obsessive compulsive disorder. En: D.H. Barlow (Ed.), Clinical Handbook of psychological disorders, NY: Guilford. 1993.

Sachs, G., Spiess, K., Moser, G., Prager, R., Kunz, A. y Schernthaner, G. (1991). Glycosylated hemoglobin and diabetes self monitoring (compliance) in depressed and non depressed type I diabetic patients. Psychotherapy and Psychosomatic Medicine and Psychology, 41:306-312.

Safren, S. (2000). Cognitive-behavioral interventions to increase medication adherence. Harvard Medical School and Massachussets General Hospital. Apuntes de Conferencia-Taller.

Sánchez J., Olivares, J. y Rosa AI. (1998). Meta análisis de las intervenciones conductuales en el tratamiento de la Diabetes en España. Revista de Psicología General y Aplicada, 51, 5012-516.

Seeburg, K.N. y DeBoer, K. F. (1980). Effects of EMG biofeedback on diabetes. Biofeedback and self-regulation, 5, 289-293.

Shelton y Levy. (1981). Behavioral assignments and treatment compliance: A handbook of Clinical Strategies. Champaing: Research Press, 1981.

Stewart, A.L., Greenfield, S. y Hays, R.D. (1989). Functional status and well being of patients with chronic conditions. Journal of the American Medical Association, 262, 907-913.

Surwit, R.S. y Schneider, M.S. (1983). Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus. Psychosomatic Medicine, 55, 380-393.

Tun, P.A., Nathan, D.M. y Perimuter, L.C. (1990). Cognitive and affective disorders in elderly diabetes. Clinic Geriatric Medicine, 6, 731-746.

Turkat, I.D. (1982). Glycosylated hemoglobin levels in anxious and non anxious diabetic patients. Psychosomatics, 23, 1056-1058.

Vander Does F.E., DeNeeling, J.N., Snoek, F.K., Kostense, P.J., Grootenhuis, P.A. y Bouter, L.M. (1996), Symptoms and well being in relation to glycemic control in type II diabetes. Diabetes Care, 19, 204-210.

Watkins, J.D., Williams, F., Martin, D.A., Hogan, M.D. y Anderson, E. (1967). A study of diabetic patients at home. American Journal of Public Health, 57, 452-459.

Wells, K.B., Glding, J.M. y Burnam, M.A.(1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. American Journal of Psychiatry, 145, 976-981.

Weyerer, S., Hewer, W., Pfeifer-Kurda, M., Dilling, H. (1989). Psychiatric disorders and diabetes results from a community study. Journal of Psychosomatic Research, 33, 633-640.

Wikby, A., Hornquist, J.O., Stenstrom, U. Y Andersson, P.O. (1993). Background factors, long term complications, quality of life and metabolic control in insulin dependent diabetes. Quality of Life Research, 2, 281-286.

Williams, D.I. e Irving, J.A. (1999). Why are therapists indifferent to research?. British Journal of Guidance and Counseling, 27, 367-376.

Wing, R.R. (1993). Behavioral treatment of obesity: its application to Type II diabetes. Diabetes Care, 16, 193-199.

DIABETES Y DEPRESIÓN

María I. Jiménez Chafey, Psy.D.
Jeannette Rosselló, Ph.D.
Centro Universitario de Servicios y
Estudios Psicológicos (CUSEP)
Universidad de Puerto Rico,
Recinto de Río Piedras

Introducción

La diabetes mellitus es un problema serio de salud cuya prevalencia es alta y parece estar en crecimiento. Se estima que en el 2000 la prevalencia mundial de diabetes fue de 2.8% y, se proyecta que para el 2030 esa cifra se va a duplicar (Wild et al., 2004). Estas cifras muy probablemente subestiman la prevalencia de diabetes ya que aproximadamente el 50% de las personas que tienen diabetes no lo saben (International Diabetes Federation, 2005). En los Estados Unidos la prevalencia de diabetes es de 6.3%, siendo el tercer país con mayor prevalencia luego de India y China (Wild et al., 2004). Estudios de prevalencia reflejan que los latinoamericanos sufren una prevalencia mayor de diabetes que la población general de Norte América (Harris, 1991; McBean, Li, Gilbertson & Collins, 2004), y en la población mejicano-americana y puertorriqueña, la diabetes es hasta dos a tres veces más común (Flegal et al., 1991). Para el año 2000, en Latinoamérica y en el Caribe se estimó que sobre 19 millones de personas padecen de diabetes (Organización Panamericana de Salud, 2001).

La diabetes se ha convertido en un problema serio de salud pública que va en aumento, tanto en la población de edad avanzada como la infancia y los y las adolescentes. Como en toda enfermedad física, el estado psicológico de la persona frecuentemente influye en el desarrollo, manejo y transcurso de la enfermedad. Esto es cierto más aún para la diabetes ya que ésta requiere que el paciente realice múltiples tareas de auto-cuido diariamente, las cuales dependen del conocimiento y la motivación del paciente a realizarlas. En cambio, el no realizarlas puede llevar al paciente a sufrir complicaciones médicas, lo cual puede ocasionar sentimientos de culpa y temor.

Ciertamente, el padecer de una enfermedad crónica como lo es la diabetes puede aumentar el estrés psicológico que experimentan las personas que la padecen, y a su vez aumenta el riesgo de sufrir algún trastorno mental como la depresión.

En este capítulo se estará presentando un resumen breve sobre lo que es la diabetes, los tipos de diabetes y el tratamiento para la misma. Se revisará la literatura existente sobre la relación entre el padecer de diabetes y de depresión, haciendo énfasis en teorías biológicas y psico-sociales. Se discutirán asuntos importantes por considerar en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en las

personas con diabetes, así como también factores protectores contra la depresión y recomendaciones para futuras áreas de investigación y tratamiento clínico.

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es una condición crónica en la cual el cuerpo no produce insulina o no la utiliza apropiadamente resultando en hiperglucemia o exceso de glucosa en la sangre (Organización Panamericana de Salud, 2001). La insulina es una proteína producida por el páncreas que ayuda al cuerpo a utilizar o almacenar la glucosa de la comida. Si la glucosa no puede entrar a las células y tejidos que la necesitan, se acumula en la sangre y produce una serie de efectos negativos en el cuerpo. Aunque no hay una causa identificada para la diabetes, ambos factores genéticos y ambientales aparentan contribuir al desarrollo de la misma.

Complicaciones. Las complicaciones que pueden surgir a consecuencia de padecer diabetes pueden ser agudas y crónicas o a largo plazo (American Diabetes Association, 2002). Las complicaciones agudas son hiperglucemia, hipoglucemia y cetoacidósis diabética. La hipoglucemia ocurre cuando hay muy poca glucosa en sangre, lo cual puede ocurrir por exceso de insulina, insuficiente comida, o ejercicio excesivo. Los síntomas físicos incluyen: temblor, mareo, aumento en pulso, palpitaciones cardiacas, sudoración y hasta convulsiones en casos severos. Algunos síntomas asociados a la respuesta del cerebro a la falta de glucosa son: disturbios visuales, hambre excesiva, dolor de cabeza, dolores estomacales, desorientación, dificultad en la concentración y letargo. Si no se trata con rapidez, la hipoglucemia puede ocasionar un estado de inconsciencia.

La hiperglucemia es una complicación común, causada por falta de insulina o ingestión excesiva de alimentos. Algunos síntomas de la hiperglucemia son letargo, sed, poliuria y visión borrosa. La hiperglucemia crónica puede incurrir en cetoacidósis diabética, la complicación aguda más seria. La cetoacidósis diabética es una deficiencia relativa o absoluta de insulina junto a una elevación en hormonas de estrés que en cambio, aumentan los niveles de glucosa en la sangre. Algunos síntomas de cetoacidósis son poliuria, polidipsia, pérdida de peso, nausea, vómitos, fatiga, letargo, debilidad, deshidratación e hiperventilación. La cetoacidósis requiere hospitalización y tratamiento intensivo de supervisión médica continua. El paciente puede estar despierto, soñoliento o alcanzar un estado comatoso. La complicación mas sería del tratamiento que puede ocurrir es el edema cerebral y otros problemas graves al sistema nervioso central.

Las complicaciones a largo plazo o crónicas aumentan en severidad dependiendo del nivel de control de glucosa que la persona ha mantenido a través de su enfermedad. Las complicaciones a largo plazo más comunes son la retinopatía (problemas visuales), la nefropatía (daño o fallo renal), neuropatía y enfermedad cardiovasculares.

Tipos de diabetes. Actualmente, la diabetes se clasifica en tres categorías: tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional (International Diabetes Federation, 2005). La diabetes mellitus tipo I (DMT1), conocida también como diabetes mellitus insulinodependiente o diabetes juvenil, se debe al daño a las células betas en el páncreas lo cual ocasiona una deficiencia absoluta de insulina. Este tipo de diabetes por lo general se diagnostica antes de los 40 años de edad y aproximadamente entre 5 y 10% de los casos de diabetes son de este tipo de diabetes.

De otra parte, la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) y la diabetes gestacional se deben primordialmente a una deficiencia relativa de insulina causada por una resistencia a la insulina lo cual ocasiona una secreción inadecuada de ésta para compensar por

esta resistencia. La DMT2 por lo general se diagnostica en la adultez, aunque se está comenzando a diagnosticar con mayor frecuencia en niños y adolescentes (Organización Panamericana de Salud, 2001). Algunos factores asociados a la DMT2 son: edad avanzada, obesidad, estilo de vida sedentario e historial familiar de diabetes. La diabetes gestacional se diagnostica durante el embarazo y por lo general se resuelve luego del alumbramiento. Sin embargo, las mujeres con diabetes gestacional tienen una mayor probabilidad de padecer de DMT2 mas adelante en sus vidas.

Tratamiento. Actualmente no hay una cura para la diabetes, pero sí existen tratamientos para controlar los niveles de glucosa en la sangre. El tratamiento diario para los tres tipos de diabetes consiste en medicamentos, un plan de alimentación y de ejercicio o actividad física, y auto-monitoreo de glucosa en sangre (American Diabetes Association, 2002). En la DMT1, la persona requiere de inyecciones diarias de insulina o de una bomba de infusión de insulina. Las personas con DMT2 por lo general toman medicamentos orales aunque en algunas ocasiones pueden controlar la glucosa en sangre mediante ajustes en la dieta y el ejercicio. Hay algunos pacientes de DMT2 que pueden llegar a requerir de inyecciones de insulina. En adición, los pacientes de diabetes deben de realizarse exámenes de laboratorio varias veces al año y asistir a varias visitas anuales con diferentes profesionales de la salud como el médico, nutricionista, educador en diabetes, entre otros.

En la última década se han realizado varias investigaciones que han comprobado que el mantener los niveles de glucosa en sangre lo más cercano a los niveles normales previene o retrasa la aparición de las complicaciones asociadas a la diabetes (Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993). Estas investigaciones han reforzado la necesidad de que los pacientes de diabetes mantengan los niveles de glucosa lo más normal posible mediante un tratamiento más intensivo. El tratamiento intensivo para la diabetes consiste en un mayor número de inyecciones diarias de insulina (3-5 veces) como también de pruebas de glucosa en sangre (4-8 veces), junto con un seguimiento médico más frecuente del paciente y su tratamiento (DCCT, 1993). Por ende, las expectativas en cuanto a tareas de auto-cuido y educación en diabetes aumentan para los pacientes, y a su vez, este tratamiento intensivo requiere que los profesionales de la salud inviertan mayor tiempo y esfuerzo en educar y ofrecer seguimiento al paciente.

Aspecto psico-sociales de la diabetes

Se estima que más del 95% de cuidado de la diabetes es responsabilidad del paciente ya que constantemente a lo largo de un día el paciente debe realizar tareas de auto-cuido y tomar decisiones relevantes al cuidado de la diabetes. Este nivel de intensidad de tratamiento ha llevado a muchos investigadores a cuestionarse cómo se afecta la calidad de vida de las personas que viven con diabetes. Algunos de los factores que podrían afectar la calidad de vida del paciente de diabetes son: la complejidad e intensidad de las tareas de auto-cuido, la interferencia de las mismas en la vida cotidiana, el miedo a las complicaciones, y los síntomas de hiperglucemia (ej. cansancio, letargo, sed) e hipoglucemia (ej. mareo, taquicardia, irritabilidad, temblor) que pueden afectar el funcionamiento psico-social y ocupacional (Rubin, 2000).

Las investigaciones que comparan la calidad de vida reportada por adultos con diabetes y la población en general, en su mayoría demuestran que adultos con diabetes por lo general reportan peor calidad de vida (Rubin, 2000). Por otro lado, se ha encontrado que una mejor calidad de vida en adultos con diabetes está

asociada con mayor apoyo social, auto-eficacia, y actividad física, y con la ausencia de complicaciones de salud y trastornos psiquiátricos (Delamater, 2000).

Depresión

Prevalencia de la depresión en diabetes

El padecer una condición crónica como lo es la diabetes tiene efectos no solo físicos, sino psicológicos y emocionales. Entre los efectos físicos se han mencionado los síntomas y las complicaciones que pueden causar cambios en los estados de ánimo, como también cambios en el estatus mental. A estos efectos, se suman los psicológicos y emocionales de padecer una enfermedad crónica, la incertidumbre acerca de complicaciones futuras y el estrés que puede estar asociado a seguir diariamente un régimen de tratamiento intensivo. Estos efectos tanto físicos como psicológicos, ponen en riesgo a los pacientes con diabetes a sufrir dificultades en el ajuste y hasta problemas psicológicos con mayor frecuencia que las personas que no la padecen (Gavard, Lustman, & Clouse, 1993; Jacobson, 1996). Estudios han demostrado que las personas con diabetes en los Estados Unidos tienen una probabilidad de dos a tres veces mayor de presentar algún trastorno psicológico serio que las personas sin diabetes (CDC, 2005; Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002; Lustman & Gavard, 1995).

La literatura sobre la depresión en personas con diabetes en otros países es escasa, e incluso en los estudios que se realizan en los Estados Unidos, pocos reportan la raza o grupo étnico de sus participantes (Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001).

La depresión aparenta ser uno de los trastornos mentales que mayor co-morbidad presenta con la diabetes. El estudio más comprensivo sobre la asociación entre la diabetes y la depresión lo llevaron a cabo Anderson y sus colegas (2001). Estos investigadores realizaron un estudio meta-analítico de 42 investigaciones sobre la co-morbidad entre la diabetes y la depresión, y encontraron que los sujetos con diabetes tenían una probabilidad dos veces mayor de padecer de depresión que los sujetos sin diabetes. Alrededor de uno en cuatro pacientes con diabetes presentó una depresión lo suficientemente severa para ameritar intervención. En este estudio, los autores reportan que la prevalencia de depresión en las mujeres con diabetes era significativamente mayor que la de los hombres (28% vs. 18%). Múltiples estudios desde entonces reportan cifras parecidas (Goldney et al., 2004; Nichols & Brown, 2003). En resumen, se estima que aproximadamente 20% de los hombres con diabetes y 40% de las mujeres con diabetes van a sufrir algún episodio de depresión en sus vidas (Lustman & Clouse, 2004a).

Definición de la depresión

La depresión mayor, según el DSM-IV-R (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) y el ICD-10 (*International Classification of Diseases*), es un trastorno afectivo que se caracteriza por síntomas de ánimo deprimido y pérdida de interés o placer que tiene una duración de dos semanas o más. Algunos síntomas físicos de la depresión son cambios en el sueño y el apetito, fatiga o falta de energía y cambios en el aspecto psicomotor ya sea agitación o lentitud. Otros síntomas de depresión incluyen sentimientos de minusvalía, impedimento en la capacidad de concentrarse, indecisión y pensamientos recurrentes acerca de la muerte, así como ideación o intentos suicidas. Estos síntomas causan impedimento marcado clínicamente significativo en áreas importantes de funcionamiento social y ocupacional (American Psychiatric Association, 2000; World Health Organization, 2003).

Teorías sobre la relación entre la diabetes y la depresión

Existen varias hipótesis que se han propuesto en la literatura científica para explicar la posible relación entre la diabetes y la depresión (Egede & Zheng, 2003; Fisher, Chesla, Mullan, Skaff, & Kanter, 2001; Lustman & Clouse, 2004; Talbot & Nouwen, 2000). Estas van desde visualizar la diabetes como un estresor psico-social que aumenta el riesgo de presentar depresión hasta explicaciones fisiológicas que asocian la diabetes y la depresión.

La depresión resulta de los estresores psico-sociales asociados a la diabetes

Una teoría para explicar la relación entre la depresión y la diabetes, es que la depresión puede ser una respuesta al estrés psico-social causado por la diabetes y su manejo (ej. restricciones en la dieta, carga económica, fluctuaciones en el estado de ánimo por los síntomas de la diabetes, entre otros). La duración de la diabetes resulta en un estrés crónico y el número de complicaciones con el tiempo pueden afectar negativamente la calidad de vida. Un estudio meta-analítico de 27 investigaciones reveló una asociación significativa consistente entre la depresión y la presencia de complicaciones de la diabetes tanto en la DMT1 y la DMT2 (De Groot et al., 2001). En pacientes de DMT1 y DMT2, los síntomas de depresión se han asociado con reportar mas síntomas de la diabetes, peor funcionamiento físico y menor adherencia al régimen dietético y de ejercicio (Ciechanowski, Katon, Russo, & Hirsh, 2003).

Además, hay estudios que han encontrado que el grado en que la diabetes interfiere con la vida diaria predice más la sintomatología depresiva que la presencia de complicaciones o el control personal en pacientes de DMT2 (Talbot, Nousen, Gingras, Belanger, & Audet, 1999). En los pacientes con DMT2 la depresión se ha relacionado con mayor percepción de la carga de los síntomas, consecuencias anticipadas peores y percepción de falta de control sobre la diabetes (Paschalides et al., 2004). Talbot y Nouwen (2000) realizaron una revisión de investigaciones relacionadas a la diabetes y la depresión, y los resultados aparentan apoyar la hipótesis de que variables psicológicas específicas a la diabetes están asociadas a la presencia de sintomatología depresiva en pacientes de diabetes. Los estudios que ellos revisaron sugieren que existen variables (ej. la percepción del grado de intrusión en la diabetes en la vida diaria, el apoyo social, la pérdida de salud y los estilos de afrontamiento) que median la relación entre la diabetes y la depresión. Las investigaciones no están claras en cuanto a qué viene primero, si la depresión contribuye a que se manifiesten las complicaciones más temprano o si la aparición de las complicaciones contribuye al riesgo de desarrollar un episodio de depresión.

La depresión como resultado de factores bio-químicos

La depresión puede estar relacionada con los cambios bioquímicos relacionados a la diabetes y su tratamiento. Cambios neuroquímicos (alteraciones en ciertos neurotransmisores) y neurovasculares asociados con la diabetes sugieren que la depresión en la diabetes puede ser causada por cambios estructurales en el cerebro (Lustman, Griffith, & Clouse, 1997). Aunque la mayoría de los estudios revisados coinciden en que no hay suficiente evidencia para apoyar la teoría de que la depresión es causada por factores físiológicos asociados a la diabetes, sí están de acuerdo en que los factores bioquímicos pueden contribuir a la mayor recurrencia y persistencia de la depresión en pacientes de diabetes en comparación con la población general (Peyrot & Rubin, 1999; Talbot & Nouwen, 2000).

Por otro lado, la diabetes y la depresión aparentan ser parte de un conjunto de desórdenes metabólicos asociados. En los últimos años, se han realizado estudios que sugieren que las personas que sufren de episodios de depresión son más propensas a desarrollar diabetes posteriormente (Anderson et al., 2001; Lustman & Clouse, 2004; Talbot & Nouwen, 2000; Van den Akker, Schuurman, Metsemakers, & Buntinx, 2004).

Existe consenso en la literatura que la depresión aumenta el riesgo de desarrollar DMT2 y complicaciones de la diabetes en los pacientes que ya la padecen. Hay síntomas de depresión como lo son la falta de energía, la inactividad y las alteraciones en el peso y el apetito que están asociadas a la DMT2 y a presentar un peor control de la misma. Además, se ha encontrado que tratar la depresión mejora el control de la diabetes aunque los mecanismos causales no están claros (ej. efectos de cambios en los neurotransmisores, cuyas concentraciones afectan la regulación de la glucosa, efectos de los medicamentos, conductas de auto-cuido) (Lustman & Clouse, 2004; Talbot & Nouwen, 2000).

La depresión en personas con diabetes aparenta ser un fenómeno complejo que resulta de las interacciones entre factores genéticos, biológicos y psico-sociales, lo cual puede explicar la mayor recurrencia, persistencia y severidad de la depresión en las personas con diabetes (Lustman, Griffith, & Clouse, 1988; Talbot & Nouwen, 2000).

Estudios que han examinado los factores más asociados a padecer de depresión en pacientes de diabetes han consistentemente arrojado los siguientes factores: ser fémina, tener menor edad, obesidad, no estar casado, fumar, estatus socio-económico bajo, y co-morbidad con otras condiciones médicas (Egede & Zheng, 2003; Fisher et al., 2001; Katon et al., 2004; Nichols & Brown, 2003). El hecho de que estos estudios incluyen factores tanto biológicos como psico-sociales, apoyan la complejidad de la interacción interacción biologica y psico-social con relación a la depresión en las personas con diabetes. Estos factores también están asociados independientemente a padecer de depresión (estatus socio-económico bajo, ser fémina, no estar casado/a) (Dozois & Dobson, 2004), y a desarrollar diabetes (obesidad, co-morbidad con otras condiciones) (American Diabetes Association, 2002).

Consecuencias de la depresión en pacientes de diabetes

La depresión en pacientes de diabetes presenta un riesgo adicional para la salud física y mental del paciente ya que consistentemente se ha encontrado que la depresión afecta los niveles de azúcar en la sangre y el riesgo a sufrir de complicaciones de la diabetes. Se cree que los cambios neuroquímicos que acompañan la depresión pueden tener un efecto directo en los niveles de azúcar en la sangre. Un estudio meta-analítico de 24 investigaciones reveló que la depresión en pacientes de diabetes está relacionada significativamente con la hiperglucemia

tanto en pacientes con DMT1 y DMT2 (Lustman et al., 2000). También se ha encontrado que la depresión en pacientes de diabetes aumenta el riesgo de sufrir problemas cardiovasculares (Lustman & Clouse, 2004a).

Por otro lado, se conoce también que los síntomas físicos, cognitivos y conductuales de la depresión (cansancio, letargo, cambios en el sueño y el apetito, indecisión, desesperanza, pasividad/inactividad, aislamiento, entre otros) pueden afectar la capacidad del paciente de llevar a cabo el régimen de auto-cuido de la diabetes, y por ende los niveles de glucosa en sangre (McKellar, Humphreys, & Piette, 2004). En pacientes de DMT1 y DMT2, los síntomas de depresión se asocian con reportar más síntomas físicos asociados a la diabetes, peor salud física y menor adherencia al régimen dietético y de ejercicio (Ciechanowski, Katon, Russo & Hirsh, 2003).

La depresión en pacientes de diabetes no sólo tiene un impacto negativo en la salud, sino también en la calidad de vida y el funcionamiento diario. En los pacientes tanto de DMT1 como de DMT2, la depresión aparenta ser más recurrente y los episodios duran más tiempo (Kovacs, Obrosky, Goldston & Drash, 1997; Lustman, Griffith & Clouse, 1997; Peyrot & Rubin, 1999). En su estudio, Peyrot y Rubin (1999) encontraron que de los pacientes que inicialmente reportaron sintomatología depresiva, 6 meses después, el 73% aún continuaban reportando síntomas. En otro estudio sobre la discapacidad funcional en pacientes con diabetes y depresión, el 77.8% de los pacientes que tenían diabetes y depresión co-mórbida presentaron una discapacidad funcional en comparación con pacientes sin diabetes y sin depresión (24.5%), pacientes con diabetes (58.1%) y pacientes con depresión (51.3%) (Egede, 2004).

Identificando la depresión en pacientes de diabetes

A pesar de la prevalencia alta de depresión en pacientes de diabetes y de su efecto en el control de la diabetes, muchos casos de depresión frecuentemente no son diagnosticados. Más de un tercio de los pacientes de diabetes que presentan depresión no son diagnosticados y, por lo tanto, no reciben tratamiento para la misma (Katon et al., 2004; Lustman & Clouse, 2004b). Esto presenta un riesgo significativo mayor para las personas con diabetes ya que éstas disponen de medios más accesibles o adicionales para quitarse la vida (ej. sobre-dosis u omisión de insulina). La literatura sobre el suicidio en las personas con diabetes es limitada. Se encontró un estudio sobre factores de riesgo suicida en adultos en Cuba donde 8.3% de la muestra de adultos con diabetes presentó riesgo suicida (Pérez-Barrero, Ros-Guerra, Pablos-Anaya, & Celás-López, 1997). El único otro estudio que se encontró se realizó en los Estados Unidos con adolescentes (Goldston et al., 1997). Este estudio encontró que la ideación suicida en los adolescentes fue mayor de lo esperado, sin embargo, la tasa de intentos de suicidio era comparable con la tasa en población en general.

Existen diversas razones por lo que la depresión no es detectada en muchos casos. En la literatura se señalan los siguientes como los más comunes: falta de tiempo en las visitas con el médico, falta de adiestramiento en procedimientos

psicodiagnósticos en los médicos y otros profesionales de salud, creencia de que la depresión es un estado normal para una persona con una condición crónica como lo es la diabetes, puede haber traslapo en los síntomas de la diabetes y la depresión, y el paciente minimiza los síntomas por el estigma asociado a sufrir de depresión (Lustman & Clouse, 2004b; Lustman, Griffith & Clouse, 1997).

Lustman, Griffith y Clouse (1997) han estudiado la depresión en las personas con diabetes por varios años y a través de sus estudios concluyen que los síntomas de la depresión se presentan de forma similar en pacientes de diabetes y personas sin una enfermedad crónica, que la diabetes de por sí se relaciona con un aumento leve en sintomatología depresiva, y que a pesar de esto, es fácil de distinguidistinguir a los pacientes de diabetes con depresión y sin depresión, particularmente si se usan los síntomas cognitivos de la depresión. Muchas veces los síntomas cognitivos de la depresión son más efectivos en ayudar a detectar la depresión que los síntomas somáticos en pacientes de diabetes.

Lustman y Clouse (2004b) recomiendan que los profesionales de la salud deben estar alerta a las señales de depresión y a los factores de riesgo cuando se recopila el historial médico. Por ejemplo, en el historial médico se debe recopilar información acerca de historial de episodios de depresión, ansiedad y abuso de substancias, así como también de tratamientos para los mismos. Además, el historial familiar de depresión o de tratamiento psiquiátrico puede ofrecer indicadores de riesgo hereditario. En cuanto a la presentación clínica, ellos recomiendan estar alerta a síntomas que no tienen una explicación médica, a quejas somáticas persistentes, disfunción sexual y a dolor crónico como queja principal porque pueden ser indicadores más sutiles de una depresión clínica en pacientes de diabetes. Si están presentes algunos síntomas predominantes de depresión y algunas de estas señales, los autores recomiendan que se administre un instrumento de auto-reporte para cernir sintomatología depresiva y luego, dependiendo de los resultados, llevar a cabo una entrevista psiquiátrica utilizando los criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Algunos de los intrumentosinstrumentos de cernimientos procedimiento más comunmentecomúnmente utilizados son el *Beck Depression Inventory-II* (Beck, Brown & Steer, 1996), el *Hamilton Rating Scale for Depression* (Hamilton, 1960) y el *Centers for Epidemiologic Studies Depression Scale* (Radloff, 1977).

Varios autores coinciden en que la psicología debe de ser una parte integral del cuidado primario del paciente de diabetes (Feifer & Tansman, 1999; Gonder-Frederikc, Cox, & Ritterband, 2002). Algunas de las intervenciones más comúnmente realizadas por los psicólogos en el cuidado primario de pacientes de diabetes son: procedimientos para trastornos psiquiátricos co-mórbidos, apoyo en la aceptación del diagnóstico, fortalecimiento de las destrezas para el manejo de los estresores psico-sociales asociados a la diabetes, intervenciones conductuales dirigidas a aumentar la adherencia al tratamiento, aceptación y manejo de las complicaciones e intervenciones familiares, entre otros. La integración del psicólogo al equipo multidisciplinario de cuidado al paciente de diabetes puede ayudar tanto en el manejo de la enfermedad, como en la identificación e intervención temprana con trastornos mentales co-mórbidos como la depresión. Aún cuando la comunidad científica y los profesionales de la salud han aceptado la importancia de la psicología en el tratamiento de la diabetes, todavía la posición del psicólogo/a no ha sido integrado activamente como parte del equipo de tratamiento primario del paciente con diabetes en muchas clínicas y hospitales.

Feifer y Tansman (1999) en un artículo sobre la psicología y la diabetes, detallan varias maneras en que los psicólogos pueden ayudar en la integración de la psicología al cuidado primario. La primera es crear visibilidad; hacer contacto con médicos, clínicas, hospitales y asociaciones de diabetes dándose a conocer y

ofreciendo sus servicios como profesionales adiestrados en el manejo de la diabetes. También señalan la importancia de definir lo que es el trabajo en equipo con los médicos y otros profesionales en relación a los referidos. Para esto, es importante decidir como se va a dar el flujo de información en relación al paciente de manera que garantizegarantice la confidencialidad y a su vez, ayude en el manejo del/la paciente. Un modelo de consultoría es útil para tomar estas decisiones. Otra sugerencia de los autores es que los psicólogos especializados en diabetes se involucren en la creación de estandaresestándares de cuidado para la diabetes a nivel local y nacional. Por último, señalan que los psicólogos deben de proveer evidencia del beneficio de la psicología en el cuidado de la diabetes lo cual se puede hacer a través de investigaciones que documentan los resultados de las intervenciones psico-sociales.

Tratamiento para la depresión en la diabetes

Los tratamientos más utilizados para tratar la depresión tanto en personas con y sin diabetes son los medicamentos anti-depresivos y las psicoterapias cognitivo-conductuales e interpersonales. Es sólo en los últimos 10 años que se ha comenzado a estudiar cuáles son los tratamientos más efectivos para aliviar la depresión en los pacientes de diabetes. Estudios recientes han demostrado que tanto los medicamentos antidepresivos (*nortriptiyline*, *fluoxetine*) como la Terapia Cognitivo-Conductual han sido eficaces en aliviar la depresión en adultos con diabetes (Lustman et al., 1997; Lustman et al., 1998; Williams et al., 2004).

La Terapia Cogntivo-Conductual (TCC) se basa en una teoría que establece que existe una relación entre nuestros pensamientos, nuestras acciones y nuestro estado de ánimo (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983). Las personas que sufren de depresión por lo general presentan pensamientos negativos, se aíslan, tienden a realizar menos actividades agradables y a tener dificultades en las relaciones interpersonales. La TCC es una terapia estructurada que va dirigida principalmente a enseñarle al paciente a usar técnicas cognitivas para identificar patrones de pensamientos negativos o maladaptativos y reemplazarlos con pensamientos más útiles y adaptativos. Esta terapia también se enfoca en la conducta de las personas y su efecto en el estado de ánimo. En la TCC se trabaja con estrategias para aumentar las actividades agradables que realiza el paciente para así mejorar su estado de ánimo. Lustman y sus colegas (1998) realizaron un estudio sobre la efectividad de la TCC junto a educación en el auto-manejo de la diabetes para tratar la depresión en pacientes de diabetes y encontraron que al finalizar la terapia hubo una remisión de la depresión en 85% de los pacientes que recibieron la TCC versus un 27% que remitieron en el grupo que solamente recibió la educación en el auto-manejo de la diabetes.

La selección de tratamiento para la depresión en los pacientes de diabetes muchas veces depende del tipo de profesional de la salud que le atiende, y de los síntomas principales que presenta el paciente. Por lo general, los médicos y psiquiátras tienden a favorecer tratamiento con anti-depresivos, mientras que los consejeros, psicólogos y trabajadores sociales tienden a utilizar la consejería y psicoterapia. De igual forma, si el paciente presenta mayormente síntomas somáticos (insomnio, cansancio, retardación psico-motora) se tiende a favorecer el medicamento, mientras que si los síntomas de la depresión que predominan son cognitivos (auto-estima baja, desesperanza, indecisión) y conductuales (aislamiento) la psicoterapia sería más adecuada. Sin embargo, adicional a estas consideraciones también se debe de evaluar el estado de salud física del paciente con diabetes ya que varios estudios han demostrado que algunos medicamentos anti-depresivos pueden tener efectos secundarios que afectan el control glucémico y pueden interactuar de forma negativa con otros medicamentos que el paciente pueda estar tomando para condiciones secundarias a la diabetes (ej. hipertensión). Esto hace que la

psicoterapia pueda ser la primera opción indicada pues no es invasiva en el sentido en que los medicamentos los son.

Lustman y Clouse (2004b) indican que el uso de los medicamentos anti-depresivos en personas con diabetes puede ser limitado por la presencia de condiciones co-mórbidas, el potencial de interacción entre medicamentos y los efectos secundarios, particularmente en pacientes de edad avanzada. Debido a su tendencia a provocar menos efectos secundarios, ellos refieren que los inhibidores selectivos de la re-absorción de *serotonina* (SSRI), *bupropion*, *mirtazapine* y *venlafaxine* pueden ser más apropiados para tratar la depresión en pacientes de diabetes que otros medicamentos como los inhibidores de monoamino oxidasa, los anti-psicóticos atípicos y los antidepresivos tricíclicos. Dos artículos presentan información detallada sobre los efectos y las interacciones de los medicamentos anti-depresivos y la diabetes (Lustman, Clouse, & Freedland, 1998; Lustman, Griffith, & Clouse, 1997).

La terapia electroconvulsiva puede ser una alternativa útil con los pacientes de diabetes de edad avanzada ya que estudios recientes han demostrado que esta terapia no tiene efectos en el control glucémico (Lustman & Clouse, 2004b). Esta terapia es mas apropiada cuando hay intolerancia al medicamento anti-depresivo, la depresión no responde a medicamentos, o cuando la severidad de los síntomas presentan un riesgo para la vida del/la paciente. No obstante, la literatura es escasa en relación a esta terapia en paciente de diabetes.

El manejo de la depresión en los pacientes de diabetes puede resultar en multiplesmúltiples beneficios, entre ellos: alivia la depresión, re-establece patrones regulares de sueño y de comer, mejora el manejo de la diabetes y el funcionamiento general, disminuye la preocupación somática, alivio del dolor, mejora el funcionamiento sexual, así como también la adherencia al tratamiento y el control glucémico (Lustman & Clouse, 2004b). Los estudios que han evaluado si aliviar la depresión mejora el control glucémico han encontrado resultados contradictorios. Lustman y sus colegas (1998) en su estudio sobre la efectividad de la TCC en aliviar la depresión, encontraron que en el grupo que recibió la TCC hubo una mejoría significativamente mayor en el control glucémico comparado con el grupo que no recibió la terapia.

En estudios utilizando medicamentos anti-depresivos, se han visto resultados mixtos en términos del impacto en el control glucémico. Utilizando el anti-depresivo nortriptyline, Lustman y sus colegas (1997) encontraron que no hubo mejoría en el control glucémico. Los investigadores explican que este medicamento pudo haber provocado hiperglucemia en los pacientes y por ende, recomiendan el uso de otra clase de medicamentos anti-depresivo. De igual forma, otro estudio sobre la efectividad de una intervención para el manejo de la depresión que incluía el uso de anti-depresivos o terapia en pacientes de diabetes de edad avanzada, no se encontró mejoría en el control glucémico (Williams et al., 2004). Sin embargo, un estudio utilizando el medicamento anti-depresivo fluoxetine, sí demostró una tendencia hacia un mejor control glucémico (Lustman, Freedland, Griffith, & Clouse, 2000).

Una posible explicación para la diferencia en efecto de los anti-depresivos y la TCC en el control glucémico se puede deber a que en la TCC se trabaja con proveerle al paciente destrezas de afrontamiento que puede generalizar a otros aspectos de su vida adicional al estado de ánimo como lo puede ser el manejo de la diabetes y la adherencia al tratamiento de la misma.

Prevención - factores protectores contra la depresión

Tomando en consideración lo que ya se conoce sobre la alta prevalencia de la depresión en personas con diabetes, y su efecto negativo en el control y transcurso de la diabetes cobra mayor importancia investigar los factores protectores contra la depresión en las personas con diabetes para así diseñar intervenciones dirigidas a fortalecer las mismas.

El único estudio que se encontró en la literatura sobre factores protectores y la depresión que incluía participantes con diabetes lo realizaron Penninx y sus colegas (1998). Estos investigadores/as realizaron un estudio sobre factores protectores contra la depresión en personas de edad avanzada con enfermedades crónicas y encontraron que algunos factores protectores lo fueron: tener una relación de pareja y otras relaciones cercanas o íntimas, auto-eficacia y auto-estima alta. En este estudio, para los pacientes de diabetes el apoyo instrumental contrario a lo esperado, estaba asociado con más síntomas de depresión. Los autores señalan a que posiblemente esto se pueda deber a que el recibir apoyo instrumental puede provocar sentimientos de dependencia y/o desesperanza que pueden contribuir a la depresión.

La mayoría de las investigaciones sobre factores de riesgo y protectores en relación acon relación a la depresión en la población general se han llevado a cabo con niños/as y adolescentes, y aún así, los factores protectores no han sido tan ampliamente estudiados (Roberts, 1999). Entre los factores protectores contra la depresión más citados en la literatura están factores cognitivos (optimismo, auto-estima alta, auto-eficacia), sociales (pocos eventos de vida negativos, aceptación y apoyo familiar) e individuales (destrezas sociales y de afrontamiento positivas) (Dozois & Dobson, 2004; Roberts, 1999; Seligman et al., 1995).

Resumen y Recomendaciones

Es evidente que las personas con diabetes corren un riesgo mayor de sufrir de depresión y a su vez, la depresión puede tener efectos significativos en el manejo de la diabetes y el desarrollo de complicaciones en las personas que la padecen. Aún no está clara la naturaleza de la asociación entre la diabetes y la depresión, pero sí es evidente que factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales interactúan en el desarrollo de la depresión, y que la depresión presenta un riesgo adicional para la salud física y mental de las personas con diabetes.

Esto subraya la importancia de la prevención e identificación temprana de la depresión en las personas con diabetes, así como también del desarrollo de intervenciones terapéuticas para su manejo. El procedimiento para la depresión debe de ser parte integral de la evaluación del paciente de diabetes, así como lo es la nutrición, la educación en diabetes y la fisiología del ejercicio. Todos los profesionales de salud que atienden a personas con diabetes deben de estar adiestrados en la detección de síntomas de depresión y en los procesos de referido a profesionales de salud mental. Se recomienda adiestrar a más psicólogos en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas y a su vez, que el psicólogo sea considerado parte integral del equipo de cuidado primario del paciente con diabetes.

La TCC, la ECT y ciertos medicamentos anti-depresivos (ej. *fluoxetine*,) son algunos de los tratamientos que han demostrado eficacia en tratar la depresión en pacientes de diabetes. Sin embargo, el uso de los medicamentos para tratar la depresión en pacientes de diabetes debe de ser evaluado cuidadosamente tomando en consideración los posibles efectos en el control glucémico y la interacciones con otros medicamentos que pueda estar tomando el paciente. Se debe continuar evaluando la efectividad y viabilidad de tratamientos alternos tanto farmacológicos

como psico-sociales para el manejo de la depresión en pacientes de diabetes, particularmente para poblaciones étnicamente diversas. En adición, intervenciones que incluyen a la familia deben de ser exploradas como alternativas de intervención ya que en muchos grupos étnicos como los Latinos, la familia nuclear y extendida juegan un papel significativo en la vida diaria de las personas y por lo tanto, en el cuidado diario de la diabetes del paciente.

La alta prevalencia de la depresión en las personas con diabetes, así como el efecto negativo de la misma en el control de la diabetes, sugieren la necesidad de que el campo de la psicología de la salud extienda su enfoque de intervención hacia uno preventivo, no sólo en la investigación de factores de resiliencia sino también en el diseño de programas de prevención de la depresión en la diabetes. Actualmente en la literatura, no existen programas de prevención de la depresión para pacientes de diabetes. Por otro lado, existe una variedad de terapias psico-sociales que han demostrado eficacia en mejorar la adherencia al tratamiento, el control glucémico, el funcionamiento psico-social y la calidad de vida (Delamater et al., 2001). Muchas de estas intervenciones van dirigidas a aumentar el sentido de apoderamiento y las destrezas de auto-manejo mediante estrategias cognitivas y conductuales. Tomando en consideración que la TCC ha sido una de las intervenciones que ha demostrado eficacia en tratar los síntomas de depresión en pacientes de diabetes, se recomienda continuar explorando el uso de un modelo cognitivo-conductual en el diseño de intervenciones preventivas. En los últimos años se han realizado muchos avances en la medicina en torno al tratamiento y manejo de la diabetes y es importante que la psicología de la salud continúe su desarrollo de forma paralela para aportar a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con diabetes.

Referencias

American Diabetes Association. (2002). Complete Guide to Diabetes. (3rd Edition).

Alexandria, VA: American Diabetes Association, Inc.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Anderson, J., Freedland, K., Clouse, R., & Lustman, P. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. Diabetes Care, 24(6), 1069-1077.

Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: DDB.

Beck, A.T., Brown, G.K., & Steer, R.A. (1996). Beck Depression Inventory-II (BDI-II). The Psychological Corporation: San Antonio, TX.

Ciechanowski, P.S., Katon, W.J., & Russo, J.E. (2000). Depression and diabetes: Impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. Archives of Internal Medicine, 160, 3278-3285.

Ciechanowski, P.S., Katon, W.J., Russo, J.E., & Hirsh, I.B. (2003). The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and glucose control in diabetes. General Hospital Psychiatry, 25, 246-252.

De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R., & Lustman, P. (2001). Association of depression and diabetes complications: A meta-analysis. Psychosomatic Medicine, 63, 619-630.

Delamater, A.M., Jacobson, A.M, Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P., Rubin, R. et al. (2001). Psychosocial therapies in diabetes: Report of the psychosocial therapies working group. Diabetes Care, 24(7), 1286-1292.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group (DCCT). (1993). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. New England Journal of Medicine, 329(977-986).

Dozois, D.J. & Dobson, K.S. (2004). The Prevention of Anxiety and Depression: Theory, Research and Practice. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Egede, L. E., & Zheng, D. (2003). Independent factors associated with Major Depressive . Disorder in a national sample of individuals with diabetes. Diabetes Care, 26(1), 104-111.

Egede, L. E. (2004). Diabetes, major depression and functional disability among U.S. adults. Diabetes Care, 27(2), 421-428.

Feifer, C. & Tansman, M. (1999). Promoting psychology in diabetes primary care. Professional Psychology: Research and Practice, (30)1, 14-21.

Fisher, L., Chesla, C. A., Mullan, J. T., Skaff, M. M., & Kanter, R. A. (2001). Contributors to depression in Latino and European-American patients with Type 2 Diabetes. Diabetes Care, 24(10), 1751-1757.

Flegal, K. M., Ezzati, T. M., Harris, M. I., Haynes, S. G., Juarez, R. Z., Knowler, W. Z., Pérez-Stable, E. J., et al. (1991). Prevalence of diabetes in Mexican Americans, Cubans, and Puerto Ricans from the Hispanic Health and Examination Survey. Diabetes Care, 14, 628-638.

Gavard, J., Lustman, P., & Clouse, R. (1993). Prevalence of depression in adults with diabetes: Relationship to symptom and glucose control. Journal of Nervous and Mental Disorders, 174, 736-742.

Glasgow, A. M., Fisher, E. B., Anderson, B., La Greca, A., Marrero, D. G.,

Johnson, S. B., Rubin, R., et al. (1999). Behavioral science in Diabetes: Contributions and opportunities. Diabetes Care, 22(5), 832-843.

Goldney, R., Fisher, L., Phillips, P., & Wilson, D. (2004). Diabetes, depression, and quality of life. Diabetes Care, 27(5), 1066-1070.

Goldston, D.B., Kelley, A.E., Reboussin, D.M., Daniel, S.S., Smith, J.A., Schwartz, R.P.,

Lorentz, W., et al. (1997). Suicidal ideation and behavior and noncompliance with the medical regimen among diabetic adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36(11), 1528-1536.

Gonder-Frederick, L., Cox, D., & Ritterband, L. (2002). Diabetes and Behavioral Medicine: The second decade. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70(3), 611-625.

Griffith, L., & Lustman, P. (1997). Depression in women with diabetes. Diabetes Spectrum, 10, 216-232.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. Journal of Neurology and Psychiatry, 41, 21-24.

Harris, M.I. (1991). Epidemiological correlates of NIDDM in Hispanics, Whites, and Blacks in the U.S. population. Diabetes Care, 14(7), 639-648.International Diabetes Federation. (2005). Diabetes Facts and figures. Accesado el 27 de abril de 2005 de: http://www.idf.org/home/index.cfm?node=6

Jacobson, A. (1996). The psychological care of patients with insulin dependent diabetes mellitus. New England Journal of Medicine, 334, 1249-1253.

Katon, W., Simon, G., Russo, J., Von Korff, M., Lin, E.H., Ludman, E., Ciechanowski, P., et al. (2004). Quality of depression care in a population based sample of patients with diabetes and major depression. Medical Care, 42(12), 1222-1229.

Katon, W., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Russo, J., Lin, E., Simon, G.,

Ludman, E., et al. (2004). Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. Diabetes Care, 27(4), 914-920.

Kovacs, M., Obrovsky, D., Goldston, D., & Drash, A. (1997). Major depressive disorder in youths with IDDM. A controlled prospective study of course and outcome. Diabetes Care, 20, 45-51.

Lustman, P., Anderson, R., Freedland, K., de Groot, M., Carney, R., & Clouse, R. (2000). Depression and poor glycemic control: A meta-analytic review of the literature. Diabetes Care, 23(934-942).

Lustman, P., & Clouse, R. (2004a). Depression: A potentially modifiable risk factor for diabetes and its complications. Diabetes Spectrum, 17(3), 147-164.

Lustman, P., & Clouse, R. (2004b). Practical considerations in the management of depression in diabetes. Diabetes Spectrum, 17(3), 160-166.

Lustman, P.J., Freedland, K.E., Griffith, L.S., & Clouse, R.E. (2000). Fluoexetine for depression in diabetes: A randomized double-blind placebo controlled trial. Diabetes Care, 23(5), 618-623.

Lustman, P. J., Griffith, L.S., & Clouse, R.E. (1988). Depression in adults with diabetes: Results of a 5 year follow up study. Diabetes Care, 11(8), 605-612.

Lustman, P. J., Griffith, L.S., & Clouse, R.E. (1997). Depression in adults with diabetes. Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 2(1), 15-23.

Lustman, P. J., Griffith, L.S., Clouse, R.E.. Freedland, K.F., Eisen, S.A., Rubin, E.H.,

Carney, R.M., et al. (1997). Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double- blind, placebo controlled trial. Psychosomatic Medicine, 59(3), 241-250.

Lustman, P.J., Griffith, L.S., Freedland, K.E., Kissel, S.S. & Clouse, R. (1998). Cognitive behavior therapy for depression in Type 2 Diabetes Mellitus. Annals of Internal Medicine, 129(8), 613-621.

Lustman, P., Griffith, L., Gavard, J., & Clouse, R. (1992). Depression in adults with diabetes. Diabetes Care, 15, 1631-1639.

McBean, A.M., Li, S., Gilbertson, D.T., & Collins, A.J. (2004). Differences in diabetes prevalence, incidence, and mortality among the elderly of four racial/ethnic groups: Whites, Blacks, Hispanics, and Asians. Diabetes Care, 27(10), 2317-2324.

McKellar, J.D., Humphreys, K., & Piette, J.D. (2004). Depression increases diabetes symptoms by complicating patients' self-care adherence. The Diabetes Educator, 30(3), 485-492.

Nichols, G. A., & Brown, J.B. (2003). Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in type 2 diabetes. Diabetes Care, 26(3), 744-749.

Organización Panamericana de Salud. (2001, junio). Diabetes en las Américas. Boletín

Epidemiológico, 22(2). Accesado el 28 de abril del 2005 de: http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n2-diabetes.htm

Paschalides, C., Wearden, A.J., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R., & Dickens, C.M. (2004). The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Journal of Psychosomatic Research, 57, 557-564.

Penninx, B., van Tilburg, T., Boeke, A.J., Deeg, D.J., Kriegsman, D.M., & van Eijk, J. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: Different for various chronic diseases? Health Psychology, 17(6), 551-558.

Pérez-Barrero, S., Ros-Guerra, L.A., Pablos-Anaya, T., & Calás-López, R. (1997). Factores de riesgo suicida en adultos. Revista Cubana de Medicina General Integral, 13(1), 7-11. Accesado el 4 de mayo de 2005 de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_1_97/mgi01197.htm.

Peyrot, M. & Rubin, R.R. (1999). Persistence of depressive symptoms in diabetic adults. Diabetes Care, 22(3), 1999.

Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measures, 1, 385-401.

Roberts, C.M. (1999). The prevention of depression in children and adolescents. Australian Psychologist, 34, 49-57.

Rubin, R. (2000). Diabetes and quality of life. Diabetes Spectrum, 13, 21.

Seligman , M.E.P., Reivich, K., Jaycox, L., & Gilham, J. (1995). The optimistic Child. Australia: Random House.

Talbot, F. & Nouwen, A. (2000). A review of the relationship between depression and diabetes in adults: Is there a link? Diabetes Care, 23(10), 1556-1562.

Talbot, F., Nouwen, A., Gingras, J., Belanger, A., & Audet, J. (1999). Relations of diabetes intrusiveness and personal control to symptoms of depression in adults with diabetes. Health Psychology, 18(5), 537-542.

Van den Akker, M., Schuurman, A., Metsemakers, J., & Buntinx, F. (2004). Is depression related to subsequent diabetes mellitus? Acta Psychiatrica Scandinava, 110, 178-183.

Wild, S., Roglic, G., Freen, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care, 27(5), 1047-1053.

Williams, J.W., Katon, W., Lin, E.H., Noel, P.H., Worchel, J., Cornell, J., Harpole, L.,et al. (2004). The effectiveness of depression care management on diabetes related outcomes in older patients. Annals of Internal Medicine, 140, 1015-1024.

World Health Organization. (2003). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). (10th Rev.). Accesado el 28 de abril del 2005 de: http://www3.who.int/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm

.

LA CONSTRUCCION DE LA RESILIENCIA EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD

Maria Teresa Fiorentino
Universidad Nacional De San Luis - Argentina

Introducción

Edgardo Esteban fue uno de los miles de soldados argentinos, de apenas dieciocho años, enviados por la dictadura militar imperante en la época, a recuperar las Islas Malvinas, el 2 de abril de 1982. Sin preparación previa, sin armamentos ni equipos adecuados, aquellos soldados se encontraron en total desventajas frente a las

fuerzas militares inglesas. Todos vivieron el horror de una guerra irracional y desigual. Vio llorar, morir, incluso, suicidarse a sus compañeros. El fue uno de los sobrevivientes. A pesar de la experiencia traumática vivida reconstruyó su vida. Es periodista, trabajó como productor para CBS Telenoticias y en la actualidad es corresponsal de dicha cadena, trabajó en radio. Es autor del libro "Malvinas, diario del regreso", respecto al mismo dice: "no es simplemente mi testimonio de una guerra en la que nunca soñé estar, ni la muerte que tanto esperé, ni el dolor que tanto me torturó, ni el miedo que no me dejaba crecer, ni la indiferencia que padecimos después, ni la marginación que hoy continúa. , puesto que ninguna de esas cosas me hizo perder el amor a la vida".

Su libro sirvió de guión cinematográfico para la película "Iluminados por el fuego". Este filme recientemente ha recibido premios y reconocimientos en festivales de cine internacionales.

Boris Cyrulnik, con solo seis años y su familia exterminada, escapó de un campo de concentración nazi en 1943. Después de aquella terrible experiencia logró reconstruir su vida, estudiar medicina y psicoanálisis y ser reconocido por sus trabajos sobre etología y sus conceptos sobre resiliencia. Ha escrito numerosos libros, artículos y ha dictado conferencias.

Ambos casos son, entre muchos otros, ejemplos paradigmáticos de resiliencia, entendida como la capacidad de resistir el sufrimiento y de superar los traumas psíquicos.

Este concepto de resiliencia ha generado, en las últimas décadas, gran atención y numerosas investigaciones en el ámbito de las Ciencias Sociales y Humanas. Lo valioso de esta perspectiva, y sus potenciales aplicaciones, es la construcción de un cuerpo teórico, que garantiza a los profesionales de la salud y de la educación una metodología y les provee de un marco para la elaboración de proyectos y programas, orientados a recuperar la salud, la dignidad y la condición humana de millones de personas inmersas en situaciones de adversidad.

En la Argentina, así como en la mayoría de los países del Tercer Mundo, en las últimas años, progresivamente se ha profundizo el desempleo, la inestabilidad laboral, el hambre, el debilitamiento de los sistemas de protección social, el deterioro de la educación, de las prestaciones de salud, justicia y seguridad. Y, fundamentalmente, ha aumentado la percepción de un futuro incierto en los adolescentes y jóvenes, lo cual incide negativamente en su esperanza y expectativas de realización y progreso (Roldán, 2004).

Desde una perspectiva socio-político-económico, Melillo (2002) sostiene que la globalización de la economía y las políticas neoliberales en el mundo, con sus evidentes consecuencias de empobrecimiento y exclusión de varios sectores de la población van dejando generaciones marcadas por la enfermedad, la cárcel, el deterioro personal, familiar y social. Agrega, que es necesario utilizar plenamente el concepto de resiliencia en las acciones educativas, sociales y de salud, que abarquen a sujetos de todas las edades, familias y comunidades, para ser asistidas por programas que promuevan y refuercen sus características resilientes. La psicología, la antropología, la sociología, el trabajo social y el derecho se han visto enriquecidos con el desarrollo de este enfoque y estrategias implementadas en esta área del conocimiento

Grotberg (2002) afirma que la resiliencia ha sido reconocida como un aporte a la promoción de la salud mental y que la infancia temprana es un periodo excelente para comenzar con su promoción. Sostiene que la comunidad internacional se ha

entusiasmado y comprometido mucho con esta perspectiva porque resulta fecunda y enriquecedora del potencial humano, ya que la realidad muestra que no todas las personas sometidas a situaciones críticas sufren enfermedades o cuadros psicopatológicos, por el contrario, hay personas que superan la situación y logran capitalizar esa experiencia. Lo importante es detectar y analizar las variables que permiten salir enriquecidos frente a la adversidad.

Seligman y Czikszentmihalyi, (2000), autores pertenecientes a la corriente de la Psicología Positiva, sostienen que la resiliencia contribuye a la calidad de vida, además de ser un eficaz amortiguador del estrés. La psicología positiva, de reciente aparición, busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a pensamientos, actitudes y emociones positivas del ser humano. El objetivo es aportar nuevos conocimientos para ayudar, a las personas o grupos para resolver problemas de salud y mejorar la calidad de vida. Czikszentmihalyi (1998) observó que algunos hombres que sufrieron los horrores de la guerra, podían luego adaptarse y tener una vida feliz en el exilio. Se preguntó cuáles eran las características que les permitía lograrlo y realizó estudios a fin de establecer los parámetros que influyeron para tener una vida feliz a pesar de la adversidad.

Desde la psicología positiva el concepto de resiliencia se centra, fundamentalmente, en las fortalezas y aspectos positivos presentes en los seres humanos. Es decir, más que centrarse en las condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas, se preocupa por estudiar las condiciones que posibilitan un desarrollo más sano y positivo. En el área de la prevención psicosocial se ha fortalecido el concepto de privilegiar los aspectos positivos, creativos, saludables y resilientes de las personas, la familia, la escuela y la comunidad. En este sentido se trata de superar el modelo de enfermedad por una perspectiva que promueva y valore las potencialidades, capacidades, talentos y los recursos propios.

Los primeros proyectos de investigación sobre resiliencia se concentraron en el ámbito educativo y en programas sociales. En La Haya, la Fundación Ernest Van Leer estudia y desarrolla el concepto de resiliencia desde hace, aproximadamente, dos décadas. En el año 1997 se creó en la Argentina dependiente de la Universidad Nacional de Lanús el Centro Internacional de Información y Estudio de la Resiliencia (CIER), apoyado por la fundación Bernard Van Leer (Holanda). Este centro tiene como objetivos el desarrollo y promoción de los principios de resiliencia aplicados al enfoque social y comunitario. El objeto de estudio de estas investigaciones son las habilidades, las capacidades, las respuestas exitosas, la adaptación positiva, el enfrentamiento efectivo, los procesos sociales y psíquicos, que constituyen el conjunto de recursos del individuo o de la comunidad.

Concepto de resiliencia

En Ciencias Humanas se utiliza el concepto de resiliencia para designar la capacidad que permite a las personas salir transformados y enriquecidos al enfrentar situaciones adversas. En muchos estudios, se la ha relacionado a la manera sorprendente en que muchos niños maltratados (hijos de padres alcohólicos, abusivos, delincuentes, etc.) o que viven en situaciones de alto riesgo (en comunidades de extrema pobreza, zonas de guerra o de desastre natural) han

tenido la capacidad de sobreponerse y mantener su salud y bienestar psicológico. También, se han referido a cómo muchos pueblos pudieron resistir frente a la destrucción y salir fortalecidos construyendo programas y proyectos superadores.

Werner y Smith (1992), Werner (1993), realizaron un estudio epidemiológico en Kauai (Hawai) donde hicieron un seguimiento durante treinta y dos años de unas aproximadamente 500 personas sometidas a condiciones de extrema pobreza. A pesar de ello, observaron que muchos niños lograron sobreponerse y construirse como personas saludables. Habían desarrollado un sentido de coherencia, una convicción de que los obstáculos pueden ser superados y crear expectativas de control personal, de construir una vida mejor a través de sus esfuerzos y relaciones. La primera hipótesis que elaboraron los investigadores, era que esto se debía a variables biológicas, especialmente referidas a condiciones genéticas, que los hacían invulnerables. Posteriormente se constató que todos ellos se desarrollaron junto a un adulto significativo que los había apoyado incondicionalmente. Este estudio apoya fuertemente la teoría del apego (Bowlby, 1989). Se consideró, entonces, que el vínculo afectivo estaba en la base de tales desarrollos exitosos. La relación más importante en la vida de un niño es el apego a su cuidador primario, en el caso óptimo, la madre. Esto es así, ya que esta primera relación determina el molde biológico y emocional para todas sus relaciones futuras. Un apego saludable, construido con experiencias de vínculo repetitivas durante la infancia, provee una base sólida para futuras relaciones. Por el contrario, problemas en vinculación y apego pueden resultar en una base biológica y emocional frágil para maneras de relacionarse.

En el concepto de resiliencia, podemos enfatizar sobre diversos aspectos, lo cual se ve reflejado en la definición formulada por diferentes autores.

Grotberg (1995) afirma que se trata de la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, inclusive, ser transformado por ellas

Vanistendael, (1995) distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción; es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión y, por otra parte, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a circunstancias difíciles

Rutter (1991) sostiene que la resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida "sana" en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Así, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo.

Suárez Ojeda (1993) afirma que la resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, y construir sobre ellos.

Osborn (1994) considera la resiliencia como un concepto genérico que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y su relación con los resultados de la competencia. Puede ser producto de una conjunción entre los factores ambientales y el temperamento, y un tipo de habilidad cognitiva que tienen algunos niños aún cuando sean muy pequeños.

En general, como podemos observar, los autores consideran la resiliencia, no como un rasgo, sino como un estado, producto de un proceso dinámico entre factores protectores y de riesgo que puede ser construido, desarrollado y promovido. Se edifica desde las fortalezas del ser humano, desarrollando las potencialidades de cada individuo. Se apunta a identificar y desplegar las competencias y recursos con los que cuentan las personas, estimular la autoestima, una concepción positiva de sí mismo y del entorno, generar conductas adecuadas de resolución de problemas, y expectativas de control sobre la propia vida. Las intervenciones para aumentar la resiliencia implican, básicamente, estimular a las personas para que pongan en juego sus capacidades y recursos a fin de promover la salud y la calidad de vida.

Esta teoría se fundamenta en las diferencias individuales, en las diversas reacciones que manifiestan las personas cuando se enfrentan a circunstancias adversas; algunas personas enferman y se desequilibran manifestando diversos trastornos, mientras que otras, se desarrollan y salen fortalecidas. El concepto de resiliencia implica un conjunto de habilidades y actitudes que promueven un proceso de adaptación y transformación exitosa a pesar de los riesgos y de la adversidad. En los últimos años, diversos investigadores se han abocado a determinar los factores que inciden en el enfrentamiento exitoso al estrés.

Tradicionalmente se ha considerado a los factores de riesgo desde la biología y la medicina como relacionados a enfermedades. Por ejemplo, el sedentarismo, la obesidad y el consumo de tabaco asociado a las enfermedades cardíacas. Pero esta perspectiva resulta limitada por cuanto no explica cómo factores de índole social, económica y cultural resultan perjudiciales para el desarrollo integral de las personas. Fernández D´Adam (2004) señala que identificar y reconocer los riesgos de un individuo, grupo o comunidad, significa poder estimar la probabilidad de que se produzcan daños o problemas. Agrega que esto permite anticiparse a situaciones y evitarlas mediante intervenciones adecuadas y oportunas. En el consumo de drogas, por ejemplo, identifica los siguientes factores de riesgo:

- la predisposición genética (ser hijo de padres consumidores),

- la edad y el género,

- una menor percepción de riesgo,

- impulsividad, hostilidad, actitudes de rebeldía,

- deficiente repertorio de habilidades sociales,

- fracaso y deserción escolar,

- conflictos familiares, normas de convivencia familiar no claras,

- tolerancia social frente al uso de ciertas sustancias,

Garmezy (1991) afirma que están en situación de riesgo ambiental aquellas personas que se enfrentan a:

- Pobreza crónica

- Madre con bajo o nulo nivel de educación

- Problemas crónicos de salud

- Enfermedad crónica o problemas de salud de alguno de los miembros de la familia

- Muerte de algún miembro de la familia

- Separación de los padres

- Nueva pareja de alguno de los padres

- Nuevo hermano

En cuanto al tema de la pobreza, Garmezy sostiene que es un factor de riesgo. Sin embargo, otros autores como Edith Grotberg (2002), afirman que no existe tal relación, ya que pueden existir niños con escaso poder resiliente en un contexto socioeconómico elevado. En este sentido Boris Cyrulnik, en una entrevista para la Revista del Diario Clarín (Buenos Aires, abril 2005) afirma que no es la pobreza lo que arruina el desarrollo de un niño sino la privación de afecto y de cultura. Agrega, que conoce países pobres donde la gente es muy afectuosa y culta. En cambio, en culturas de países desarrollados los niños están cada vez más aislados; ahora los cuidan televisores y heladeras llenas de dulces y grasas. Los niños se vuelven obesos, agresivos, suicidas, desdichados, y si se produce una desgracia, son muy vulnerables.

En un artículo aparecido en el Diario La Nación (Buenos Aires, Argentina, mayo 2004), se destaca la posibilidad de desarrollar factores de protección en niños que viven en extrema pobreza la cual afecta seriamente su desarrollo, especialmente el desempeño cognitivo, mediante un programa de estimulación adecuado. El equipo de investigadores de la Unidad de Neurobiología Aplicada del Centro de Educación Médica e Investigación Clínica Noberto Quirno (Cemic), dirigido por Dr. Colombo, mostró que si se expone a chicos de entre 3 y 5 años provenientes de hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) a pruebas que demandan la resolución de problemas, éstos no sólo mejorarán notablemente su desempeño, sino que alcanzarán y, a veces, superarán a los de familias con necesidades básicas satisfechas (NBS). Este trabajo es un ejemplo de la superación de factores de riesgo mediante procedimientos que aumentan la resiliencia a partir del estímulo de funciones cognitivas. La pobreza y la indigencia conducen inevitablemente a la desnutrición y a la deficiencia cognitiva. La deserción escolar conlleva mayores índices de inadaptación social y aparición de una serie de patologías psicosociales en la sociedad. Esta cadena de acontecimientos es relevante acerca del camino que debe seguir la prevención. El Programa de Intervención Escolar en chicos de hogares con necesidades básicas insatisfechas de escuelas de la ciudad de Buenos Aires, patrocinado por las fundaciones Bunge y Born y Conectar, y por Unicef Argentina, estudió el impacto de exponer semanalmente a grupos de chicos de entre 3 y 5 años a pruebas que involucran circuitos nerviosos de la región prefrontal (procesos cognitivos ejecutivos). En este estudio se seleccionaron 189 chicos sanos, que no hubieran padecido trastornos durante su gestación o el parto. Todos recibieron suplemento con hierro y ácido fólico para evitar variaciones durante el desarrollo de la investigación. Se los dividió en dos grupos. El "grupo control" mantuvo un encuentro con los operadores para desarrollar una actividad que se consideraba "neutra" (dibujar). Otro recibió la estimulación semanal, con pruebas específicas. Los resultados indicaron que, a pesar de haberse implementado una intervención de baja intensidad (sólo una vez por semana), los desempeños son recuperables. Es más, en algunas de las pruebas, los chicos de NBI incluso superaron el desempeño de una población de chicos de hogares de NBS sin estimular. Otro resultado igualmente sugestivo es que todos los chicos

mejoraron con respecto a los de NBI que nunca recibieron estimulación ni hierro, incluso los que no fueron expuestos a pruebas específicas. Colombo afirma que esto muestra cuán delicada y plástica es la mente de los chicos, y que tanto la mera exposición al operador y a una tarea neutra produjo una mejoría en el desempeño. Subraya que "No hay que olvidar que el desarrollo de un chico es multifactorial: no sólo depende de la escuela, sino del hogar, del nivel de educación de los padres, en especial de las madres, y del ambiente de salubridad que lo rodea".

En cuanto a los factores protectores, el supuesto del cual se parte es que la existencia de ciertos aspectos de resiliencia individuales y sociales nos permiten salir enriquecidos y fortalecidos sin caer en la enfermedad. Son aquellos que funcionan como amortiguadores del estrés. Se consideran fuerzas internas y externas que contribuyen a que la persona resista los efectos del riesgo, por tanto, reducen la posibilidad de disfunción y problemas en estas circunstancias. Implican variables genéticas, disposiciones personales, factores psicológicos, situacionales y sociales. Dentro de los personales se incluyen habilidades comunicativas y de resolución de problemas, sentido del humor, autoestima elevada, creatividad, autonomía, mayor tolerancia a las frustraciones, capacidad de pedir ayuda. En la familia se han detectado factores como presencia de apoyo incondicional por al menos una persona significativa y emocionalmente estable, creencias religiosas que promuevan la unidad familiar y la búsqueda de significados en momentos difíciles.

En el ámbito comunitario, se han considerado la presencia de pares y personas mayores en la comunidad que brinden la posibilidad de transiciones positivas en la vida. Para ello es importante implementar programas de educación comunitaria dirigidos a padres, maestros y miembros de organizaciones no gubernamentales, para constituirlos en agentes efectivos de resiliencia.

Los diferentes factores protectores, al igual que los de riesgo, no actúan de manera aislada sino ejerciendo un efecto de conjunto donde se establecen complejas relaciones funcionales, que en definitiva, traen como resultado la atenuación de los efectos de las circunstancias adversas y eventos estresantes. Este proceso de amortiguación del estrés y su conocimiento es imprescindible para comprender los mecanismos que subyacen a los factores protectores y a la resiliencia en general. Dentro de estos factores protectores se distinguen factores internos como la autoestima, el optimismo, la fe, la confianza en sí mismo, la responsabilidad, la capacidad de elegir, de significar las experiencias y de buscar apoyo social. Por ello es importante, además de desarrollar factores internos, afianzar los apoyos externos de promoción de la resiliencia mediante programas que permitan la participación comunitaria.

En resumen y de acuerdo a diversos autores, los factores que fortalecen internamente a niños y adolescentes son:

1. Vinculo estable (apego seguro) con al menos uno de los padres u otra persona significativa.

2. Apoyo social Actitud de comprensión, cuidado y amor por parte de los cuidadores.

3. Ambiente educativo regido por normas claramente establecidas y relaciones afectivas positivas.

4. Modelos sociales que estimulen un aprendizaje constructivo.

5. Responsabilidades sociales y exigencia acordes a la edad cronológica y madurez de los sujetos.

6. Oportunidades de desarrollo de destrezas y competencias cognitivas, afectivas y conductuales. Reconocimiento y atención a los éxitos y habilidades

7. Estrategias de afrontamiento que favorecen la resolución eficaz de los problemas.

8 Expectativas de auto eficacia, confianza en sí mismo y un auto-concepto positivo.

9. Actitud optimista y fuertes expectativas de auto eficacia frente a situaciones generadoras de estrés.

10. Capacidad de otorgar sentido y significado al sufrimiento. Apoyo de un marco de referencia ético, moral y espiritual.

Se trata de brindarle al niño y al adolescente los elementos necesarios para que posean expectativas positivas respecto al futuro, puedan establecer relaciones íntimas y comprometidas, se muestren activos y flexibles; puedan comunicarse abiertamente, demostrar afecto y se relacionen armoniosamente con su familia y su comunidad.

La construcción de la resiliencia

La construcción de la resiliencia se ha resumido en un esquema que se desarrolló en Chile, denominado internacionalmente "la casita". Esta metáfora, divulgada por Vanistendael (2002), sintetiza todos los elementos básicos para edificar la resiliencia en el niño y el adolescente. La "casita" puede servir para encontrar puntos fuertes y débiles de un niño y del entorno en el que vive. Esto no quiere decir que, en ciertos casos, deba recurrirse a un diagnostico profesional profundo. La resiliencia es solo un enfoque y la "casita" solo una herramienta de trabajo. En la casa cada habitación o piso representa un campo de posible intervención para la construcción o el mantenimiento de la misma. El esquema es aplicable al niño y al adolescente y desde una perspectiva de atención integral a la salud, se puede utilizar para un adulto, una familia y para una comunidad.

En primer lugar se encuentra el suelo (cimientos) sobre el que está construida. Se trata de la satisfacción de las necesidades básicas como la alimentación y los cuidados elementales para la salud. Este autor hace referencia a un programa para niños de la calle donde encontró que la necesidad de dormir debía ser satisfecha antes que ninguna otra, debido a la explotación que se hacía de los mismos a nivel laboral. Luego de esta etapa de recuperación física (sueño y alimentación) se podía comenzar a trabajar prontamente por la recuperación psicológica de los mismos.

En el subsuelo encontramos la aceptación incondicional del niño al menos por una persona significativa de su entorno. El amor auténtico significa aceptar sin condiciones a una persona independientemente de su apariencia, salud,

comportamiento etc. Un ejemplo de esto lo ilustra lo acontecido en un Hospital de Mendoza, Argentina, en los primeros meses de 2005, en el que nació un bebé con síndrome de Down. Primero sus padres denunciaron que les habían cambiado a su bebé. Intervino la Justicia, se hicieron los análisis de ADN y se comprobó que era hijo de la pareja denunciante. Cuando fueron informados de los resultados, decidieron darlo en adopción. A los pocos meses un matrimonio, en lista de espera, realizó los trámites correspondientes y se lo entregaron en adopoción. De esta manera podemos afirmar que estos padres adoptivos aceptaron y amaron de forma incondicional al bebé, no así sus padres biológicos.

La aceptación incondicional se da con mayor facilidad en las relaciones informales con familiares y amigos. Esta es una de las razones por las cuales son tan importantes las redes sociales de apoyo. Los amigos, familiares y maestros desempeñan un rol fundamental en el desarrollo psicosocial integral del niño. Una familia y una escuela que funcionan adecuadamente, acepta incondicionalmente a sus miembros.

Amar genuinamente a un niño, a un adolescente, es creer en él, descubrir sus talentos, motivaciones y aptitudes y darle oportunidades para desarrollarse.

En la planta baja encontramos la capacidad de encontrar un sentido a la propia vida. Para un niño la responsabilidad de cuidar su mascota, de proteger a su hermano desvalido, cuidar su madre enferma, le da la oportunidad de establecer una relación que le da sentido y coherencia a su estar en el mundo. El relato autobiográfico de Viktor Frankl (1979), que realiza en el libro "El hombre en busca de sentido", muestra la forma en que el significado influye en el comportamiento. El autor, sobreviviente de los campos de concentración, estuvo sometido a las experiencias más extremas a que puede estar sujeto un ser humano. Sin embargo, logró salir con vida. Su estrategia de supervivencia fue su actitud personal ante las circunstancias a que estuvo expuesto durante su prisión consistente en otorgarle un sentido al sufrimiento. "El prisionero que perdía la fe en su futuro estaba condenado... Con la pérdida de la fe en el futuro perdía, asimismo, su sostén espiritual; se abandonaba y decaía y se convertía en sujeto de aniquilamiento físico y mental... y se convertía en presa de la enfermedad... y moría". La verdadera razón de su muerte era la pérdida de la esperanza por la ausencia de significado. Desde una perspectiva constructivista, cuando las personas experimentan acontecimientos adversos y no pueden encontrarle un sentido ("por qué a mi", "que es esto"), permanecen como algo extraño y ajeno a su vida y por ello perturban, sólo cuando logran encontrarle un significado pueden integrarlas a su historia de vida, a su narrativa.

En el primer piso distinguimos tres habitaciones: la autoestima, las competencias y aptitudes y el humor.

La autoestima es un concepto que suscita mucho interés entre psicólogos, educadores y profesionales de la salud mental. Para la construcción de la autoestima es fundamental la calidad de la relación afectiva del niño con sus padres o cuidadores, así como los logros alcanzados. Un apego seguro (Bowlby, 1989) permite al niño explorar el entorno y regresar, sabiendo que sus padres estarán disponibles y accesibles si él los necesita. Esto les permite adquirir seguridad en sí mismos y en los demás. Desde esta perspectiva, los seres humanos adquieren el conocimiento y la valoración de sí mismos a través de la interacción con los otros significativos. Popper y Eccles (1977) sostienen que "Así como nosotros aprendemos a vernos en un espejo, el niño se hace cada vez más consciente de sí mismo al ver su reflejo en el espejo de la consciencia que otros tienen de él". En este sentido, la familia resulta un elemento crucial para el desarrollo de la

valoración de sí mismo y el sentimiento de responsabilidad hacia sí mismo y los demás.

Vanistendael y Lecomte (2002) sostienen que una interpretación ingenua de los efectos de la autoestima condujo a poner en marcha programas basados en que la misma era la causa determinante del equilibrio psicológico y del éxito escolar. Sin embargo, agregan, que parece ser mejor ayudar al niño a desarrollar sus fortalezas y aptitudes, lo cual permite estimularlo y formar su autoestima a partir de sus ejecuciones exitosas.

La autoestima, o el modo en que nos sentimos con respecto a nosotros mismos, afectan todos los aspectos de nuestra vida y es un requisito fundamental para una vida plena. En general, de acuerdo a diversos autores, en la autoestima podemos distinguir dos componentes: sentimientos de capacidad personal y sentimientos de valía personal

Branden (1991) sostiene que la autoestima es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo y es un reflejo del juicio que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida y de su derecho de respetar y defender sus intereses y necesidades. También implica sentirse capaz para resolver los problemas cotidianos.

Burns (1990), la describe como el conjunto de actitudes del individuo hacia él mismo. Tener una autoestima baja como persona conlleva al temor de no merecer ser amado ni merecer la felicidad. La inseguridad y la desconfianza en nosotros mismos es el resultado de no valorarnos en lo que somos, y no reconocer y apreciar las cualidades y talentos que poseemos, y de no aceptar nuestras limitaciones. Es importante un auto conocimiento profundo y de autocrítica para poder reconocer tanto lo positivo como lo negativo de nuestras características personales. Una de las influencias más poderosas para el desarrollo de la autoestima es la educación proveniente de los padres y educadores.

De acuerdo a Satir (1967), Ginott (1965) y Coopersmith (1967), los niños que se sienten amados y respetados, tal como son, y que no sienten que su valor se cuestiona continuamente, poseen una inapreciable ventaja en la formación de una sana autoestima. Coopersmith resaltó lo que los padres pueden hacer para estimular el desarrollo de la autoestima en sus hijos. Uno de los puntos más interesante es que la autoestima de un niño no se relaciona con la posición económica de la familia, ni con la educación, área geográfica del domicilio, clase social, ocupación del padre, ni el hecho de que la madre siempre se encuentre en el hogar. Lo que es verdaderamente importante en la vida de un niño, es la calidad de la relación que exista entre el adulto y el menor. Este autor describió cuatro condiciones que se asocian frecuentemente con la elevada autoestima en los niños:

- Cuando los menores experimentan una total aceptación de sus pensamientos, sentimientos y valor de su existencia.

- Cuando se sienten que se les respeta su dignidad como seres humanos y que los padres toman en cuenta sus necesidades y deseos, mostrándose dispuestos a negociar las reglas familiares dentro de límites cuidadosamente establecidos. Cuando se le da más importancia a estimular y reafirmar el comportamiento positivo y se recurre menos a los castigos y se demuestra interés por la vida social y académica de sus hijos y están dispuestos a conversar con él cuando éste así lo desea.

- Cuando los padres manifiestan un alto nivel de autoestima y sirven como modelos en el modo en que se relacionan con las demás personas y consigo mismas.

Por el contrario, cuando no se trata a un menor con respeto, no se le atiende, no se le escucha y éste no siente que es merecedor de la confianza de los demás, es natural que no se respete a sí mismo y que continúe sintiendo lo mismo cuando es adulto. Cuando se maltrata o rechaza a un niño se ve afectada su autoestima. Asimismo, la sobreprotección también puede afectar la valoración que hace el niño de sí mismo al no permitírsele correr riesgos, éste intuye que no puede enfrentar los desafíos normales de la vida y que es incapaz de sobrevivir solo. Asimismo, debemos esperar de nuestros hijos lo mejor que puedan dar de sí; proponerles metas elevadas, para que tengan que esforzarse, pero que las mismas sean accesibles a sus posibilidades reales para evitar la frustración y proporcionarles oportunidades para que puedan experimentar el éxito.

En resumen, podemos afirmar, que la autoestima se encuentra estrechamente ligada con la aceptación incondicional del individuo y con el ejercicio de sus aptitudes y destrezas.

La estimulación de las destrezas y aptitudes de cada niño, sus fortalezas personales, son de capital importancia para su desarrollo integral y su bienestar personal. Se debe procurar involucrarlo en actividades placenteras y proporcionarle los medios necesarios para que pueda progresar de acuerdo a sus talentos, lo cual le permitirá experimentar logros que serán las fuentes efectivas de sus expectativas de auto eficacia personal.

La adquisición de habilidades sociales, asertividad y de resolución de problemas, así como crear fuertes expectativas de control sobre la propia vida, son parte del repertorio de habilidades de auto manejo imprescindibles para afrontar eficazmente la adversidad.

El humor permite liberar energías y, fundamentalmente, nos permite construir otra perspectiva sobre la adversidad. El auténtico sentido del humor es más que un simple mecanismo de escape o de evitación. Estos implican no afrontar una realidad desagradable, pero si hay sentido del humor, podemos incorporarla a nuestra historia de vida con un nuevo significado, desde otra perspectiva, de manera de transformarla en algo más soportable y más positivo. El sentido del humor escasamente se menciona en las investigaciones sobre resiliencia. Implica comprender la irracionalidad de las expectativas de una vida sin sufrimientos. Parte de la vida son los problemas, los obstáculos, el sufrimiento. Pero si somos resilientes, sabremos tomarnos a nosotros mismos y a las cosas que nos acontecen con humor. El sentido del humor permite sobrellevar lo imperfecto, la aceptación madura de los fracasos, y tener confianza, aun frente a la adversidad. No hay forma de enseñar a las personas a desarrollarlo, pero existen juegos y otras actividades que se pueden practicar dentro de la familia y en los centros educativos que ayudan a estimularlo.

En el altillo encontramos la apertura a otras experiencias que pueden contribuir a la resiliencia. Estar abiertos a distintas vivencias, perspectivas y opiniones, nos permite reflexionar acerca de nuestra manera habitual de interpretar y valorar las situaciones adversas. Integrarnos a grupos de personas que comparten nuestros sufrimientos nos fortalece, nos da esperanza y sentido a nuestras vidas.

Comunidades que promueven la resiliencia

Cuando las características individuales y las variables protectoras del medio interactúan, pueden promover un desarrollo sano y positivo en los miembros de una comunidad. Uno de los factores protectores primordiales es el apoyo de los otros, incluyendo los miembros de la familia nuclear o extensa, maestros, grupo de pares, prestadores de salud, vecinos, etc. También las familias pueden ser consideradas resilientes cuando son capaces de afrontar la adversidad o los montos significativos de tensión, desarrollando su fuerza colectiva para responder a los desafios futuros. Las condiciones familiares asociadas con una respuesta resiliente incluyen la estabilidad, la cohesión, la flexibilidad y la comunicación. Otros atributos son la adaptabilidad y disponibilidad de apoyo interno y externo, tanto de la familia extensa como de amigos u otros agentes.

Fernández D¨Adam (2004) distingue factores ambientales protectores que revierten circunstancias potencialmente negativas tales como:

- Relaciones afectuosas: sensibilidad, comprensión, respeto e interés promueven un sentido de seguridad y confianza entre las personas.

- Expectativas realistas, acordes a las capacidades y motivaciones de las personas, focalizar sobre las fortalezas, no sobre los defectos o problemas, promueven la salud y bienestar de los sujetos.

- Oportunidades de participación comunitaria y contribución significativa en la sociedad, incentivan para asumir responsabilidades propias y colectivas y aplicar la capacidad personal en beneficio de la comunidad.

La resiliencia comunitaria, que hace fuerte a los pueblos y los capacita para enfrentar la adversidad, tiene que ver con fomentar la identidad cultural, la jerarquización de su historia, tradiciones y valores, la promoción de la autoestima colectiva (actitud de orgullo de pertenecer a un país) y su vida cultural (eventos artísticos, literarios, de formación ciudadana). Sólo ejerciendo una democracia activa en lo cotidiano (con participación genuina), sosteniendo valores éticos en todas las áreas ciudadanas, respetando todas las prácticas religiosas y teniendo acceso a todos los servicios (salud, justicia, educación, seguridad) podrá construirse una comunidad saludable.

Construcción de la resiliencia y familia

La familia es un factor preponderante en la formación de personas sanas física y psíquicamente. Si un niño tiene sus necesidades básicas satisfechas, tiene más opciones de éxito en el futuro, si a esto le añadimos el contacto físico, las caricias y el respeto de sus padres o familiares, su desarrollo en todos los aspectos será armónico.

Greenspan (1996) enumera una serie de condiciones familiares que favorecen la resiliencia entre los niños y jóvenes:

- Estructura y reglas claras dentro del hogar

- Apoyo entre los cónyuges

- Estrategias familiares de afrontamiento eficaces

- Prácticas de cuidado y crianza efectivas

- Interacción y apego entre padres e hijos (la presencia de una relación cálida, nutricia y de apoyo al menos con uno de los padres, protege o mitiga los efectos nocivos de un medio adverso)

- Expectativas positivas de los padres sobre el futuro de sus hijos

- Responsabilidades compartidas en el hogar

- Apoyo de los padres en las actividades escolares de los hijos

- Redes familiares fuertemente extendidas y redes de apoyo externas (por ejemplo, familiares, amigos, vecinos, etc.)

- Participación de la familia en actividades extra familiares (iglesia, clubes, escuelas, entre otros.)

- Oportunidades de desarrollo y responsabilidades extra-familiares.

Construcción de la resiliencia y escuela

Para formar niños y adolescentes resilientes, en el ámbito escolar, resulta fundamental el desarrollo y estimulación intelectual, social y afectiva, ya que esto conforma una base sólida para poder enfrentar de manera eficaz las situaciones adversas. El objetivo fundamental es la promoción de factores protectores personales con el fin de desarrollar estilos exitosos de afrontamiento. Resulta fundamental potenciar en los alumnos factores protectores internos tales como la autonomía, la autoestima, la creatividad y el humor infantil, expresado este último en la alegría, la capacidad de jugar y relacionarse con los otros.

Burguess (2003) considera fundamental ayudar a los maestros a comprender la importancia de un ambiente agradable en el que reine el buen humor; convencerlos de que la risa puede ser un elemento esencial para el aprendizaje; ayudarlo a sacar provecho del aspecto cómico que ya existe en clase y mostrarle maneras de combinar la risa con el aprendizaje.

Muchos investigadores han señalado que el humor es una variable que influye positivamente en la salud y en el aprendizaje. Fry (1970) sostiene que la risa y las emociones positivas producen cambios químicos benéficos que contribuyen al proceso curativo en las personas enfermas. Agrega que la risa mejora la presión sanguínea, estimula la circulación y el sistema inmunológico, eleva los niveles de endorfina y beneficia el sistema cardio-respiratorio. McGhee (1980, 1989) demostró en sus investigaciones que los alumnos aprenden mejor cuando las clases son dictadas con humor y que los alumnos recuerdan más y la retención es más prolongada cuando los ejemplos son presentados de manera humorística. Soebstad (1995) señala que el humor debe ser incorporado en los establecimientos de educación preescolar por su influencia en la salud física como mental de los niños.

Plantea que el humor es una disposición innata que puede ser estimulada desde el entorno

Pert (1997) afirma que es más probable que recordemos experiencias emocionales positivas cuando nos sentimos optimistas, mientras que las experiencias emocionales negativas se recuerdan con mayor facilidad cuando nos sentimos tristes y pesimistas. La risa y el humor atraen la atención y el interés de los alumnos, de esta manera el procesamiento de la información resulta óptimo, en cuanto a los procesos de retención, búsqueda y aplicación de la información. También ayudan a reducir el estrés, tanto en docentes como en alumnos, creando ambientes agradables que favorecen el aprendizaje y la salud.

Una relación afectiva con un maestro alienta a los jóvenes a superarse, estudiar y trabajar más. Adquieren un compromiso con aquellos maestros que quieren y en los que confían. La creación de un ambiente solidario y de respeto en la escuela crea oportunidades para relaciones saludables entre los estudiantes, entre los maestros, y entre los maestros y los padres.

Los maestros que estimulan y desarrollan la resiliencia estimulan:

1) Relaciones afectivas: demostrar afecto, apoyar, escuchar, valorar, respetar, no juzgar;

2) Expectativas mayores y elevadas: Desafiarlos a alcanzar mayores logros, reconocer las fortalezas, ayudar al auto-reconocimiento y evitar rótulos (fracasado, vago)

3) Evaluar los obstáculos, la adversidad como un desafío que se puede afrontar y que es algo transitorio

4) Permitirse errores, fallas, aprender que estos son parte del aprendizaje;

5) crear oportunidades para la participación activa, instarlos a resolver problemas, dar responsabilidades, estimular la creatividad

Los maestros que construyen la resiliencia están centrados en las habilidades, las fortalezas y talentos de los alumnos como punto de partida para su desarrollo integral, crean situaciones donde puedan desarrollarse y tienen la capacidad de detectar los intereses particulares de cada uno de ellos para generar proyectos que le otorgue un sentido a su vida

Conclusión

La importancia de este enfoque de la resiliencia, como un estado que se construye, es que se constituye como relevante el rol que juega la familia, la escuela y la comunidad como fuentes generadoras de factores protectores. Esta perspectiva permite elaborar teorías y diseñar estrategias de intervención y programas preventivos a fin de promover actitudes y comportamientos saludables y resilientes en niños, adolescentes y adultos afectadas por niveles significativos de estrés.

La resiliencia es una capacidad que se puede promover en niños y adolescentes mediante la estimulación cognitiva, afectiva y conductual. En este sentido es fundamental que desde pequeños los niños se sientan amados y valorados, que se les reconozcan y estimulen permanentemente sus comportamientos saludables, lo que hacen bien, ignorando sus conductas nocivas y reforzando todas aquellas que

sean incompatibles o alternativas, que permitan el desarrollo psicosocial de los mismos.

Uno de los factores protectores que contribuyen a desarrollar la resiliencia, es el tener expectativas realistas de lo que cada uno puede lograr de acuerdo a sus talentos, capacidades y recursos propios. Esto motiva y da oportunidades a los sujetos para involucrarse en actividades que incrementen sus recursos y destrezas, que les permitan superar las situaciones difíciles y salir enriquecidos y fortalecidos frente a ellas.

Al desarrollar las fortalezas y al estar convencido de que todos las tenemos, esto proporciona al campo de la educación, de la prevención y del desarrollo de comunidades saludable, una clara perspectiva acerca de lo que es funcional, y nos sugiere que no debemos focalizar en identificar riesgos, ya que esto estigmatiza a las personas, sus familias y su comunidad

Existen áreas de desarrollo de la resiliencia que se relacionan con los recursos personales y sociales de un individuo tales como los vínculos afectivos significativos, la autoestima, la creatividad, el humor positivo, una red social de pertenencia, una ideología que permita dar un sentido al sufrimiento, y la posibilidad de elaborar alternativas de solución frente a la adversidad. También contribuye crear expectativas realistas en las personas y proporcionarles oportunidades para que puedan experimentar ejecuciones exitosas que aumenten sus expectativas de auto eficacia. De esta manera estamos promoviendo la salud y la calidad de vida de los miembros de una comunidad que incrementa su condición de resiliente.

Referencias

Bowlby, J. (1989). Una base segura. Buenos Aires, Paidos.

Branden, N. (1991) Como Mejorar su Autoestima. Buenos Aires. Paidos.

Branden N. (1990). El Respeto Hacia Uno Mismo. Buenos Aires. Paidos.

Burguess, R. (2003). Escuelas que rien. Buenos Aires. Ed. Troquel

Burns, R. (1990). El Autoconcepto. Bilbao. EGA.

Coopersmith, S. (1967). The Antecedents of SelfEsteem. San Francisco, W.H. Freeman and Co.

Csikszentmihalyi, M.(1998). Aprender a fluir. Barcelona. Kairós,

Fernández D¨Adam (2004). Resiliencia y adolescencia. En Resiliencia, ética y prevención. Fernández D¨Adam y cols.. Buenos Aires. Ed. Gabas.

Frankl, V. (1979). El hombre en busca de sentido. Barcelona. Ed. Herder

Fry, W. (1970). Sweet Mandes: A Study of Humor. Palo Alto. Pacific Book.

Garmezy, N, (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, Vol. 34, (4).

Ginott, H. (1965). Between Parent and Child. New York, Macmillan.

Greenspan, S. (1996). The growth of the mind and the endangered origins of intelligence. Adissson Wesly. E.E.U.U.

Grotberg. E. (1995). The Internacional Resilience Proyect.: Promoting Resilience in children. ERIC

Grotberg, E. (2002). Nuevas tendencias en resiliencia. En Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas, Melillo, A. y Suarez Ojeda, E. Buenos Aires. Paidós

McGuee, P. (1980) Children´s Humour. NY. J. Wiley.

McGuee, P. (1989). Humor and Children´s Development: A Guide to Practical Applications. NY. Haworth Press.

Melillo, A. y Suarez Ojeda, E. (2002). Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires. Paidos

Osborn, A. (1994). Resiliencia y estrategias de intervención. BICE. Ginebra. Suiza.

Pert, C. (1997). Molecules of Emotion: Why You Feel. NY. Scriber.

Popper, K. y Eccles, J. (1977). El yo y su cerebro. Barcelona. Labor

Roldán, C (2004). Crisis económica, social y política, su impacto en la adolescencia. En Resiliencia, ética y prevención, Fernández D¨Adam y cols.. Buenos Aires. Ed. Gabas.

Rutter, M. (1991). Resilience some conceptual considerations. Conference on Fostering Resilience. Washington D.C.

Satir, V. (1967). Conjoint Family Therapy". *Science and Behavior Books.* Palo Alto, California,

Seligman, M. y Czikszentmihalyi, M. (2000). Hapiness, excellence, and optimum human function. *American Psychologist*, 55 (1).

la aceptación incondicional de la persona

Suarez Ojeda, E. (1993) Resiliencia o capacidad de sobreponerse a la adversidad. *Medicina y sociedad,* Vol. 16 (3). Buenos Aires. Argentina.

Vanistendael, S (1994). Cómo crecer superando los percances: resiliencia capitalizar las fuerzas del individuo. International Catholic Child Bureau, Ginebra. Suiza.

Vanistendael S. y Lecomte, J.(2002). La felicidad es posible. Barcelona. Ed. Gedisa

Werner, E. y Smith, R. (1992). Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth,. New York. McGraw Hill Book.

Werner, E. (1993). Risk, reresilience and recovery: perspectives from the Kawai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503505.

PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO PARA PACIENTES PEDIATRICOS CON LEUCEMIA

Maricela Osorio Guzmán
Georgina E. Bazán Riverón
Patricia Paredes Rivera
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

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 a 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 solo 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 este 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, estas son:

1. Afrontamiento cognitivo-activo: incluye intentos para manejar la propia evaluación de la dificultad del evento.

2. Afrontamiento conductual-activo: se refiere a los intentos conductuales abiertos para tratar directamente con el problema y sus efectos.

3. Evitación del afrontamiento: se refiere a los intentos por modificar o eliminar las fuentes del estrés a través de la propia conducta.

4. 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

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 a nivel interno sino externo en el 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 (Secretaria 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 procarbacina. 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 afectos de cromosomopatías (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 vírales 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 afectos 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 orofaringea)

- Púrpura y/o manifestaciones hemorrágicas

- 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 neoplásicas. 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 solo 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 que al diagnóstico, 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 elevado a la 8-10 elevado a la 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 clonos leucémicos, resistentes a los fármacos empleados; b) por la recuperación de la actividad proliferativa de clonos 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, etcétera,). 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 a 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. Estas 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 intrarraquidea en caso de recaídas en el SNC.

Radioterapia. La indicación principal de la radioterapia es la irradiación del SNC. Esta 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 meningio encefálica sintomática.

La radioterapia es el método terapéutico más eficaz a 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 transplante 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, etc. (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 esta 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 co 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 BGC, otros inmunoestimulantes como células leucémicas irradiadas, Corynebacterium parvum, levamisol, transfer factor, poly-JC, etcétera,. Los resultados obtenidos son contradictorios y, hasta el momento, no se ha demostrado que los diversos tratamientos inmunoterápicos utilizados mejoren los resultados obtenidos solo con quimioterapia.

Transplante 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 Transplante 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 asociado 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 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 oxigeno del sistema circulatorio, se ve deteriorada. El paciente con esta enfermedad experimenta palidez en la piel, debilidad muscular y fatiga. Si la cantidad de oxigeno que llega al cerebro es insuficiente, se puede presentar vértigo, depresión, irritabilidad y dolor de cabeza; si la cantidad de oxigeno 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 quimoterapéuticas, 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 éste 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 esofaguitis. 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 continúa 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 este 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 - nausea y vómito- son un efecto colateral tanto de la quimioterapia como de la terapia de radiación. La persona que experimenta náuseas y vómito después de uno o más tratamientos de quimioterapia, tiende a desarrollar nauseas o vómito o bien ambas, inmediatamente antes de que se le administre la terapia. A esto es a lo que se le llama nauseas 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, etcétera, que pueden regresar espontáneamente o tras algunos días de tratamientos con corticoides.

3. Síndrome encefálico post radioterapia. Consiste en la aparición 2 o 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 problemáticas más frecuentes en los niños con Leucemia Linfocítica Aguda (LLA).

2 Construir un programa que especifique las técnicas de tratamiento mas 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 a 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.

Las áreas en las cuales se va a incidir son cuatro

- *Área de procedimientos médicos*

Conductas que se deben 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 estipulación de terminaciones nerviosas especializadas.

Náusea y vómito anticipatorio. Las náuseas son definidas 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 estomago, 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 o falta de tolerancia ante algún alimento, generalmente identificable.

- Área personal

Conductas que se deben 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 a 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.

Área escolar Conductas que se deben 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.

- Área familiar

Conductas que se va 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 de los mismos.

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.

Etapa 1. Elaboración de los Instrumentos de Evaluación apropiados para detectar las conductas problema características de los niños con LLA.

Etapa 2. Construcción del Programa de Afrontamiento para niños con LLA.

Etapa 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.

Etapa 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.

Etapa 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 en base a los datos obtenidos en la preevaluación y la post evaluación. Para determinar la efectividad del tratamiento.

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.

Diseño

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, estos se analizaron mediante la estadística descriptiva

Ambiente.

El trabajo se desarrolló en la oficina de trabajo social del 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 esta. 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 especifica 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 padres

Respecto a los datos familiares, se tiene que las madres de los niños de la muestra tiene 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 padres 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, etcétera), 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 que 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), si 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 a el 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 a 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 o pena con sus compañeros.

Área IV. Referente a la conducta, sobreprotección se encontró que ésta se presentó en todos lo 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, etcétera (5) y solo 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, 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 presentó 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**					
AREA I	1	2	3	4	5	total
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						
3.1Rel. deficientes de compañeros.						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**					
AREA I	1	2	3	4	5	total
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						
3.1Rel. 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 3 y 4 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 a la Pérdida de Cabello, Depresión. Área IV. Sobreprotección y Limitación de Actividades Físicas.

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 Diagnostico: 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 a la Pérdida de Cabello, Depresión. Área IV. Sobreprotección y Limitación de Actividades Físicas.

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 cuales 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 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 a la Pérdida de Cabello, Depresión. Área IV. Sobreprotección y Limitación de Actividades Físicas.

Con el sujeto 3, solo se tuvieron 2 sesiones de entrenamiento en relajación de donde se obtuvieron los siguientes datos: El niño fue considerado como muerte experimental después de no asistir a 5 citas.

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

Sujeto 4.

Edad: 7 años sexo: Masculino Diagnostico: 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 a la Pérdida de Cabello, Depresión. Área IV. Sobreprotección y Limitación de Actividades Físicas.

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 regularizo 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 compara 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 a 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 esté 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 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 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

# 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

Nota: los códigos de respuesta corresponden a: 1.- Nada. 2.- Poco. 3.- Regular. 4.- Mucho. 5.- Muchísimo.

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 incómodo 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.

# DE REGISTRO	ANTES DEL ENTRENAM.	DESPUÉS DEL ENTREN.
1	1	1
2	1	2
3	1	3
4	1	3

Nota: El código de respuesta correspondiente es:1.- No expresa nada. 2.- Expresa poco. 3.- Expresa claramente.

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.

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

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

No obstante lo que indica esta tabla, de acuerdo al reporte verbal del niño, la madre no presentaba este comportamiento. El niño afirmó 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**									
	4444	**DESPUÉS**								
		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

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. Diagnostico: 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.

La primera conducta que se trató 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. DE DOLOR**
			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 a el 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 que quería comer y si se ajustaba a su presupuesto, lo complacía.

El niño no obstante a 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 está programación se logró que el niño recuperara y mantuviera su peso normal.

La siguiente problemática por tratar fue la de 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 implementó 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.

# 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

Nota: los códigos de respuesta corresponden a 1. Nada. 2. Poco. 3. Regular. 4. Mucho. 5. Muchísimo.

Debido a algunas actitudes del personal médico se pensó que era necesario entrenar al niño en situaciones donde el 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.

# 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

Nota: El código de respuesta correspondiente es: 1.- No expresa nada. 2.- Expresa poco. 3.- Expresa claramente.

Respecto a el tratamiento aplicado para eliminar la conducta de sobreprotección, se entrenó a la madre en ciertas habilidades para que ésta no fuera afectada por situaciones con 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 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 hacia 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.

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

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

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	**DESPUÉS**						
		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.

Para la primera conducta, los datos obtenidos en la post evaluación indicaron que: El dolor ante los siguientes procedimientos médicos (Ver 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 a 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 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 por 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 que sedebe tomar en cuenta es el biológico. El estatus que tiene el médico entre los profesionistas dedicados a la salud es a los ojos de los usuarios y de ellos mismos incuestionable, factor que influye decididamente en el que dichos profesionistas 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 especifica 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 no obstante, que 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 pueden y es necesario que sean creadas como un proyecto específico encaminado a tratar estos aspectos.

Un proyecto de investigación al ser elaborado 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 ésta 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, 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 de 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, este 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, etcétera, 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 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, etcétera. 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 obtáculo 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 Váldez

Cruzado, J. A. y Olivares, E. (2000) Evaluación y Tratamiento del Cáncer. En: Intervención Psicológica en Transtornos 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 whit Problems Related to Cáncer Treatament. 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 alternanting drug pairs for treatment of high-risk childrhood acute lymphocytic leukemia. Cancer. 71: 2854- 2861.

Lazarus, R. y Folkman, S.(1984). Stress Apraisal 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 inmunotherapy of 100 acute lymphoid leukemia patients. some factor influensing results. Cancer. Monografic 35, 361-174.

Moos, R.H. (1981). The Crisis of Psysical illness. Gran Bretaña: Oxford Universuty 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. Capitulo 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.

LA SALUD EN PERSONAS CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES

Sergio Tobón
Universidad de Antioquia, Colombia

Bonifacio Sandín
Universidad Nacional de Educación a Distancia, España

Stefano Vinaccia
Universidad de San Buenaventura, Colombia

Introducción

Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) afectan alrededor de 100 personas por cada 100.000 habitantes en la población general (véase, por ejemplo, Casati y Toner, 2000). Estas enfermedades tienen una importante prevalencia durante la adolescencia, ya que se calcula que cerca del 30% de los casos ocurren en esta etapa de la vida (entre los 10 y los 19 años), y en un 2% de todos los pacientes la enfermedad ocurre antes de los 10 años de edad. Generalmente, las personas con *colitis ulcerosa* (CU) son de mayor edad que quienes presentan *enfermedad de Crohn* (EC) (Cella, López, Gomollón y Sáinz, 1995; Monferrer et al., 1999). Esto se corresponde con un estudio realizado en España, en el cual se halló que la edad media de los consultantes con CU era de 43,95 años, mientras que la de las personas con EC era de 33,53 (Saro et al., 2003). La CU y la EC tienen una prevalencia similar (Saro et al. (2003), aunque tiende a predominar en un porcentaje no significativo la CU (Hinojosa et al., 1990; Solá et al., 1992; Maté, Muñoz, Vicent y Pajares, 1994). La prevalencia también tiende a ser similar en ambos sexos, con un ligero predominio en los hombres (Saro et al., 2003).

Las EII son trastornos crónicos en los que hay inflamación y destrucción del tejido intestinal (Brandtzaeg, 2001), lo cual se da de forma periódica y recurrente. Tales enfermedades se caracterizan por alternar entre periodos de actividad y periodos de quiescencia. Los síntomas varían de acuerdo con el tipo de EII y su localización. De forma general, tiende a ser frecuente la diarrea (muchas veces acompañada de sangre), el dolor abdominal, la fiebre, la pérdida de apetito y la pérdida de peso.

La EC induce un engrosamiento de toda la pared intestinal (lo cual puede ocasionar obstrucción intestinal), y aunque se puede manifestar en cualquier tramo del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el recto, afecta principalmente el ileon terminal, y en segundo lugar el colon. Esta enfermedad se da como un proceso granulomatoso que afecta la mucosa intestinal en diferentes extensiones de manera discontinua y asimétrica. La CU, a diferencia de la EC, produce una ulceración e inflamación que afecta solamente al intestino grueso y al recto, en extensiones variables pero continuas y simétricas.

Desde la década de los años ochenta se vienen haciendo importantes progresos en la comprensión de la relación de los factores psicosociales con los trastornos gastrointestinales, como es el caso de la dispepsia funcional (Tobón, Vinaccia y Sandín, 2003a, 2003b, 2004, 2005a), el síndrome del colon irritable (Tobón et al., 2005a) y la úlcera péptica (Tobón et al., 2005a, 2005b). Esto también está ocurriendo poco a poco con las EII en las cuales son cada vez mayores los estudios en esta área (Tobón et al., 2005a).

Tradicionalmente, las EII han sido consideradas como alteraciones de tipo psicosomático. Alexander (1950) planteó que la CU era causada por un conflicto emocional inconsciente reprimido de dependencia que induciría efectos patológicos en el intestino a través del sistema nervioso autónomo. De esta manera, se creó un modelo en el cual los pacientes con CU eran caracterizados como personas altamente sensibles al rechazo, con tendencia a generar relaciones de dependencia y con dificultad para establecer relaciones de confianza con otras personas. Este modelo psicosomático ha sido ampliamente debatido y cuestionado. En la actualidad, únicamente hay evidencia científica que apoya que los factores psicológicos pueden influir en los periodos de actividad, los síntomas y el proceso de tratamiento de las EII, pero no en su etiología (Levenstein, 2002; Tobón et al., 2005a).

Las personas con EII tienen un mayor riesgo de muerte que las personas de la población general (Saro et al., 2003). Así mismo, este tipo de enfermedades tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas que las sufren, tema sobre el cual son todavía escasas las investigaciones y publicaciones en la psicología clínica y de la salud. Es por ello que el presente capítulo tiene como propósito analizar cómo se afecta dicha calidad de vida en las personas con CU y EC, teniendo en cuenta la modulación de diversos factores psicológicos. Esto es esencial en el proceso de evaluación e intervención por parte de los profesionales de la salud mental, siendo necesario tener un conocimiento especializado en torno a la implicación causal de los factores psicológicos en las EII junto con los mecanismos patofisiológicos y psicobiológicos implicados, tema éste que es abordado en un libro reciente (Tobón et al., 2005a), por lo que aquí no será considerado.

Niveles de afectación de la calidad de vida en las personas con enfermedades inflamatorias intestinales

La investigación en salud y la práctica clínica cada vez tienen más en cuenta la consideración de la calidad de vida de los pacientes pues se está llegando a comprender que no es suficiente prolongar la vida y curar la enfermedad, sino que también se requiere que mejore el bienestar de los pacientes en las diversas áreas del funcionamiento humano. Es así como durante la última década la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha ido constituyendo en un área de esencial importancia en el tratamiento de las diversas patologías físicas, con el fin de mostrar una visión apropiada hacia donde deben orientarse los tratamientos y las diferentes intervenciones en el área de la salud. En este nuevo contexto, tiene gran importancia la opinión del paciente respecto a cómo se siente y cómo es su adaptación a los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, no siendo suficiente el criterio médico de curación ni los resultados de los exámenes especializados respecto al estado de salud (Badia y Lizán, 2003).

La CVRS busca determinar el estado de salud de las personas de una forma comprensiva, teniendo en cuenta su funcionamiento físico, psicológico y social, a partir de su propia valoración y percepción. Este concepto está influido por el entorno en el cual se vive, por los valores, las creencias y los recursos disponibles. Por ello es un concepto multidimensional y de tipo biopsicosocial que debe usarse en complemento con los criterios específicos para detectar los diversos problemas de salud. De forma concreta, la CVRS se refiere a aspectos que hacen parte de la persona, y excluye aquellos que están por fuera de ella. En el ámbito de la medición, la CVRS se define como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada (Patrick y Erickson, 1993). Así, la investigación de la calidad de vida relacionada con la salud se ocupa de medir las percepciones, creencias, experiencias y funciones del paciente. Incorpora factores socioculturales, psicosociales y otros relacionados con la enfermedad. El paciente es el estándar de validación; se le pregunta cómo está y cómo responde al tratamiento. De acuerdo con El-Serag, Olden y Bjorkman (2002), en la CVRS se articulan cuatro aspectos: (1) el grado de funcionalidad, es decir, la capacidad para llevar a cabo las acciones de la vida cotidiana; (2) la relación con el entorno; (3) la relación entre bienestar y salud; (4) la percepción subjetiva de la propia salud y grado general de satisfacción (la Tabla 1 describe las dimensiones más comunes de la CVRS).

Es así como la medida de la CVRS brinda las siguientes aportaciones: (1) posibilita determinar el impacto de los tratamientos médicos y psicosociales, (2) brinda información al paciente de cómo está su bienestar, más que datos de exámenes clínicos, los cuales no necesariamente correlacionan con el grado de satisfacción

con la salud; (3) permite diferenciar los efectos de los tratamientos en los pacientes, por cuanto a pesar de tener el mismo tipo de enfermedad y similar sintomatología, el estado de bienestar puede ser diferente; (4) proporciona información respecto a la salud de grandes poblaciones con el fin de asignar recursos para mejorarla (Badia y Lizán, 2003); y (5) permite criterios objetivos para determinar la eficacia de nuevos medicamentos y procedimientos quirúrgicos.

Tabla 1- Aspectos específicos de la calidad de vida relacionada con la salud

1. Función física	Capacidad de realizar las actividades físicas diarias, desplazamiento y cuidado personal
2. Función psicológica	Sensación de bienestar: sufrimiento psicológico, como bienestar emocional, afecto, ansiedad y depresión
3. Función social	Participación en actividades y relaciones sociales. Funcionamiento en las actividades sociales habituales con la familia, los amigos y los vecinos
4. Rol	Participación y realización de los roles sociales habituales, como trabajar, llevar a cabo tareas domésticas, cuidar de los niños, ir a la escuela y/o participar en actividades comunitarias
5. Síntomas	Experiencia subjetiva, sensación o apariencia de funcionalismo anormal, que generalmente es indicativo de una afección o enfermedad
6. Función cognitiva	Habilidad y capacidad para razonar, pensar, concentrarse y recordar
7. Percepción de la salud	Impresión subjetiva del estado de salud actual o previo, resistencia a la enfermedad y preocupación por la salud futura
Otras dimensiones específicas	
8. Alteración del sueño	Problemas y conductas relacionadas con el del sueño como insomnio, despertarse durante el sueño y dificultades para conciliar el sueño
9. Función sexual	La medida en que la salud u otros problemas interfieren con el interés por el sexo y las relaciones sexuales
10. Energía/vitalidad	Cantidad de energía, fatiga o cansancio
11. Dolor	Sensación subjetiva de malestar y sufrimiento experimentado en distintas partes del cuerpo, incluyendo el dolor de cabeza, el dolor de espalda, el dolor muscular y articular
12. Satisfacción con la vida	Valoración de uno mismo, comparado con estándares de referencia externos o las aspiraciones personales
13. Imagen corporal	Sentimiento de atractivo personal, masculinidad/feminidad y

	sentido de integridad corporal

Nota: Tomado de Badia y Lizán (2003)

Al ser procesos crónicos e intermitentes, las EII afectan de forma significativa la calidad de vida relacionada con la salud en diferentes niveles. En el plano físico, los síntomas de la actividad de la enfermedad reducen la capacidad de la persona para desempeñar ciertas actividades debido a las molestias intestinales como la diarrea con sangre y el dolor abdominal. Además, los métodos de diagnóstico generalmente son invasivos (por ejemplo, la colonoscopia), y los fármacos que se consumen a veces tienen efectos secundarios molestos. En un estudio realizado por García y Fernández (1998) se determinó que en el 77,2% de una muestra de 45 pacientes con EC, la enfermedad limitaba sus actividades diarias.

En el plano psicológico es frecuente que las EII afecten la imagen corporal (Tobón et al., 2005a). El tener síntomas intestinales altamente molestos tales como la diarrea con sangre, la flatulencia, la incontinencia fecal, el dolor abdominal y la pérdida de peso, entre otros, y saber que hay un proceso inflamatorio crónico en los intestinos, lleva a muchos pacientes a formarse una imagen negativa de su propio cuerpo; a verse como personas débiles y esto mismo afecta el desempeño en otras áreas.

En el ámbito social, el tener una EII conlleva dificultades sociales (García y Fernández, 1998), lo cual hace que algunos pacientes se aíslen de actividades tales como el deporte, las fiestas, etc. Así mismo, es común que en los pacientes con EII se afecte el funcionamiento laboral (García y Fernández, 1998) ya que la enfermedad produce en muchos casos incapacidad para realizar determinadas actividades laborales y esto lleva al absentismo laboral. En este plano es común que se afecte también la vida sexual (véase Tobón et al., 2005a). Esto ocurre por diversos motivos, como el bajo estado de ánimo por tener una enfermedad de este tipo, el deterioro del estado físico (pérdida de peso, aislamiento de actividades físicas y recreativas, síntomas intestinales, etc.) y la presencia de molestias genitales en algunas mujeres como por ejemplo la dispareunia (coito doloroso) y la candidiasis vaginal (infección producida por la Candida Albicans, la cual afecta la mucosa vaginal). En los hombres, el funcionamiento sexual puede verse afectado por problemas de impotencia que en ocasiones se presentan y la disminución de la energía vital, lo cual también puede afectar a las mujeres.

Manifestaciones psicopatológicas en las personas con enfermedades inflamatorias intestinales

En general se sabe que toda enfermedad crónica tiene un importante impacto psicológico en las personas. Esto también se está corroborando en las EII, de acuerdo con una serie de investigaciones llevadas a cabo en esta área. Addolorato et al. (1996), realizaron un estudio en el cual encontraron que los pacientes con EII tenían un mayor grado de ansiedad que las personas sanas, pero lo importante a destacar es que esta ansiedad fue similar a la que se halló en el grupo control de personas con enfermedad celíaca, lo que sugiere que la ansiedad puede ser una forma de reacción frente a la condición de tener una enfermedad crónica. En apoyo de este planteamiento está el hecho de que en este estudio el mayor nivel de ansiedad en personas con EII fue sólo en ansiedad estado, un factor más circunstancial que la ansiedad rasgo, la cual tiene una mayor permanencia en el tiempo.

La ansiedad, como posible forma de reacción a la enfermedad, estaría determinada por el tiempo de duración de esta. En un estudio realizado con 65 pacientes que presentaban EII se hallaron manifestaciones significativas de ansiedad fisiológica en estos pacientes, asociadas con situaciones de evaluación, ansiedad fóbica y ansiedad frente a situaciones habituales; encontrándose que los niveles de ansiedad eran modulados por el tiempo de padecimiento de la enfermedad (Nogués, González y Sifre, 2000).

Ahora bien, la evidencia disponible muestra que la ansiedad no sólo aparece como síntoma, sino también en la forma de un trastorno, lo cual ocurre en un grupo de pacientes, en quienes la salud mental estaría afectada en un mayor grado. Aunque los estudios sobre este aspecto son escasos, se ha constatado, mediante el empleo de entrevistas estructuradas, la presencia de trastornos de ansiedad (Andrews, Barczak y Allan, 1987; Tarter, Switala, Carra, Edwards y Van Thiel, 1987).

Además de la ansiedad, se ha determinado también la presencia de mayores niveles de depresión en las personas con EII, como bien lo demuestran los estudios de Magni et al. (1991) y Whitehead et al. (2002). Igual que ocurre con la ansiedad, en algunos pacientes estos síntomas de depresión pueden corresponderse con un diagnóstico bien definido, como lo es la depresión mayor (en el caso de la EC; Clouse y Alpers, 1986), pero la evidencia en este caso no es concluyente. En un estudio realizado por García y Fernández (1998) se halló que los síntomas de depresión se asociaron de forma significativa con síntomas físicos tales como cansancio, diarrea, dolor abdominal y vientre hinchado.

Podría pensarse que la ansiedad y la depresión son problemas de salud mental producidos de forma exclusiva por la enfermedad; es decir, que serían un efecto de la patología biológica. Aunque esto en parte es válido, no debe descartarse la posibilidad de que también tales aspectos psicopatológicos puedan ser producidos por otros factores. Una vez se produzcan tales síntomas de ansiedad o depresión, estos podrían contribuir a afectar el curso y los síntomas de las EII. Con respecto a esto último, Mittermaier et al. (2004) realizaron un estudio prospectivo de seguimiento a una muestra de personas con EII y hallaron una relación significativa entre los valores de depresión y ansiedad, y el número total de recaídas. De especial significación fue el hecho de que los valores de depresión obtenidos en la línea base fueron predictivos de frecuentes recaídas en la fase de seguimiento.

Otro aspecto que también afecta la calidad de vida de las personas con EII es el estrés psicosocial, el cual se produce por sucesos vitales o cotidianos de la vida, y también por la presencia de la misma enfermedad (sintomatología, baja laboral, impacto del diagnóstico, empleo de métodos como la endoscopia rectal y la alternancia de periodos de actividad con periodos de remisión). Tal como sucede con los síntomas de ansiedad y depresión, la presencia de estrés psicosocial en este tipo de pacientes, además de ser un factor que afecta el bienestar subjetivo, se relaciona, ya sea como efecto o como causa, con la gravedad de los síntomas. Varios estudios han encontrado que los sucesos vitales se relacionan con el curso de las EII (North, Alpers, Helzer, Spitznagel y Clouse, 1991; Green, Blanchard y Wan, 1994). Duffy et al. (1991) encontraron en un estudio prospectivo un mayor riesgo de actividad de la enfermedad en las personas expuestas a sucesos vitales mayores durante la línea base. En un estudio posterior, Levenstein et al. (1994) hallaron que el estrés percibido se tendió a asociar con la inflamación rectal en personas con EII asintomáticas. El tipo de situaciones más asociadas con la afectación de los síntomas de las EII parecen ser los conflictos laborales (29,7%), los cambios de tiempo (24,3%), los conflictos familiares (11%) y el período de demora del diagnóstico (62%) (García y Fernández, 1998). Igualmente, se ha documentado una relación entre el estrés diario y la presencia o gravedad de los

síntomas físicos (Garrett, Brantley, Jones y McKnight, 1991; Greene, Blanchard y Wan, 1994).

Por último, las personas con EII tienden a tener rasgos de personalidad que afectan su calidad de vida, de forma directa o por la influencia de tales rasgos en la percepción de los síntomas físicos, el manejo de los sucesos vitales y las circunstancias cotidianas, el estado emocional y el seguimiento del tratamiento. La investigación llevada a cabo hasta el momento ha aportado evidencia en torno a la implicación de la alexitimia y el afecto positivo-negativo (Tobón et al., 2005a). Concretamente, son varios los estudios que han hallado mayores niveles de alexitimia en las personas con las EII (Fava y Paban, 1976-1977; Porcelli, Taylor, Bagby y De Carne, 1999), siendo estable este rasgo de personalidad a lo largo de las fases activa y pasiva (Porcelli, Leoci, Guerra, Taylor y Bagby, 1996), lo cual no ocurre con las medidas de ansiedad y depresión, que, como se describió antes, tienden a cambiar con el curso de la enfermedad. Respecto al afecto positivo-negativo, Ondersma, Lumley, Corlis, Tojek y Tolia (1997) hallaron una asociación positiva de la afectividad negativa con una mayor gravedad objetiva, subjetiva y conductual de la enfermedad.

Con relación con la cuestión de si las características de personalidad están antes de la enfermedad o son producidas por esta, la investigación todavía no ha arrojado resultados concluyentes. Es probable que el hecho de vivir con una enfermedad crónica de este tipo, en muchos casos desde la adolescencia, lleve a originar o aumentar la intensidad de ciertas características de la personalidad, como por ejemplo la tendencia obsesiva (Levenstein, 2002), dada por la búsqueda continua de un baño cerca o la limpieza.

La calidad de vida durante el curso de las enfermedades inflamatorias intestinales

Como bien se ha indicado anteriormente, las EII tienen un curso en el cual hay una alternancia entre periodos de actividad (sintomáticos) y los periodos de remisión (asintomáticos). Una cuestión importante consiste en estudiar la posibilidad de que se produzcan variaciones en la calidad de vida asociadas a cambios en el curso de la enfermedad. En este sentido, se ha podido determinar que durante los periodos de actividad hay significativamente una menor calidad de vida en comparación con los periodos de remisión (Casellas, Lopez-Vivancos, Badia, Vilaseca y Malagelada, 2001).

Con respecto a las manifestaciones psicopatológicas, parece que los síntomas de ansiedad y de depresión son prominentes solamente durante los periodos de actividad y muy poco en los periodos de remisión. Porcelli, Leoci y Guerra (1996) realizaron una investigación prospectiva en 104 personas con EII con el fin de determinar la relación de la ansiedad y la depresión con el periodo de actividad de la enfermedad. Se concluyó que los niveles de ansiedad y depresión variaron con el curso de la enfermedad, siendo elevados durante el periodo activo (presencia de síntomas) y disminuyendo durante la fase de remisión. En lo que respecta al ámbito físico, Walker, Gelfand, Gelfand, Creed y Katon (1996) hallaron una asociación

significativa entre las alteraciones en el bienestar emocional y las tasas elevadas de síntomas gastrointestinales en la fase activa de una muestra de pacientes con EII.

Es importante tener en cuenta que durante los periodos de remisión de la enfermedad inflamatoria también pueden existir síntomas de malestar emocional, y cuando esto se da, tienden a asociarse a la presencia de síntomas del síndrome del colon irritable, tal como se constató en un estudio realizado por Simren et al. (2002) con personas con EII en la fase no activa de la enfermedad (quiescencia). En estos casos, la calidad de vida estaría afectada de una manera doble: por la presencia de los síntomas del colon irritable (dimensión física) y por la ocurrencia de ansiedad y depresión (dimensión de bienestar psicológico).

La cirugía intestinal es un suceso vital mayor generador de un significativo estrés en los pacientes con EII. El procedimiento quirúrgico más frecuente consiste en la extirpación de todo o de una parte de los intestinos y la producción de una estoma (especie de ano artificial para vaciar los contenidos intestinales a través de una abertura en el abdomen). La cirugía se práctica cuando fracasan los tratamientos farmacológicos o hay complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente como la obstrucción intestinal, la hemorragia masiva o un carcinoma. Al ser un suceso vital mayor y generar un alto nivel de estrés, la cirugía afecta también de forma significativa la calidad de vida, sobre todo por las concepciones negativas que se tienen frente al estoma, las incomodidades que esto comporta y la escasa preparación que a veces tienen los pacientes. Sin embargo, cuando a los pacientes se les brinda información y capacitación oportuna, y reciben apoyo psicológico, la calidad de vida mejora de forma significativa, pues la cirugía en algunos casos cura la enfermedad y en otros reduce los síntomas, además de que salva y prolonga la vida de la persona. Es por ello que se ha constatado que la calidad de vida en personas con cirugía es igual a la calidad de vida de personas con EII en fase de remisión, pero significativamente superior a la calidad de vida que tienen los pacientes con EII durante el periodo de actividad de la enfermedad (Casellas, Lopez-Vivancos, Badia, Vilaseca y Malagelada, 2000).

Factores psicológicos moduladores de la calidad de vida

Hay diversos factores psicológicos que podrían modular la calidad de vida en las personas con EII, tales como las estrategias de afrontamiento, la ansiedad, la depresión, las expectativas hacia el tratamiento y el apoyo social. Cada uno de estos factores puede influir en una mejor o peor calidad de vida dentro de un marco de interacción e interdependencia con otros factores psicosociales.

Las manifestaciones psicopatológicas pueden estar influidas, en primer lugar, por el estrés psicosocial (véase atrás). Por ejemplo, Sewitch et al. (2001), basándose en un análisis de regresión múltiple hallaron una asociación de los síntomas psicopatológicos con la presencia de sucesos vitales estresantes recientes.

La implicación del estrés psicosocial en el malestar emocional puede ser mediado por el empleo de inadecuadas *estrategias de afrontamiento* del estrés, en concreto las de tipo pasivo-emocional (Díaz, Comeche, Mas Hesse y Vallejo, 2002; Crane y Martin, 2004). Además de estar asociadas las estrategias de afrontamiento con los síntomas de ansiedad y depresión, también están implicadas en el bienestar y la calidad de vida en general. Así, Smolen y Topp (1998) encontraron en un estudio que el empleo de estrategias evasivas, fatalistas y emotivas correlacionaba con una peor percepción de la salud y bienestar. Igualmente, Cuntz, Welt, Ruppert y Zillessen (1999) pudieron determinar que la depresión y un estilo de afrontamiento pasivo eran factores predictores de la alteración en el bienestar subjetivo, en mayor grado que la actividad de la enfermedad o la intensidad de los síntomas.

También determinados factores psicosociales se han encontrado implicados en el proceso de ajuste después de la realización de una cirugía intestinal. En este sentido, se ha podido constatar que las *expectativas positivas* de los pacientes respecto a la posibilidad de tener un adecuado manejo de la enfermedad y del estoma, contribuyen a un mejor bienestar psicológico (Thomas, Turner y Madden, 1988). Sin embargo, la presencia de estrategias de afrontamiento del estrés de autoculpabilización y de escape, así como un bajo apoyo social son factores que predicen una baja calidad de vida después de la cirugía (Moskovitz, Maunder, Cohen, McLeod y MacRae, 2000).

El *apoyo social* también es otro importante factor modulador en la calidad de vida; consiste en la ayuda y asistencia que prestan otras personas a un individuo a través de los amigos, la iglesia, la familia, los clubes (deportivos, recreativos y culturales) y las diversas redes sociales. El apoyo social puede influir sobre la salud ayudando a amortiguar los efectos de las situaciones estresantes, a través de su mediación en la evaluación y el afrontamiento de las situaciones potencialmente generadoras de tensión (Sandín, 1999). Es así como la satisfacción con el apoyo social se asocia a menores niveles de psicopatología ante niveles moderados o elevados de estrés percibido en personas con EII (Sewitch et al., 2001). Así mismo, en otro estudio realizado por Haller et al. (2003) se hallaron mayores niveles de insatisfacción con el apoyo social en la fase activa de la enfermedad, en comparación con la fase de remisión. Estos últimos autores hallaron que los miembros cercanos de la familia son usualmente los responsables de brindarle apoyo social al paciente con EII. Por ser la fase activa un momento crítico para la calidad de vida del paciente, tanto por el malestar físico como emocional y las dificultades sociolaborales, es de esencial importancia incluir en el protocolo de tratamiento la intervención sobre el apoyo social referido a este periodo.

Evaluación de la calidad de vida

La evaluación de la calidad de vida en las personas con EII es necesario que se lleve a cabo mediante el empleo de una entrevista más o menos estructurada y la aplicación de pruebas psicológicas estandarizadas. Con respecto a la entrevista, se sugiere tener en cuenta en esta aspectos tales como: (1) la historia de la enfermedad y el grado en que esta ha incidido en las relaciones sociales y laborales; (2) la forma como el paciente ha manejado y maneja las fases activas, tanto en lo concerniente a los cuidados especiales a tener en cuenta como con respecto a las relaciones familiares, laborales y sociales; (3) los recursos, redes sociales y apoyo social que tiene el paciente para manejar la enfermedad y el estrés que esta genera; y (4) el grado de aceptación de la enfermedad por el paciente y la influencia de la enfermedad en su bienestar.

Con respecto a la aplicación de pruebas psicológicas estandarizadas, es esencial en la mayoría de los casos emplear una prueba específica de calidad de vida para las EII en el contexto clínico, por cuanto esto permite una medida objetiva de este ámbito y posibilita evaluar los beneficios del tratamiento. En este caso se recomienda el *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ) adaptado a la población española por Lopez-Vivancos, Casellas, Badia, Vilaseca y Malagelada (1999). El IBDQ es uno de los instrumentos que cuenta con mayor evidencia científica respecto a su validez y fiabilidad (Pallis et al., 2000). Este cuestionario fue elaborado originalmente por Love, Irvine y Fedorak (1992) y consta de 36 ítems agrupados en 5 dimensiones (síntomas sistémicos, síntomas intestinales, afectación funcional, función emocional y afectación social) (véase la Tabla 2) y las respuestas se transforman a una escala de 7 puntos en la que 1 traduce la peor función y 7 la mejor (véase Tobón et al., 2005a).

Tabla 2- Subescalas que conforman el *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ)

Síntomas sistémicos	Son síntomas poco específicos, los cuales se dan en diferentes sistemas fisiológicos. Algunos de ellos son la fatiga, el malestar, la pérdida de peso, las náuseas y el vómito.
Síntomas digestivos	Esta escala evalúa los síntomas digestivos que ha tenido la persona durante las últimas dos semanas, tales como el número de deposiciones, la diarrea y el sangrado.
Afectación funcional	Grado en que la EII ha afectado las actividades cotidianas de la persona, en lo que tiene que ver con el estudio, el trabajo y el tiempo libre.
Afectación social	Corresponde a todas aquellas dificultades en el orden social que producen las EII. Aquí están, por ejemplo, los problemas sexuales, el sentir vergüenza en público por olores desagradables y el evitar reuniones o actividades de tipo social.
Función emocional	Esta escala busca determinar en qué medida la EII ha afectado el bienestar emocional del paciente. Algunos de los síntomas de malestar emocional que se evalúan son la frustración, la impaciencia y el desánimo.

Nota: Tomado de Tobón et al. (2005a).

Cuando se pretende comparar la calidad de vida de las personas con EII con la calidad de vida en otras patologías o con la calidad de vida de la población general, es de gran utilidad el empleo del 12-Item Short Form Health Survey (SF-12) (Gandek et al., 1998). El SF-12 es una versión reducida del 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) (Alonso et al., 1998) y sus 12 ítems proporcionan información sobre la calidad de vida referida a los ámbitos físico y mental (véase Tobón et al., 2005para obtener mayor información sobre la versión española de esta prueba).

Si se considera necesario tener medidas detalladas de los diferentes aspectos del funcionamiento psicológico, tales como la sintomatología psicopatológica (ansiedad, depresión, somatización), el estrés psicosocial, las estrategias de afrontamiento, los rasgos de personalidad, el apoyo social percibido, etc., será entonces necesario aplicar pruebas específicas para valorar estos aspectos. Para ello pueden ser de gran ayuda los diferentes instrumentos de evaluación psicológica publicados por Sandín (1999).

Conclusiones

Las EII son estados patológicos crónicos que afectan de forma significativa la calidad de vida de las personas que las sufren en los diferentes planos del funcionamiento: físico, psicológico y social. Sin embargo, tales alteraciones de la calidad de vida dependen de diversos factores y no siempre se dan de la misma forma ni en el mismo nivel en todos los pacientes. Entre los factores que parecen ejercer un mayor impacto sobre la calidad de vida se encuentran los siguientes: la fase de la enfermedad (la calidad de vida tiende a afectarse más en los periodos de mayor actividad), la realización de cirugía, el apoyo social, la participación en redes sociales, el estrés psicosocial, y las estrategias de afrontamiento.

Estos aspectos deben ser parte de la evaluación integral de los pacientes en los diferentes protocolos de tratamiento, mediante el empleo de entrevistas estructuradas y la aplicación de pruebas que posean validez y fiabilidad, como es el caso del IBDQ y el SF-12. Así mismo, se requiere que la intervención en estos pacientes tenga como uno de sus ejes centrales el componente psicosocial, con pautas claras de acción, donde intervengan dentro del equipo de salud profesionales de la psicología competentes en esta área.

Referencias

*A*ddolorato, G., Stefanini, G.F., Capristo, E., Caputo, F., Gasbarrini, A., y Gasbarrini G. (1996). Anxiety and depression in adult untreated celiac subjects and in patients affected by inflammatory bowel disease: a personality "trait" or a reactive illness? Hepatogastroenterology, 43, 1513-1517.

Alexander, F. (1950). Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. New York: W.W. Norton.

Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., y de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Medicina Clínica, 111, 410-416.

Andrews, H., Barczak, P., y Allan, R.N. (1987). Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. Gut, 28, 1600-1604.

Badia, X., y Lizán, L. (2003). Estudios de calidad de vida. En A. Martín, J.F. Cano (Eds.), Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Vol. I (pp. 250-261). Madrid: Elsevier.

Brandtzaeg, P. (2001). Inflammatory bowel disease: clinics and pathology. Do inflammatory bowel disease and periodontal disease have similar immunopathogeneses? Acta Odontologica Scandinavica, 59, 235-243.

Casati, J., y Toner, B.B. (2000). Psychosocial aspects of inflammatory bowel disease. Biomedicine & Pharmacotherapy, 54, 388-393.

Casellas, F., Lopez-Vivancos, J., Badia, X., Vilaseca, J., y Malagelada, J.R. (2000). Impact of surgery for Crohn's disease on health-related quality of life. The American Journal of Gastroenterology, 95, 177-182.

Casellas, F., Lopez-Vivancos, J., Badia, X., Vilaseca, J., y Malagelada, J.R. (2001). Influence of inflammatory bowel disease on different dimensions of quality of life. European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 13, 567-572.

Cella, J., López, J., Gomollón, F., y Sáinz, R. (1995). Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Aragón: un diagnostico cada vez más frecuente. Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo, 87, 363-367.

Clouse, R.E., y Alpers, D.H. (1986). The relationship of psychiatric disorder to gastrointestinal illness. Annual Review of Medicine, 37, 283-295.

Crane, C., y Martin, M. (2004). Social learning, affective state and passive coping in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. General Hospital Psychiatry, 26, 50-58.

Cuntz, U., Welt, J., Ruppert, E., y Zillessen, E. (1999). [Determinación de la carga subjetiva de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica y de sus consecuencias psicosociales. Resultados de un estudio de 200 pacientes]. Determinanten der subjektiven Belastung durch chronisch-entzundliche Darmerkrankungen und ihre psychosozialen Folgen. Ergebnisse einer Studie bei 200 Patienten [Articulo en Alemán]. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 49, 494-500.

Díaz, M., Comeche, M.I., Mas Hesse, B., y Vallejo, M.A. (2002). Estrategias de afrontamiento y adaptación en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Ansiedad y Estrés, 8, 211-224.

Duffy, L.C., Zielezny, M.A., Marshall, J.R., Byers, T.E., Weiser, M.M., Phillips, J.F., Calkins, B.M., Ogra, P.L., y Graham, S. (1991). Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. Behavioral Medicine, 17, 101-110.

El-Serag, H.B., Olden, K., y Bjorkman, D. (2002). Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. Alimentary pharmacology & therapeutics, 16, 1171-1185.

Fava, G.A., y Pavan, L. (1976-1977). Large bowel disorders. II. Psychopathology and alexithymia. Psychotherapy and Psychosomatics, 27, 100-105.

Gandek, B., Ware, J.E., Aaronson, N.K., Apolone, G., Bjorner, J.B., Brazier, J.E., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplege, A., Prieto, L., y Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. Journal of Clinical Epidemiology, 51, 1171-1178.

García, E., y Fernández, C. (1998). Factores predictores en la enfermedad de Crohn. Psicothema, 10, 143-151.

Garrett, V.D., Brantley, P.J., Jones, G.N., y McKnight, G.T. (1991). The relation between daily stress and Crohn´s disease. Journal of Behavioral Medicine, 14, 87-96.

Greene, B., Blanchard, E., y Wan, C. (1994). Long-term monitoring of psychosocial stress and symptomatology in inflammatory bowel disease. Behavior Research Therapy, 32, 217-226.

Haller, C., Kemmler, G., Judmair, G., Rathner, G., Kinzl, H., Richter, R., y Gunther, V. (2003). [Red social y apoyo social en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal crónica]. Soziales netzwerk und soziale unterstutzung bei patienten mit chronisch entzundlicher darmerkrankung [Articulo en Alemán]. Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 49, 36-48.

Hinojosa, J., Primo, J., Lledó, S., López, A., Roig, J.V., y Fernández, J. (1990). Incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal en Sagunto. Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo, 78, 283-287.

Levenstein, S. (2002). Psychosocial factors in peptic ulcer and inflammatory bowel disease. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, 739-750.

Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M.L., Berto, E., Andreoli, A., y Luzi, C. (1994). Psychological stress and disease activity in ulcerative colitis: a multidimensional cross-sectional study. The American Journal of Gastroenterology, 89, 1219-1225.

Lopez-Vivancos, J., Casellas, F., Badia, X., Vilaseca, J., y Malagelada, J.R. (1999). Validation of the spanish version of the inflammatory bowel disease questionnaire on ulcerative colitis and Crohn's disease. Digestion, 60, 274-280.

Love, J.R., Irvine, E.J., y Fedorak, R.N. (1992). Quality of life in inflammatory bowel disease. Journal of Clinical Gastroenterology, 14, 15-19.

Magni, G., Bernasconi, G., Mauro, P., D'Odorico, A., Sturniolo, G.C., Canton, G., y Martin, A. (1991). Psychiatric diagnoses in ulcerative colitis. A controlled study. The British Journal of Psychiatry, 158, 413-415.

Maté, J., Muñoz, S., Vicent, D., y Pajares, J.M. (1994). Incidence and prevalence of ulcerative colitis and Crohn's disease in urban and rural areas of Spain from 1981 to 1988. Journal of Clinical Gastroenterology, 18, 27-31.

Mittermaier, C., Dejaco, C., Waldhoer, T., Oefferlbauer-Ernst, A., Miehsler, W., Beier, M., Tillinger, W., Gangl, A., y Moser, G. (2004). Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. Psychosomatic Medicine, 66, 79-84.

Monferrer, R., Martín, J.A., Pedraza, R.G., Moreno, I., Soler, E., y Hinojosa, J. (1999). Incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en el Área de salud 02 de Castellón (1992-1996). Revista Española de Enfermedades Digestivas, 91, 33-39.

Moskovitz, D.N., Maunder, R.G., Cohen, Z., McLeod, R.S., y MacRae, H. (2000). Coping behavior and social support contribute independently to quality of life after surgery for inflammatory bowel disease. Diseases of the Colon and Rectum, 43, 517-521.

Nogués, V., González, R., y Sifre, S. (2000). Ansiedad y enfermedad inflamatoria intestinal. Ansiedad y Estrés, 6, 281-294.

North, C., Alpers, D., Helzer, J., Spitznagel, E., y Clouse, R. (1991). Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? A prospective study. Annals of Internal Medicine, 114, 381-386.

Ondersma, S.J., Lumley, M.A., Corlis, M.E., Tojek, T.M., y Tolia, V. (1997). Adolescents with inflammatory bowel disease: the roles of negative affectivity and hostility in subjective versus objective health. Journal of Pediatric Psychology, 22, 723-738.

Pallis, A.G., y Mouzas, I.A. (2000). Instruments for quality of life assessment in patients with inflammatory bowel disease. Digestive and Liver Disease, 32, 682-688.

Patrick, D.L., y Erickson, P. (1993). Theoretical foundations for health-related quality of life. En D.L. Patrick (Ed.), Health status and health policy. Allocating resources to health care. N.Y.: Oxford Univ. Press.

Porcelli, P., Leoci, C., y Guerra, V. (1996). A prospective study of the relationship between disease activity and psychologic distress in patients with inflammatory bowel disease. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 31, 792-796.

Porcelli, P., Leoci, C., Guerra, V., Taylor, G.J., y Bagby, R.M. (1996). A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. Journal of Psychosomatic Research, 41, 569-573.

Porcelli, P., Taylor, G.J., Bagby, R.M., y De Carne, M. (1999). Alexithymia and functional gastrointestinal disorders. A comparison with inflammatory bowel disease. Psychotherapy and Psychosomatics, 68, 263-269.

Sandín, B. (1999). El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas. Madrid: Klinik.

Saro, C., Riestra, S., Sánchez, R., Milla, A., Lacort, M., Argüelles, G., Chobak, Z., Florido, J.I., Antón, J.L., Altadill, A., Vizoso, F., Pineda, E., Fernández De Ocariz, E., Albert, J., García, J., López, L., y Lombraña, J.L.S. (2003). Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica en cinco áreas de Asturias. España. Anales de Medicina Interna, 20, 232-238.

Sewitch, M.J., Abrahamowicz, M., Bitton, A., Daly, D., Wild, G.E., Cohen, A., Katz, S., Szego, P.L., y Dobkin, P.L. (2001). Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. The American Journal of Gastroenterology, 96, 1470-1479.

Simren, M., Axelsson, J., Gillberg, R., Abrahamsson, H., Svedlund, J., y Bjornsson, E.S. (2002). Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological factors. The American Journal of Gastroenterology, 97, 389-396.

Smolen, D.M., y Topp, R. (1998). Coping methods of patients with inflammatory bowel disease and prediction of perceived health, functional status, and well-being. Gastroenterology Nursing, 21, 112-128.

Solá, R., García, A.M., Monés, J., Badosa, C., Badosa, J., Casellas, F. (1992). Enfermedad Inflamatoria Crónica Intestinal en Cataluña (Barcelona y Gerona). Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo, 81, 7-14.

Tarter, R.E., Switala, J., Carra, J., Edwards, K.L., y Van Thiel, D.H. (1987). Inflammatory bowel disease: psychiatric status of patients before and after disease onset. International Journal of Psychiatry in Medicine, 17, 173-181.

Thomas, C., Turner, P., y Madden, F. (1988). Coping and the outcome of stoma surgery. Journal of Psychosomatic Research, 32, 457-467.

Tobón, S., Sandín, B., y Vinaccia, S. (2005a). Trastornos gastrointestinales: psicopatología y tratamientos psicológicos. Madrid: Klinik.

Tobón, S., Sandín, B., y Vinaccia, S. (2005b). La úlcera péptica: ¿un trastorno gastrointestinal infeccioso o biopsicosocial? Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 10, 95-100.

Tobón, S., Vinaccia, S., y Sandín, B. (2003a). Estrés psicosocial y factores psicológicos en la dispepsia funcional. Anales de Psicología, 2, 223-234.

Tobón, S., Vinaccia, S., y Sandín, B. (2003b). Tratamiento psicológico de la dispepsia funcional: un análisis crítico. Terapia Psicológica, 21, 173-182.

Tobón, S., Vinaccia, S., y Sandín, B. (2004). Modelo procesual del estrés en la dispepsia funcional: implicaciones para la evaluación y el tratamiento. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 9, 81-98.

Walker, E.A., Gelfand, M.D., Gelfand, A.N., Creed, F., y Katon, W.J. (1996). The relationship of current psychiatric disorder to functional disability and distress in patients with inflammatory bowel disease. General Hospital Psychiatry, 18, 220-229.

Whitehead, W.E. (2002). Patient subgroups in irritable bowel syndrome that can be defined by symptom evaluation and physical examination. The American Journal of Medicine, 10, 33-40.

Anexo I

IBDQ

Cuestionario de Calidad de Vida en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal
Inflammatory Bowel Disease Questionnaire
Love, Irvine y Fedorak, 1992
(Adaptación y validación española de López-Vivancos, Casellas, Badia, Vilaseca y Malagelada, 1999)

Apellidos..... Nombre.....
Edad..... Hombre Mujer

Marque con un círculo la respuesta que corresponde más exactamente con su situación durante las últimas dos semanas.

1. ¿Con qué frecuencia ha ido de vientre durante las últimas dos semanas?

1. Más frecuentemente que nunca
2. Extremada frecuencia
3. Con mucha frecuencia
4. Moderado aumento de la frecuencia de defecación
5. Ligero aumento de la frecuencia de defecación
6. Aumento mínimo de la frecuencia de defecación
7. Normal, sin ningún aumento de la frecuencia de defecación

2. ¿Con qué frecuencia le ha causado problemas la sensación de fatiga o de cansancio y agotamiento durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

3.¿Con qué frecuencia se ha sentido frustrado, impaciente o inquieto a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

4. ¿Con qué frecuencia se ha visto incapacitado para ir a estudiar o al trabajo a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

5. ¿Durante cuánto tiempo en las últimas dos semanas ha tenido diarrea?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

6. ¿Cuánta energía ha tenido durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

7. ¿Con qué frecuencia ha estado preocupado ante la posibilidad de tener que operarse por su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

8. ¿Con qué frecuencia ha tenido que aplazar o anular una cita o compromiso social a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

9. ¿Con qué frecuencia ha tenido retorcijones durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

10. ¿Con qué frecuencia ha tenido malestar general durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces

5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

11. ¿Qué dificultad ha tenido, a causa de su problema intestinal, en las actividades de ocio que le hubiera gustado hacer durante las últimas dos semana?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

12. ¿Qué dificultad ha tenido, a causa de su problema intestinal, en practicar el deporte que le hubiera gustado durante las últimas dos semanas?

1. Muchísima dificultad; imposible practicar deporte
2. Mucha dificultad
3. Bastante dificultad
4. Algo de dificultad
5. Un poco de dificultad
6 Apenas ninguna dificultad
7. Ninguna dificultad; mi problema intestinal no ha limitado mis actividades deportivas

13. ¿Con qué frecuencia ha tenido dificultades para dormirse durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

14. ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas porque se ha despertado por la noche durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

15. ¿Con qué frecuencia ha tenido que tomar pastillas para dormir para poder dormir bien durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces

4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca7. Nunca

16. ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido, llorosos o desanimado a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

17. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido que dejar de asistir a actos sociales porque no había un lavabo cerca?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

18. En general, ¿hasta qué punto ha sido un problema tener gases durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

19. En general, ¿hasta qué punto ha sido un problema durante las últimas dos semanas el mantener o llegar al peso que a Vd. le gustaría?

1. Un gran problema
2. Un problema importante
3. Bastante problemático
4. Algo problemático
5. Muy poco problemático
6. Casi ningún problema
7. Ningún problema

20. Muchos pacientes con problema intestinal tienen frecuentes preocupaciones y angustias a causa de su enfermedad. En general, ¿con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido preocupado o angustiado por llegar a tener cáncer?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces

4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

21. En general, ¿con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha estado preocupado o angustiado pensando que nunca más volvería a encontrarse bien?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

22. En general, ¿con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido preocupado o angustiado de tener una recaída?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

23. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido una sensación de hinchazón abdominal?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

24. ¿Cuántas veces durante las últimas dos semanas ha tenido problemas de sangrar al ir de vientre?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

25. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido avergonzado en público por olores desagradables o ruidos causados por sus problemas intestinales?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces

4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

26. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha tenido ganas de ir al lavabo sin realmente hacer de vientre?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

27. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha manchado accidentalmente su ropa interior?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

28. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas se ha sentido enfadado a causa de su problema intestinal?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

29. ¿Con qué frecuencia ha tenido náuseas o ganas de vomitar durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

30. ¿Con qué frecuencia se ha sentido de mal humor durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces

5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

31. En general, durante las últimas dos semanas, ¿hasta qué punto su problema intestinal ha sido un problema para sus relaciones sexuales?

1. Un gran problema
2. Un problema importante
3. Bastante problemático
4. Algo problemático
5. Muy poco problemático
6. Casi ningún problema
7. Ningún problema

32. ¿Con qué frecuencia durante las últimas dos semanas ha estado preocupado o angustiado de que sus hijos tengan la misma enfermedad?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

33. ¿Hasta qué punto ha estado satisfecho, contento o feliz con su vida personal durante las últimas dos semanas?

1. Muy insatisfecho, infeliz
2. Bastante insatisfecho, infeliz
3. Algo insatisfecho, descontento
4. Algo satisfecho, contento
5. Bastante satisfecho, contento
6. Muy satisfecho, feliz
7. Extremadamente satisfecho, no podría ser más feliz

34. En general, durante las últimas dos semanas, ¿hasta qué punto ha sido para Vd. un problema el mantener el apetito?

1. Un gran problema
2. Un problema importante
3. Bastante problemático
4. Algo problemático
5. Muy poco problemático
6. Casi ningún problema
7. Ningún problema

35. En general, durante las últimas dos semanas, ¿hasta qué punto ha sufrido trastornos su vida familiar a causa de su problema intestinal?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces

6. Casi nunca
7. Nunca

36. En general, durante las últimas dos semanas, ¿cuánto le ha disminuido su resistencia física en las actividades diarias (en casa o en el trabajo) a causa de su problema intestinal?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

Corrección de la prueba

Esta prueba permite dos tipos de puntuaciones. Una consiste en sumar todos los ítems de acuerdo a las respuestas dadas por la persona con el fin de obtener una puntuación total. La otra, más específica, consiste en evaluar la puntuación del sujeto en las cinco dimensiones que tiene la prueba. En cada subescala se suman las puntuaciones obtenidas por la persona. Tanto la puntuación global como las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas se pasan a una escala de 0 a 7 en la cual 0 indica el peor estado de calidad de vida y 7 el mejor estado. A continuación se indican las subescalas y los ítems que pertenecen a cada una de ellas.

Subescala	**Sigla**	**Ítems**
Calidad de vida total	CT	Todos los ítems
Síntomas sistémicos	S	2, 6, 10, 19, 29, 30, 34
Síntomas digestivos	B	1, 5, 9, 18, 23, 24, 26, 35
Afectación funcional	FI	4, 11, 12, 13, 14, 15, 36
Afectación social	SI	8, 17, 25, 27, 31, 33
Función emocional	E	3, 7, 16, 20, 21, 22, 28, 32

*Interpretación de los resultados*Para la interpretación de los resultados puede tenerse como base los datos normativos del IBDQ obtenidos en una muestra de pacientes con EII (López-Vivancos et al., 1999). Para ello es importante tener en

cuenta el tipo de enfermedad inflamatoria intestinal y el estado de ésta: en remisión, leve o moderada-grave. Los datos que se muestran en la siguiente tabla son sólo una referencia que puede ayudar en la interpretación de los resultados. Medias del IBDQ en una muestra de pacientes de España con colitis ulcerosa y enfermedad de Chohn

Subescala	**Colitis ulcerosan = 119Rango de edad: 39 (16-75)** **Porcentaje de mujeres: 48%**			**Enfermedad de Crohnn = 97Rango de edad: 34 (17-71)** **Porcentaje de mujeres: 66%**		
	Remisión	**Leve**	**Moderada-grave**	**Remisión**	**Leve**	**Moderada-grave**
Síntomas sistémicos	6,0	4,1	3,7	5,7	4,5	3,3
Síntomas digestivos	6,4	4,0	3,0	6,4	4,0	3,6
Afectación funcional	6,6	4,3	3,3	6,6	4,1	2,7
Afectación social	6,6	4,8	4,4	6,5	5,3	3,9
Función emocional	6,5	4,4	4,1	6,1	4,4	3,5

Nota: Tomado de Tobón et al. (2005)

PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN FAMILIAS CON UN MIEMBRO CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Elizabeth Sánchez-Cao
Carmen Senra Rivera
Gloria Seoane Pesqueira

Fernanda Páramo Fernández
Universidad de Santiago de Compostela, España

Introducción

Las últimas décadas han sido testigo de la progresión alarmante de los trastornos del comportamiento alimentario en las sociedades occidentales. Actualmente existe un amplio consenso entre clínicos e investigadores respecto a que sólo desde una perspectiva multidimensional se puede llegar a comprender y explicar estos problemas, aún cuando la aportación concreta de cada uno de ellos no está bien determinada (Garfinkel y Garner, 1982; Hsu, 1990; Vandereycken, Kog y Vanderlinden, 1989; Vanderlinden y Vandereycken, 1999).

La literatura especializada ha puesto de relieve la importancia que tiene la percepción del funcionamiento en la familia, tanto para desentrañar la etiopatogenia de los trastornos alimentarios como para optimizar las estrategias de intervención (Kog y Vandereycken, 1985; Minuchin y cols., 1975; Selvini-Palazzoli, 1974; Shisslak, McKeon, y Crago, 1990; Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991). Con relación a este punto, es de interés señalar que la mayoría de las investigaciones que estudiaron el funcionamiento familiar restringieron su información al testimonio de las personas con trastorno alimentario prescindiendo en el análisis de la percepción de otros miembros familiares con quienes contrastar dicha información. Además, el reducido número de trabajos que ha examinado específicamente esta cuestión ofreció resultados dispares (Woodside y cols., 1995a).

Agradecimientos**:** Los autores agradecen la colaboración al personal clínico de la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (España).

Mientras algunos estudios comunicaron niveles altos de disfunción familiar desde la perspectiva de ambos padres (Garfinkel y cols., 1983; Humphrey, 1986; Strober, 1981), siendo habitualmente las madres las que informan de manera más negativa, otras investigaciones, en cambio, ofrecieron un patrón heterogéneo, en el que la calificación del funcionamiento familiar varió desde muy "alterado" hasta "normal" (Grigg, Friesen y Sheppy, 1989).

Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación trata de examinar: (a) la percepción individual y (b) el grado de acuerdo intrafamiliar en familias con un miembro con trastorno alimentario, anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, para lo cual no sólo se tuvo en cuenta la percepción de las pacientes sino también la de ambos progenitores. Asimismo, se trata de averiguar si la gravedad de la sintomatología alimentaria y de algunas de las características psicológicas asociadas a la misma influyen en: (a) la percepción de la paciente y (b) el grado de acuerdo intrafamiliar.

Método

Participantes

En el estudio participaron 57 mujeres que acudieron a solicitar tratamiento a la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario del Hospital Provincial de Conxo de Santiago de Compostela. Todas las pacientes recibieron el diagnóstico de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, según los criterios del *DSM IV* (APA, 1994).

De las pacientes con anorexia nerviosa cinco tenían diagnóstico de subtipo restrictivo y 14 de subtipo bulímico. El grupo de pacientes con bulimia nerviosa estaba formado por 33 del subtipo purgativo y cinco del no purgativo. La edad media del grupo de pacientes con anorexia nerviosa era de 18.78 años (rango 17-26; *SD* = 3.06), la del grupo con bulimia nerviosa era de 20.34 años (rango 17-25; *SD* = 2.27) Como criterio de selección, únicamente se tuvieron en cuenta aquellas pacientes que vivían todavía con sus padres. También formaron parte del estudio ambos progenitores, excepto en el caso de nueve pacientes en los que tuvo que ser evaluada solamente la madre, o bien por ser soltera o bien por estar viuda; asimismo, sucedió lo propio en el caso de un padre viudo. Se desestimaron aquellos casos en los que sólo se obtuvieron datos de uno de los progenitores porque el otro, por motivos diversos, no pudo o no accedió a colaborar. Finalmente, la muestra quedó constituida por 56 madres y 48 padres.

Instrumentos

Eating Attitudes Test, *EAT-40* (Garner y Garfinkel, 1979). Este cuestionario fue diseñado para evaluar una amplia gama de conductas y actitudes propias de la anorexia nerviosa, aunque también puede identificar características bulímicas. Consta de 40 ítems auto informados, cada uno de los cuales se valora sobre una escala de frecuencia de seis puntos que van desde *nunca* a *siempre*. La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 120 puntos, siendo los valores superiores los que representan una mayor gravedad del cuadro. Generalmente se utiliza como punto de corte una puntuación de 30 o superior, aunque dadas las características especiales de estas pacientes y su dificultad para manifestar sinceramente sus actuaciones, puede utilizarse un punto de corte inferior. En el presente estudio se empleó la versión traducida y validada en muestras españolas por Castro y colaboradores (1991), que sitúan el punto de corte a partir de 20. Según sus autores (Garner & Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel 1982) el *EAT-40* goza de propiedades psicométricas adecuadas.

Eating Disorder Inventory, EDI (Garner, Olmstead & Polivy, 1983). Este inventario es una medida de auto informe diseñada para evaluar características psicológicas y conductuales relevantes en la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Consta de 64 ítems, que se puntúan según una escala de frecuencia tipo Lickert de seis puntos y se agrupan en ocho subescalas, que correlacionan positivamente: Impulso hacia la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia interoceptiva y Miedo a la madurez. Las tres primeras subescalas evalúan conductas y actitudes hacia el peso, la comida y la forma corporal, mientras que las restantes miden características psicológicas asociadas con trastornos alimentarios (Williamson, Anderson, Jackman & Jackson, 1995). Los autores informan de la bondad psicométrica del EDI y de la adecuación de sus subescalas.

En este trabajo se utilizó la versión española validada por Guimerá y Torrubia (1987) de las subescalas siguientes: Ineficacia (sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío y falta de control sobre la propia vida); Perfeccionismo (existencia de expectativas exageradas respecto a los logros personales); Desconfianza interpersonal (desinterés por establecer relaciones íntimas y recelo para expresar sentimientos y pensamientos); Conciencia interoceptiva (incapacidad de reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales) y Miedo a la madurez (deseo de volver a la seguridad de la infancia).

Family Environment Scale, FES (Moos y Moos, 1981). Esta escala evalúa la percepción que la persona tiene sobre las características socio-ambientales de su familia, a través de diez aspectos del funcionamiento familiar que se agrupan en tres dimensiones, a saber:

1. Relaciones: Cohesión (CO), Expresividad (EX) y Conflicto (CT)

2. Desarrollo: Autonomía (AU), Actuación (AC), Intelectual-cultural (IC), Social-recreativo (SR) y Moralidad-religiosidad (MR).

3. Estabilidad: Organización (OR) y Control (CN).

La FES consta de 90 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso). El rango de puntuación en cada subescala va de 0 a 9 puntos. Otra valoración que se puede obtener son las puntuaciones de incongruencia, que resultan de calcular las diferencias, en valor absoluto, entre los valores de cada par de miembros de la familia en cada una de las subescalas. Por este procedimiento, se puede obtener una medida del grado de acuerdo existente para cada una de las díadas familiares.

En este trabajo se ha empleado la Forma R de la adaptación española de la escala, realizada por Seisdedos, de la Cruz y Cordero (1989) y se han excluido las subescalas IC, SR y MR porque no son significativas para diferenciar entre pacientes, ni entre pacientes y controles (Felker y Stivers, 1994).

La FES ha sido, y continúa siendo, una de las escalas más ampliamente utilizadas tanto en investigación como en clínica, sobre todo cuando se quiere conocer el funcionamiento familiar global.

Procedimiento

Una vez efectuado el diagnóstico de trastorno alimentario, según el DSM-IV, por uno de los clínicos del dispositivo sanitario (psicóloga o psiquiatra) con amplia experiencia en este tipo de alteraciones, cada paciente cumplimentó el protocolo de evaluación escalar rutinario de la Unidad al que se añadió, únicamente, la FES para llevar a cabo el presente estudio. Los test se administraron siempre antes de iniciar cualquier tipo de terapia y alternando su orden con el fin de controlar el posible efecto que sobre la percepción del funcionamiento familiar pudiera tener estar cumplimentando cuestionarios sobre sintomatología alimentaria.

Por su parte, los progenitores rellenaron siempre la FES antes de que la paciente acudiera a una segunda entrevista, al objeto de eludir la posible influencia que sobre sus respuestas pudiese tener la posterior intervención terapéutica. Asimismo, cumplimentaron la escala de manera individual, pero simultáneamente, para evitar el intercambio de información entre ellos. Todas las evaluaciones se llevaron a cabo en una sala adecuada a tal fin y bajo la supervisión de una psicóloga experta en el manejo de estas escalas. Todos los participantes fueron informados previamente de algunos aspectos de la investigación y de la importancia para la misma y para la propia terapia de responder con la máxima sinceridad a los cuestionarios. Todos aceptaron colaborar de buen grado y firmaron su consentimiento por escrito. Señalar, además, que todos tenían el nivel de estudios suficiente para comprender las cuestiones que se les formulaban en el protocolo.

Análisis de los datos

En primer lugar se comprobó si la percepción del clima familiar difería en función del tipo de trastorno alimentario. Dado que las pruebas t entre las pacientes con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa no arrojaron diferencias significativas en ninguna de las siete subescalas de la FES, no se tuvo en cuenta la especificidad diagnóstica para los restantes análisis.

Para averiguar cómo perciben el funcionamiento familiar tanto las pacientes como ambos progenitores, se realizó un análisis descriptivo de la FES y un ANOVA de un factor, en el que se consideró como variable de agrupamiento la pertenencia a uno de los tres grupos (pacientes, madres y padres) y como variable dependiente, las puntuaciones directas de cada miembro familiar en cada una de las subescalas FES.

Asimismo, el grado de acuerdo intrafamiliar se verificó a través de las puntuaciones de incongruencia para cada par de miembros de la familia en cada una de las subescalas de la FES, quedando así constituidos tres grupos: paciente-madre, paciente-padre y madre-padre. A continuación, se recodificaron las puntuaciones de cada subescala de la siguiente forma: acuerdo alto (0-2 puntos), acuerdo medio (3-6 puntos) y acuerdo bajo (7-9 puntos) y se realizó un recuento de frecuencias para cada díada familiar. Estas puntuaciones se analizaron a través de chi cuadrado y las díadas se compararon mediante ANOVAs.

Por otra parte, para saber si la percepción del funcionamiento familiar se relaciona con la gravedad de la sintomatología alimentaria, primero se llevaron a cabo correlaciones de Pearson entre las subescalas de la FES y el EAT-40. A continuación, se segmentó la variable EAT-40 en dos niveles extremos de gravedad, tomando como criterio el cuartil más bajo (< 22 puntos) y el más alto (≥ 65 puntos) y se realizaron pruebas t en las siete subescalas de la FES entre los dos grupos resultantes. Con relación al grado de acuerdo intrafamiliar, se realizaron pruebas t entre ambos grupos tomando las puntuaciones de incongruencia paciente-madre y paciente-padre. Análisis semejantes se realizaron con las subescalas del EDI para conocer si el funcionamiento familiar se relaciona con las características psicológicas asociadas al trastorno.

Resultados

- Percepción del funcionamiento familiar de la paciente y ambos progenitores

En la Tabla 1 se muestran las medias y las desviaciones típicas para cada una de las siete subescalas de la FES en los tres grupos analizados. Seguidamente, para facilitar la interpretación de los resultados obtenidos se establecieron los siguientes puntos de corte: bajo (0-2 puntos), medio (3-6 puntos) y alto (7-9 puntos). Tomando este criterio como referencia, los datos de la Tabla 1 indican que tanto la paciente como ambos progenitores perciben todas las características que conforman el clima familiar dentro del rango medio, a excepción de la variable conflicto, que tanto el padre (M= 2.67) como la madre (M= 2.71) lo consideran bajo.

Tabla 1- Estadísticos descriptivos de las pacientes, madres y padres en las siete subescalas de la FES

Subescalas *FES*	**Pacientes a**		**Madres b**		**Padres c**	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
Cohesión	5.28	2.97	6.57	1.75	6.02	2.02
Expresividad	4.93	2.01	5.80	1.74	5.17	1.58
Conflicto	3.95	2.06	2.71	1.56	2.67	1.24
Autonomía	4.37	1.68	5.14	1.23	4.83	1.58
Actuación	5.77	1.99	5.71	1.64	6.02	1.33
Organización	5.82	1.77	6.39	1.83	6.29	1.89

Control	4.54	1.89	4.43	1.56	4.31	1.73

a *N* = 57. b *N* = 56. c *N* = 48.

Grado de acuerdo sobre el funcionamiento familiar

Los resultados del ANOVA mostraron que existían efectos significativos en las subescalas cohesión [$F_{(2,158)}$ = 4.39; p £ .01] , expresividad [$F_{(2,158)}$ = 3.54; p £ .03] , conflicto [$F_{(2,158)}$ = 10.35; p £ .001] y autonomía [$F_{(2,158)}$ = 3.80; p £ .02] . Al realizar las comparaciones múltiples a posteriori se observó que las pacientes daban a sus familias puntuaciones más bajas que sus madres en cohesión (p £ . 01), expresividad (p £ .03) e independencia (p £ .02) y significativamente más altas que ambos progenitores en conflicto (p £ .001, en ambos casos), pero no hubo diferencias significativas entre madres y padres.

Por lo que se refiere a las puntuaciones de incongruencia, en la Tabla 2 se listan las frecuencias de cada uno de los tres grupos formados.

Tabla 2- Frecuencias en el grado de acuerdo entre pacientes-madresa, pacientes-padresb y madres-padresc en las siete subescalas de la FES

Grado de acuerdo (punt.)	**Frecuencias**																							
	Cohesión			**Expresividad**			**Conflicto**			**Autonomía**			**Actuación**			**Organización**			**Control**			**Global**		
Bajo (0-2)	2§	4£					1§				1£		1§		1¢		1£					4§	6£	1¢
Medio (3-6)	19§	14£	12¢	17§	14£	9¢	17§	14£	10¢	12§	10£	4¢	12§	16£	9¢	12§	16£	8¢	11§	16£	16¢	100§	100£	68¢
Alto (7-9)	35§	30£	35¢	39§	34£	38¢	38§	34£	37¢	44§	37£	44¢	43§	32£	37¢	44§	31£	39¢	45§	32£	31¢	288§	230£	261¢

a *N* = 56. b *N* = 48. c *N* = 47
§ Pacientes-madres; £ Pacientes-padres; ¢ Madres-padreS

Como se puede observar, la distribución de frecuencias es muy similar entre los grupos. Concretamente, el grado de acuerdo global, teniendo en cuenta todas las subescalas, es alto en cualquiera de ellos. El grupo paciente-madre alcanzó el mayor grado de acuerdo en la percepción del funcionamiento familiar (288), seguido por madre-padre (261) y paciente-padre (230). Al considerar cada uno de los grupos individualmente, se observó que entre los padres y las pacientes y entre ambos progenitores el grado de acuerdo mayor se produjo en autonomía, mientras que entre las madres y las pacientes fue en control. Por otra parte, la mayor discrepancia entre las pacientes y cada uno de sus padres surgió en la subescala cohesión, mientras que entre ambos padres ocurrió en la subescala actuación. De este modo, la mayor concordancia entre los tres miembros familiares tuvo lugar en la subescala autonomía (125), mientras que cohesión fue la que presentó un menor grado de acuerdo (6). Ni la prueba chi cuadrado realizada con estas puntuaciones ni los ANOVAs resultantes de efectuar comparaciones entre díadas arrojaron efectos significativos.

- Relación entre la gravedad de la sintomatología alimentaria y la percepción de la paciente sobre el funcionamiento familiar

Los análisis de Pearson entre el EAT-40 y la FES no indicaron relaciones significativas en ningún caso. Después de segmentar el EAT-40 (M = 44.8; SD = 24.2; rango: 6-88), las pruebas t realizadas entre los dos grupos extremos de gravedad únicamente mostraron diferencias significativas en expresividad [$t_{(28)}$ = 2,60; p £ .01] . De modo que, el grupo con mayor gravedad en sintomatología alimentaria informó de menor puntuación en dicha subescala.

- Relación entre la gravedad de la sintomatología alimentaria y el grado de acuerdo sobre el funcionamiento familiar

Las pruebas t entre pacientes con alta y baja gravedad de sintomatología alimentaria respecto al grado de acuerdo intrafamiliar únicamente reflejaron diferencias significativas en el caso del grupo paciente-madre en cuanto a la variable expresividad ($t_{(27)}$ = -1.83; p £ .05). En este sentido, la discrepancia entre pacientes y madres fue mayor en el grupo de jóvenes con mayor gravedad de sintomatología alimentaria.

En lo referente al grado de acuerdo paciente-padre no surgieron diferencias significativas en ningún caso.

- Relación entre las características psicológicas asociadas a la sintomatología alimentaria y la percepción de la paciente sobre el funcionamiento familiar

En la Tabla 3 aparecen los estadísticos descriptivos y los cuartiles extremos de las subescalas utilizadas del EDI. Las pruebas t indicaron efectos significativos para la subescala-FES expresividad en el caso de conciencia interoceptiva ($t_{(27)}$ = 2.84; p ≤ .01) e ineficacia ($t_{(27)}$ = 3.32; p ≤ .001) y para las subescalas-FES motivación al logro y control en el caso de perfeccionismo ($t_{(27)}$ = -3.11; p ≤.001 y $t_{(27)}$ = -4.71; p ≤ .001, respectivamente). En la Tabla 4 se recogen los estadísticos descriptivos de los dos grupos extremos de gravedad en las subescalas FES citadas.

Tabla 3- Estadísticos descriptivos y puntuaciones de corte de los cuartiles extremos en las subescalas EDI

Subescala *EDI* *	***M (SD)***	**Rango**	**Cuartiles**	
			Bajo	**Alto**
MM	9.96 (6.61)	0-24	< 5	16
CI	12.11 (7.74)	0-29	< 6	≥ 19
I	12.05 (8.48)	1-29	< 4	≥ 18
P	7.81 (5.02)	0-21	< 4	≥ 11
DI	5.58 (5.23)	0-19	< 1	≥ 8

* **MM**= Miedo a la madurez; **CI**= Conciencia interoceptiva; **I**= Ineficacia; **P**= Perfeccionismo; **DI**= Desconfianza nterpersonal

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las subescalas FES para los cuartiles extremos en las subescalas EDI, cuyas t resultaron significativas.

Subescalas*EDI* *	**Cuartil (*n*)**	**Puntuaciones subescalas *FES* ****		
		AC *M(SD)*	**EX** *M(SD)*	**CN** *M(SD)*
CI	Bajo (13) Alto (16)		5.62 (1.80) 3.88 (1.50)	
I	Bajo (14) Alto (15)		5.57 (1.65) 3.60 (1.55)	
P	Bajo (12) Alto (17)	4.67 (2.06) 6.82 (1.67)		2.75 (1.54) 5.82 (1.85)

***CI**= Conciencia interoceptiva; **I**= Ineficacia; **P**= Perfeccionismo ** **AC**= Actuación; **EX**= Expresividad; **CN**= Control

Por otra parte, se comprobó si existía relación entre las subescalas expresividad y conciencia interoceptiva mediante un análisis de correlación de Pearson, que arrojó un coeficiente de - 0.37 ($p \leq .01$).

- Relación entre las características psicológicas asociadas a la sintomatología alimentaria y el grado de acuerdo sobre el funcionamiento familiar

Por lo que se refiere al grado de acuerdo paciente-madre, las pruebas t realizadas mostraron diferencias significativas en expresividad cuando se consideraron los niveles extremos de conciencia interoceptiva ($t_{(27)} = - 2.09$; $p \leq .05$) y de ineficacia ($t_{(27)} = - 1.97$; $p \leq .05$), ver Tabla 5.

Tabla 5- Estadísticos descriptivos en el grupo paciente-madre para los cuartiles extremos de las subescalas EDI, cuyas t resultaron significativos.

Subescala *EDI* *	**Cuartil (*n*)**	**Incongruencia (expresividad)** *M(SD)*
CI	Bajo (13) Alto (16)	1.23 (1.30) 2.44 (1.71)
I	Bajo (14) Alto (15)	1.29 (1.20) 2.40 (1.76)

***CI**= Conciencia interoceptiva; **I**= Ineficacia

Discusión

Nuestros resultados coinciden con los publicados por otros autores que han utilizado la *FES* como instrumento de evaluación familiar (Blouin, Zuro, y Blouin, 1990; Johnson y Flach, 1985; Kern y Hastings, 1995; Shisslak y cols., 1990; Stern y cols., 1989; Vázquez, 1998). Precisamente, para poder optimizar la comparación entre este trabajo y los anteriormente citados, se aplicaron a todos ellos los puntos de corte de este estudio. Todas las investigaciones indican que el sistema familiar percibido por las pacientes con un trastorno alimentario se caracteriza por mostrar niveles moderados en las siete subescalas analizadas por la *FES* (*cohesión, expresividad, conflicto, autonomía, actuación, organización* y *control*).

Al contrastar los informes de los tres miembros familiares, encontramos que la paciente consideraba, en comparación con su madre, que el grado de unión y apoyo existente entre los miembros de su familia era más bajo y que se permitía en menor medida la expresión de sentimientos y la toma individual de decisiones y, en comparación con ambos progenitores, que existía un nivel más elevado de conflicto. Nuestros resultados divergen de los publicados por Humphrey (1986), pero concuerdan con los obtenidos por Waller, Slade y Calam (1990) en lo que se refiere a la identificación de diferencias entre los tres miembros familiares. Al mismo tiempo, nuestro estudio sigue la línea del de Vázquez (1998) en cuanto a que las mayores discrepancias se produjeron entre la percepción de la paciente y su madre. Por último, nuestros datos avalan los hallados por Woodside y colaboradores (1995a, 1995b), respecto a la existencia de desacuerdos sobre el funcionamiento familiar entre distintos miembros familiares. Al igual que en el presente trabajo, las pacientes percibieron el clima familiar de manera significativamente más negativa que ambos progenitores. También coincidimos con este autor, al constatar que ambos progenitores concuerdan en su percepción del funcionamiento familiar.

No obstante, las *puntuaciones de incongruencia* mostraron que hay un elevado grado de acuerdo entre los tres miembros familiares en lo referente a la percepción global del funcionamiento familiar. La mayor concordancia se produjo en la subescala *autonomía*, que refleja la autosuficiencia y autodeterminación de los miembros familiares, mientras que el menor grado de acuerdo surgió en la percepción de la *cohesión* familiar. Este hallazgo se puede complementar con el análisis realizado sobre comparaciones entre díadas, que no arrojó diferencias significativas en ningún caso. De todos modos, la percepción de la paciente coincidió más con la madre que con el padre. Estos datos parecen contradecir en cierta medida los presentados anteriormente, pero esta discrepancia podría deberse a la conversión de dos puntuaciones directas en una por medio del cálculo de diferencias, lo que conllevaría una considerable reducción de la variabilidad.

Disponemos de escasas referencias para debatir si el nivel de funcionamiento familiar se relaciona con la gravedad del trastorno del comportamiento alimentario. Nuestros resultados, salvando las diferencias metodológicas, coinciden en parte con los obtenidos por Wallin, Roijen y Hansson (1996), que indican que no existe relación significativa entre el clima familiar y la sintomatología alimentaria de la paciente. Únicamente cuando se analizaron los grupos extremos, surgieron diferencias significativas en la variable *expresividad*. De modo que, el grupo con mayor gravedad de sintomatología alimentaria informó que en sus familias no se fomentaba y permitía la expresión de sentimientos.

En este punto es interesante señalar que en nuestro estudio se encontró una correlación negativa y significativa entre *expresividad* y la subescala-*EDI conciencia interoceptiva*, lo que puede significar que no sólo no se fomenta y permite la expresión abierta de sentimientos en la familia sino que, además, la paciente tiene mayor dificultad para identificar y responder adecuadamente a sus estados emocionales. Dada la naturaleza de correlación de estos hallazgos no se pueden extraer inferencias causales al respecto, pero cabría suponer que la influencia es bidireccional. En cualquier caso, es preciso señalar que, cuando se formaron los dos grupos extremos de gravedad en esta subescala-*EDI*, se encontró que la única diferencia significativa entre ambos surgió también en *expresividad*, siendo el de mayor puntuación el que percibía mayor constricción en la expresión de sentimientos. A la vez, las pacientes que manifestaban sentimientos de incapacidad general e inseguridad más notables también referían mayor dificultad dentro de su familia para expresar lo que sentían y para actuar con libertad. Al comparar las pacientes con alto *vs*., bajo grado de *perfeccionismo*, se encontró que las primeras señalaban que su entorno familiar se caracterizaba por un nivel más elevado de *control* y *motivación al logro*.

El grado de acuerdo existente entre las pacientes y sus madres sobre la percepción de la *expresividad* en la familia difirió significativamente en función de la gravedad de la sintomatología alimentaria y del grado de *conciencia interoceptiva* e *ineficacia* informado por las pacientes, siendo menor la concordancia en el grupo que informó de mayor psicopatología. Por último, según los resultados obtenidos, el grado de acuerdo existente entre las pacientes y sus padres no difirió significativamente en función de la gravedad de la sintomatología alimentaria ni de las características psicológicas analizadas. Desafortunadamente no conocemos ningún trabajo que nos permita comparar en este punto nuestros resultados.

En conclusión, las pacientes que referían niveles más elevados de sintomatología alimentaria, mayor incapacidad para conocer y responder adecuadamente a sus estados emocionales y sentimientos de inseguridad e incapacidad general más notables, no sólo manifestaban mayor dificultad dentro de la familia para expresar lo que sentían y para actuar con libertad sino que, además, discrepaban significativamente de sus madres a este respecto. Estos resultados sugieren que la

intervención terapéutica debería tener en cuenta estrategias para el reconocimiento y expresión de sentimientos en el seno de la familia. Futuras investigaciones deberán analizar si los resultados obtenidos sobre el grado de acuerdo intrafamiliar obedecen estrictamente a la patología alimentaria.

Referencias

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC, USA: APA.

Blouin, A.G., Zuro, C. y Blouin, J.H. (1990). Family environment in bulimia nervosa: The role of depression. *International Journal of Eating Disorders, 9* (6), 649-658.

Felker, K.R. y Stivers, C. (1994). The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents. *Adolescence, 29* (116), 821-834.

Garfinkel, P. E. y Garner, D.M. (1982). *Anorexia nerviosa: A multidimensional perspective.* New York: Basic Books.

Garfinkel, P, E., Garner, D.M., Rose, J., Darby, P.L., Brandes, J.S., O'Hanlon, J. y Walsh, N. (1983). A comparison of characteristics of families of patients with anorexia nervosa and normal controls. *Psychological Medicine, 13*, 821-828.

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., Olmstead, M.A. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2* (2), 15-34.

Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., & Garfinkel, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*, 871-878.

Grigg, D.M., Friesen, J.D. y Sheppy, M.I. (1989). Family patterns associated with anorexia nervosa. *Journal of Marital and Family Therapy, 15*, 29-42.

Guimerá, E. y Torrubia, R. (1987). Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *Anales de Psiquiatría, 3* (5), 185-190.

Hsu, L.K.G. (1990). *Eating disorders*. New York: The Guilford Press

Humphrey, L.L. (1986). Family relations in bulimic-anorexic and nondistressed families. *International Journal of Eating Disorders, 5*, 223-232.

Johnson, C. y Flach, A. (1985). Family characteristics of 105 patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry, 142*, 1321-1324.

Kern, J.M. y Hastings, T. (1995). Differential family environments of bulimics and victims of chilhood sexual abuse: Achivement orientation. *Journal of Clinical Psychology, 51* (4), 499-506.

Kog, E. y Vandereycken, W. (1985). Family characteristics of anorexia nervosa and bulimia: A review of the research literature. *Clinical Psychology Review, 5*, 159-180.

Minuchin, S., Baker, B.L., Rosman, B.L., Liebman, R., Milman, L. y Todd, T.C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry, 32*, 1031-1038.

Moos, R. H. y Moos, B.S. (1981). *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Seisdedos, N., de la Cruz, M.V. y Cordero, A. (1989). *Manual de escalas de clima social (FES, WES, CIES, CES).* Madrid: TEA.

Selvini-Palazzoli, M.P. (1974). *Self-starvation*. London: Chaucer Publishing Company.

Shisslak, C.M., McKeon, R.T. y Crago, M. (1990). Family dysfunction in normal weight bulimic and bulimic anorexic families. *Journal of Clinical Psychology, 46* (2), 185-189.

Stern, S.L., Dixon, K.N., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E. y Sansone, R. (1989). Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 8* (1), 25-31.

Strober, M. (1981). The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: An exploration of possible etiologic factors. *International Journal of Eating Disorders, 1* (1), 28-43.

Vandereycken, W., Castro, J. y Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Barcelona: Martínez-Roca.

Vandereycken, W., Kog, E. y Vanderlinden, J. (1989). *The family approach to eating disorders*. N.Y.: PMA Publishing Corporation.

Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1999). *Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios. Nuevas terapias para el control de la anorexia y la bulimia.* Barcelona: Granica

Vázquez, R. (1998). *Aspectos familiares en la bulimia y anorexia nerviosa.* Tesis doctoral [microforma]. Bellaterra: Servicio de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Waller, G., Slade, P. y Calam, R. (1990). Who knows best? Family interaction and eating disorders. *British Journal of Psychiatry, 156*, 546-550.

Wallin, U., Roijen, S. y Hansson, K. (1996). Too close or too separate: Family function in families with an anorexia nervosa patient in two Nordic countries. *Journal of Family Therapy,18* (4), 397-414.

Williamson, D.A., Anderson, D.A., Jackman, L.P., & Jackson, S.R. (1995). Assessment of eating disordered thoughts, feelings, and behaviours. In D.B. Allison (Ed.), *Handbook of assessment methods for eating behaviours and weight-related problems: Measures, theory, and research* (pp. 347-386). California: Thousand Oaks.

Woodside, D.B., Shekter-Wolfson, L., Garfinkel, P.E., Olmsted, M.P., Kaplan, A.S. y Maddocks, S.E. (1995a). Family interactions in bulimia nervosa I: Study design, comparisons to established population norms, and changes over the course of an intensive day hospital treatment program. *International Journal of Eating Disorders, 17* (2), 105-115.

Woodside, D.B., Shekter-Wolfson, L., Garfinkel, P.E., Olmsted, M.P., Kaplan, A.S. y Maddocks, S.E. (1995b). Family interactions in bulimia nervosa II: Complex intrafamily comparisons and clinical significance. *International Journal of Eating Disorders, 17* (2), 117-126.

TRASTORNOS DEL SUEÑO, SALUD Y CALIDAD DE VIDA: UNA PERSPECTIVA DESDE LA MEDICINA COMPORTAMENTAL DEL SUEÑO

Hernán Andrés Marín Agudelo
Andrés Fernando Franco
Stefano Vinaccia Alpi
Sergio Tobón
Bonifacio Sandín

Introducción

La vigilia y el sueño son estados de carácter cíclico y de tipo circadiano, es decir cercanos a la duración del día (24 horas). Si bien es cierto que en el hombre los horarios y las necesidades de la vigilia y del sueño son dependientes de la edad, el estado de salud, el contexto cultural y sociolaboral del momento, el ritmo circadiano del sueño y de la vigilia intenta conservar su tendencia natural a pesar de sus continuas adaptaciones a las exigencias cotidianas, con resultados, habitualmente, indeseables para la salud del individuo (Miró, Iáñez y Cano-Lozano, 2002).

El ciclo natural del sueño y la vigilia se ha visto afectado a lo largo de nuestra historia por diversos cambios debidos al progreso, pero sin ninguna duda que el factor que definitivamente rompe con la sincronía natural de nuestros ritmos biológicos ha sido la introducción de la luz artificial. Este elemento ha condicionado

finalmente y regulado todas las actividades humanas, terminando por imponer ritmos no naturales, justificados en el mundo laboral y sus actividades productivas. El ser humano ha tenido que adaptarse a estos nuevos horarios, con la creación de diferentes tipos de turnos laborales, actividades académicas y lúdicas, que alteran los procesos naturales y afectando, al mismo tiempo, la calidad de vida con respecto a la salud (Carskadon 2001, Marín et al., 2005).

Se considera que el número total de horas de trabajo, actividad académica y lúdica ha aumentado de un 12% de 1969 al 2000. Por lo tanto, no es de extrañar que los expertos aseguren que actualmente la población activa duerme 7-8 horas en contra de 8 a 9 horas hace 50 años y que se duerme, una media de 1,5 horas menos que a principios del siglo veinte. Esto refuerza la idea de que nuestra sociedad actual padece de un estado de *insuficiencia crónica de sueño nocturno*, lo cual está también directamente relacionado con una alteración de la calidad de vida y la percepción general del estado de salud.

Las diferentes alteraciones del sueño, ya sea por exceso o déficit del mismo, en un individuo, dan cuenta de importantes cambios psicológicos como, irritabilidad, ansiedad, impaciencia y depresión, dentro de los espectros emocionales; por otro lado, dentro de los aspectos cognitivos, se ha relacionado con enlentecimiento en el tiempo de reacción, dificultades de memoria, menor capacidad de adaptación a situaciones nuevas y déficit de atención y concentración en tareas concretas.

Otro punto que se ha vendido estudiando, a través de diferentes investigaciones, donde se demuestra las alteraciones que se producen en el sistema endocrino e inmunológico del afectado, es la relación del dormir con este y otros sistemas, lo que impide las respuestas eficaces de su organismo ante diversos cambios y requerimientos del medio interno o externo (Miró, Iáñez y Cano-Lozano, 2002). Cada vez son más numerosas las áreas desde las que pueden establecerse interesantes conexiones entre el sueño y diferentes aspectos relacionados con la salud; como la calidad de vida y la relación del sueño y el papel de éste en las enfermedades crónicas y el papel que juega el dormir menos tiempo y también, paradójicamente, más tiempo del asociado, al denominado patrón de sueño intermedio, tiene consecuencias adversas para la salud a distintos niveles (Miró, Iáñez y Cano-Lozano, 2002). Estos aspectos han sido un punto de interés fundamental en la aparición reciente de conceptos de salud y enfermedad abordados desde diversos aspectos. En general, en este apartado se planteará la relación de estos aspectos con el sueño y el estado de salud en general, partiendo desde la medicina comportamental del sueño y los diferentes constructos, necesarios para esta reflexión, como son: salud, enfoque biopsicosocial de la misma y calidad de vida.

Medicina comportamental del sueño

La *medicina comportamental del sueño* (MCS) ha emergido recientemente como área de subespecialización, dentro del campo más amplio de la medicina del sueño (Stepanski, 2000 y 2003; Marín, 2001). Ciertos acercamientos comúnmente usados para el tratamiento en MCS, primero fueron iniciados en los años 30, y los rastros de los progresos dentro de MCS en la práctica actual (Stepanski, 2000 y 2003; Marín y cols2005). Las innovaciones importantes incluyen la extensión de MCS más allá del tratamiento del insomnio, para incluir el tratamiento de los trastornos del sueño en la infancia, desórdenes del ritmo circadiano, parasomnias, también como los procedimientos de adherencia al tratamiento con los pacientes que experimentan el tratamiento con la presión positiva continua nasal de la vía aérea (CPAP), y adherencia al tratamiento con estimulantes. El tratamiento para el insomnio ha sido hasta ahora el área más identificada con la MCS, pero gracias a

los diferentes avances en la conceptuación de la somnolencia excesiva diurna, diferentes investigaciones relacionan dichos aspectos, entre otros, que ponen de manifiesto un modelo estructurado de intervención frente ala misma, que hasta ahora solo se plantea como expositivo, con algunas aproximaciones investigativas (Stepanski, 2000, 2003; Marín 2001). Formalmente, la MCS se refiere a la rama de la medicina del sueño y de la psicología clínica y de la salud que se centra en tres aspectos puntuales: (1) focos (cognitivo-comportamentales), importantes en la identificación de los factores psicológicos que contribuyen al desarrollo y/o el mantenimiento de los trastornos del sueño; (2) especialización en el desarrollo y el abastecimiento de técnicas de evaluación e intervención cognitivo-comportamentales, empírico-validadas, y/o otras medidas interventivas de corte no farmacológico para el espectro entero de los desórdenes del sueño (Stepanski, 2000 y 2003; Marín et al., 2005); (3) desarrollo de estrategias que permitan identificar los aspectos relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud y las patologías del sueño, y la relación entre estrés y sueño. Estos puntos como tales argumentan la revisión que se viene haciendo desde esta perspectiva en relación al sueño, sus trastornos y de la salud.

Calidad de vida y sueño

La calidad de vida ha sido la aspiración humana de todos los tiempos, unas veces revestida del inmortal sueño de la felicidad, otras veces propuesta, como la tarea preceptiva del estado de bienestar moderno. Probablemente la enorme vigencia que el concepto ha obtenido en los últimos años, proviene de dos hechos principales, El primero de ellos se refiere a la conciencia colectiva, adquirida de la responsabilidad común, ente los hechos ambientales y ecológicos, aspecto que confiere al concepto su valor planetario, social, comunitario y colectivo (Moreno y Ximénez, 1996; Valarde et al., 2002; Schwartzmann, 2003). La segunda surge de la preocupación por los aspectos cualitativos y cotidianos de la vida que el desarrollo económico sin más, no puede garantizar, y que otorga al concepto su lado más humano, atento a los pequeños detalles y a los aspectos más individuales, de la existencia, como el dolor y la felicidad (Moreno y Ximénez, 1996; Valarde et al., 2002; Schwartzmann, 2003).

La función de la psicología en el estudio de la calidad de vida se centra en delimitar sus dominios, establecer sus determinantes, elaborar técnicas para su evaluación y determinar los programas de intervención en orden al logro de obtener un mejor nivel de calidad de vida, para el individuo y la sociedad (Moreno y Ximénez, 1996; Valarde et al., 2002; Schwartzmann, 2003). El término de calidad de vida, aparece cerca del año de 1975 y tiene su expansión, a lo largo de la década de los años ochenta. Su origen aparece en la medicina y luego se extiende hacia la sociología y la psicología, desplazando términos poco operativos, como felicidad y bienestar (Moreno y Ximénez, 1996; Valarde et al., 2002; Schwartzmann, 2003). Si bien es cierto que la aparición del concepto es muy actual, y que además no existen descripciones bibliográficas antiguas acerca de la historia del concepto, por lo general, la historia recuenta los procesos históricos de conceptos afines (Salud, bienestar y felicidad). Partiendo de esto, el concepto tendría dos periodos históricos, claramente delimitados; el primero de ellos, surge con las concepciones de las primeras civilizaciones, se extiende prácticamente hasta finales del siglo XVIII y se preocupa básicamente por la salud privada y pública; la segunda aparece con el desarrollo de la concepción moderna del estado y la instauración de una serie de leyes que garantizan los derechos y el bienestar social del ciudadano, análogo al concepto de estado de bienestar (Moreno y Ximénez, 1996; Valarde et al., 2002; Schwartzmann, 2003). A lo largo de su desarrollo histórico, el concepto de calidad de vida se ha caracterizado por su continua ampliación. Inicialmente consistía en el cuidado de la salud personal, luego se convierte en una preocupación por la salud e higiene públicas; y desde aquí se extiende posteriormente a los derechos humanos,

laborales y ciudadanos, y continúa con la capacidad de acceso a los bienes económicos. Finalmente se convierte en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud (Moreno y Ximénez, 1996; Valarde et al., 2002; Schwartzmann, 2003).

La misma naturaleza compleja del concepto de calidad de vida hace difícil su definición. Desde diversas perspectivas se propone una cobertura multidimensional y multidisciplinar para la definición del concepto, considerando componentes tales como la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos; considerando tanto aspectos objetivos como subjetivos, atravesados por el espacio vital. Para la psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de repuesta individual y social, ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria; es decir, aunque recoge los componentes del bienestar objetivo, se centra en la percepción y estimación de ese bienestar, y en el análisis de los procesos que conducen esa satisfacción y en los elementos integrantes de la misma (Moreno y Ximénez, 1996; Valarde et al., 2002; Schwartzmann, 2003).

Patrones de sueño y salud

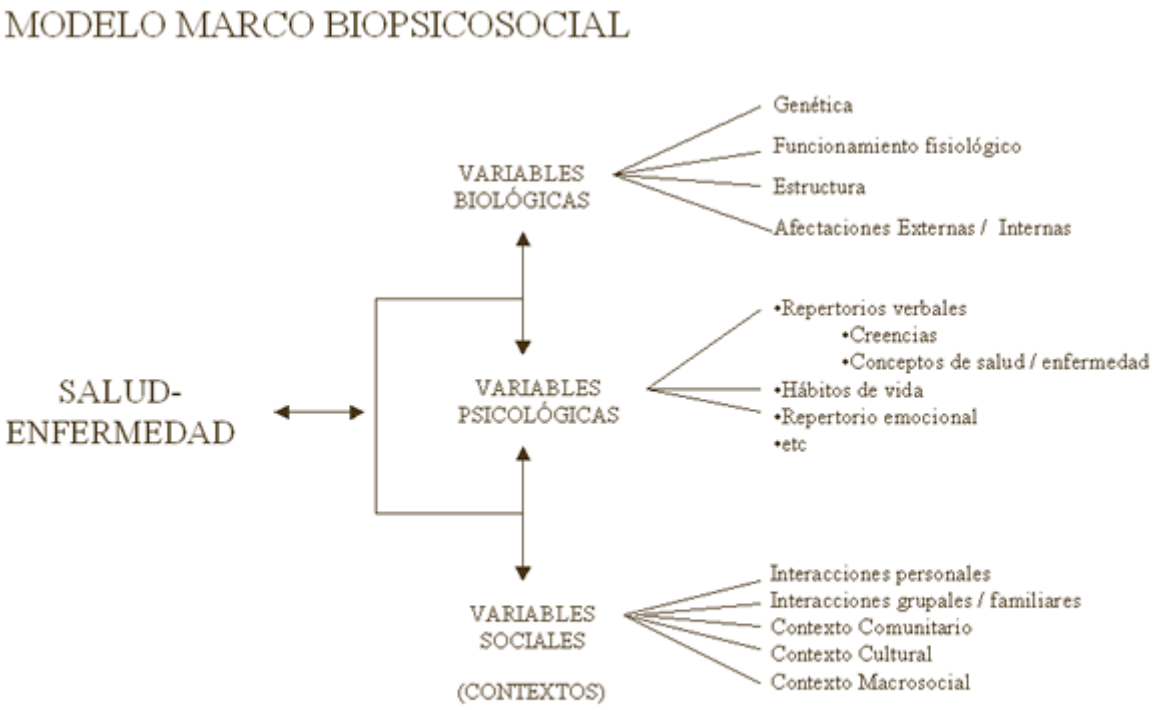
En muchas ocasiones se ha establecido una relación existente entre los diferentes patrones de sueño y la salud en general (Buysse, 1992; Miró y cols., 2002). En otros estudios son conocidos los impactos negativos de los trastornos de sueño como el insomnio, la narcolepsia y la apnea de sueño, entre otros, en el funcionamiento físico y psicosocial; 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 por los diferentes trastornos del sueño, lo cual altera el funcionamiento diurno, el alerta, las capacidades de concentración, entre otros, generando, estrés, accidentes y, en los casos más severos, muertes por accidentes de tránsito o accidentes laborales.

Uno de los puntos principales de este capítulo, es hacer una revisión de la relación que tiene con la salud los diferentes trastornos del sueño, en diferentes aspectos de la calidad de vida en el funcionamiento cotidiano de personas sanas y enfermas. La vida actual caracterizada 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; se convierten en factores que predisponen al estrés generando un activismo cultural, que se convierten en un factores precipitantes que alteran el sueño, deteriorando la calidad de vida (Marín, 2001).

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, llevaría a plantear 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 deterioran su calidad de vida (Schwartzmann, 2003), y dentro de estas perspectivas entrar a pensar en como el sueño también se encuentra alterado y se convierte en otro factor, que junto con el estado perceptual, es importante al momento de entrar a describir o indagar por la calidad de vida. En el siguiente grafico se expone la interacción de estos factores reconocidos como modelo biopsicosocial de la salud.

Figura 1- Tomada de Gil-Roales, 2004



Representación gráfica del tipo de variables Implicadas en el Modelo Biopsicosocial, para producir los estados de salud enfermedad

Este modelo explica claramente la influencia de los diferentes factores antes mencionados, para una buena salud y calidad de vida. Partiendo de estas 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 los factores que las enfermedades crónicas del sueño, y cómo el insomnio, la narcolepsia, la apnea obstructiva de sueño, deterioran la calidad de vida (Hida, 2003; Baldwim, 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 deprivación 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, Caskardon, 2004). Otros estudios relacionados con la narcolepsia concluyen que la somnolencia excesiva causa fallas en la función ejecutiva del individuo (Marín, 2001; Conessa, 1998).

Sueño y enfermedad crónica

Dentro de los aspectos más estudiados en relación al tema de sueño y la salud, es la relación, o gravedad de las manifestaciones patológicas sobre el mismo y al mismo tiempo, la influencia de las alteraciones del sueño como factor importante de riesgo en la salud general del paciente. Investigaciones recientes (Kusleikaite y cols, 2005, Hopkins., 2005), han apuntado a determinar el índice de desórdenes del sueño, con una muestra de 81 pacientes en hemodiálisis, utilizando instrumentos de auto reporte para evaluar la asociación entre la calidad del sueño y la calidad de la vida en estos pacientes. Dentro de los pacientes que estaban en diálisis actualmente 54 (66.7%), se encontraban los "malos dormidores". Con respecto a la calidad de vida, las dimensiones mental y física, se mostraron alteradas. Cabe anotar dentro del estudio, que niveles más bajos de la hemoglobina correlacionaron con mala calidad del sueño y baja calidad de la vida (Kusleikaite y cols, 2005).

El sueño adecuado, en términos de la cantidad y de la calidad, es un componente esencial de cualquier programa general de salud. La privación del sueño tiene efectos deletéreos serios en cualquier tema, sin importar especie (Caskardon, 2004; Peruzzi, 2005). Desde este aspecto, estudios han demostrado los efectos nocivos más obvios y más bien documentados de la privación del sueño se centran en la función cognoscitiva, la función cardiopulmonar, y el sistema inmune. A pesar de estos efectos deletéreos de la privación del sueño, uniformes en personas sanas, los pacientes de cuidado intensivo raramente alcanzan un buen periodo de sueño natural. Las causas trastornos del sueño en la unidad de cuidado intensivo implican los factores relacionados con la condición clínica subyacente, éstos debido a la diversa cantidad de fármacos requeridos para proporcionar el tratamiento y la comodidad, además estos se relacionan con el ambiente y los procesos del cuidado del enfermo, en la unidad de cuidado intensivo (Caskardon, 2004; Peruzzi, 2005). Solamente con un acercamiento comprensivo al cuidado intensivo, conservando un ambiente que promueva sueño, se construiría y se mantendría la revitalización del paciente en cuidaos intensivos. Otros estudios dentro de este aspecto, han apuntado a describir el papel del sueño y los factores de la calidad de vida en la enfermedad gastrointestinal, en 152 pacientes (edad media, 47 años), demostrando que dentro de los factores que se alteran en la calidad de vida, incluyen el sueño, la vitalidad y la salud emocional (Pacini y cols., 2005). Dentro de las enfermedades cónicas, se ha investigado la relación que existe entre los trastornos del sueño, en pacientes con la esclerosis múltiple, dentro de lo que se encontró, que los más comunes considerados en dichos pacientes, incluyen insomnio, trastornos del movimiento periódico de las extremidades, trastornos respiratorios del sueño, narcolepsia, y el trastorno comportamental del sueño REM. Los resultados apuntan a describir que los factores que influyen la mala calidad del sueño en esta población, paciente incluyen dolor, depresión, el efecto de la medicación, la localización de lesiones, y la severidad de la enfermedad. El sueño interrumpido tiene el potencial de causar somnolencia excesiva diurna, fatiga creciente, y sueño no reparador, puede estar asociado a acontecimientos respiratorios peligrosos. El conocimiento y el tratamiento de estas condiciones es vitales a mejorar salud y la calidad de la vida en estos pacientes (Fleming y Pollak., 2005).

Otros aspectos más de orden desde lo socio-demográfico han demostrado el deterioro de la calidad de vida en los ancianos que padecen patologías de sueño

(Bephage, 2005; Quan y cols., 2005), lo mismo que el impacto socioeconómico en la producción o alteración del sueño como factor importante (Lima-Costa y cols., 2005). Otros aspectos relacionados con el sueño, la salud y la enfermedad crónica, se refieren a los efectos metabólicos de la deprivación habitual del sueño, en donde se evidenció qué una duración del sueño de 6 horas o menos, o 9 horas o más, se asocia al predominio creciente de diabetes y baja tolerancia de glucosa, efecto que se presentaba en pacientes sin insomnio, siendo la causa propia de estos patrones de sueño, la privación voluntaria del mismo (Gottlieb y cols., 2005); otros estudios realizados demuestran la relación de algunos trastornos del sueño, relacionados con el síndrome de fatiga crónica, incluso algunos trastornos del sueño, caracterizados por somnolencia excesiva diurna, pueden exacerbar estos síntomas, traduciéndose en baja calidad de vida relacionada con la salud (Fossey y cols., 2004).

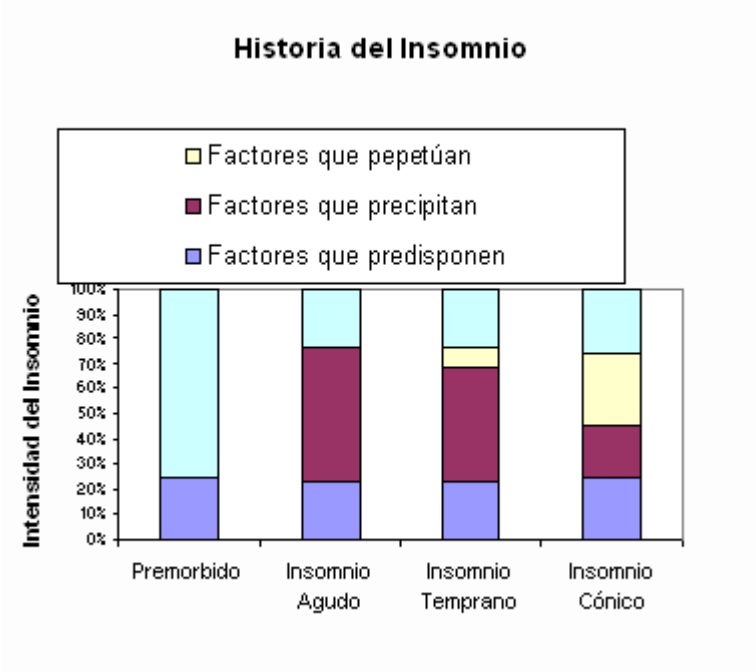
En conclusión, se puede afirmar que los trastornos del sueño y sus consecuencias son una problemática preocupante en la salud pública, imponiendo una carga substancial ante el individuo y la sociedad. Aunque el sueño ocupa una mitad de nuestras vidas y se puede considerar para ser un tema tan importante, la medicina del sueño es una especialidad joven, que si bien es cierto se ha avanzado en muchísimos aspectos, queda de fondo un sin número de problemáticas para investigar en este campo. Uno de estos problemas que están siendo recientemente abordados es la relación del sueño su calidad y trastornos del sueño en la menopausia, en donde se ha encontrado mucha correlación con el insomnio y trastornos de piernas inquietas. (Polo-Kantola y Erkkola, 2004). Otro punto que se ha estudiado recientemente es la relación de la calidad de vida en pacientes con trastornos del sueño, en general, utilizando escalas de auto reporte y evaluando a través de un inventario de trastornos del sueño, los diferentes aspectos relacionados con el tratamiento de los mismos y su impacto en la calidad de vida del sujeto (Reimer y Flemons, 2003). Otros estudios de punta han indagado la relación que existe entre una patrón de sueño cortio o privación del mismo con la calidad uno mismo-divulgada pobre del sueño se parecía ser asociada a un riesgo creciente de la mortalidad independientemente de la duración del sueño (Kojima y cols., 2000). Otras investigaciones han evaluado el sueño como aspecto que esta relacionado con una mala calidad de vida en pacientes con epilepsia (Weerd y cols., 2004). En general quedan muchos tópicos por abordar sobre estos aspectos centrales del sueño y su relación con la salud. Se pasará a detallar estos aspectos, en los pacientes con cada uno de los trastornos del sueño.

Insomnio, síndrome de piernas inquietas, calidad de vida y salud

El insomnio es un síntoma frecuente en la población en general; estudios numerosos han probado esto. En los últimos años, las clasificaciones han hecho gradualmente más énfasis en las repercusiones diurnas del insomnio y sus consecuencias en el funcionamiento social y cognitivo. Ahora se integran en la definición del insomnio y se utilizan para cuantificar su severidad. Si las consecuencias diurnas del insomnio son bien conocidas en el nivel clínico, hay pocos datos epidemiológicos sobre este tema y otro aspecto (Ohayon y Lemoine, 2004). Hasta ahora es conocido el modelo comportamental del insomnio, donde se distinguen dos factores relevantes para ser tenidos en cuenta. El primero de ellos es la historia natural del insomnio, según la cual tres tipos de factores, actúan en el

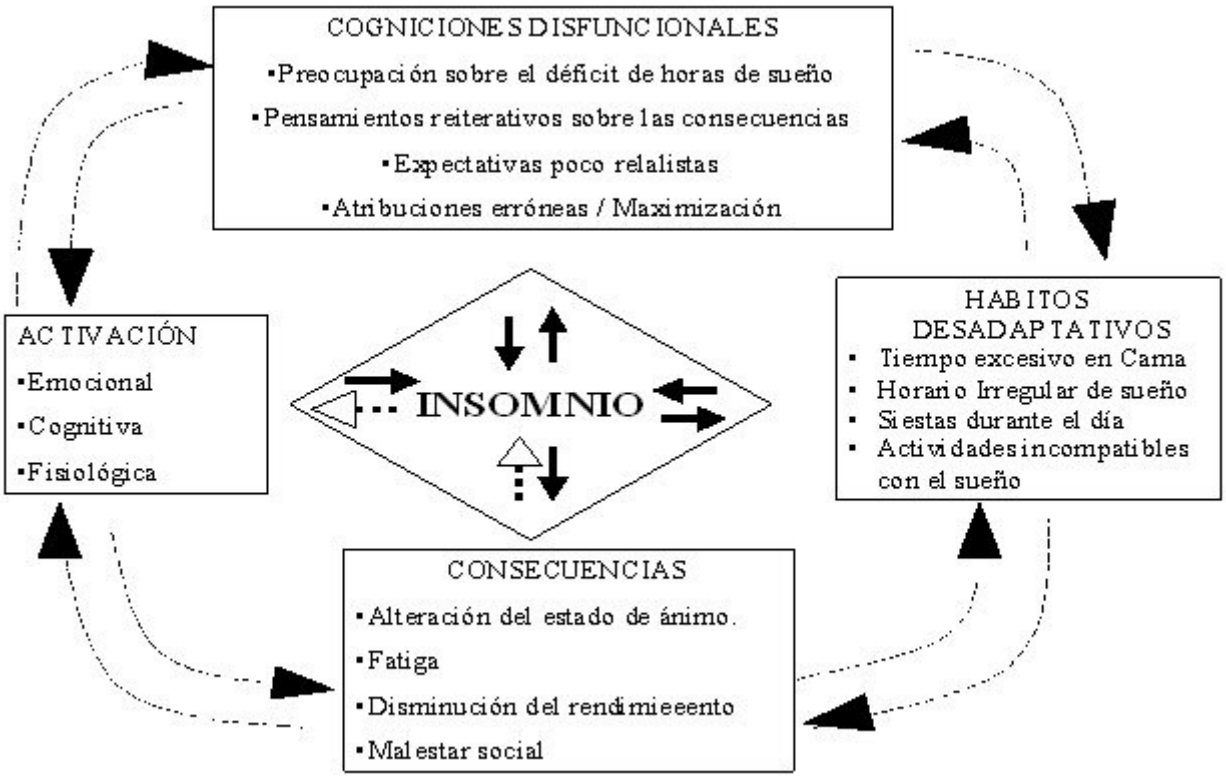
insomnio: los factores que predisponen, o rasgos de resistencia, que reducen el umbral necesario para desencadenar el insomnio; Las circunstancias que lo precipitan, o factores temporales y conceptuales, que rodean el inicio de l insomnio; y por último factores que perpetúan, o las variables que contribuyen al manejo del insomnio a lo largo del tiempo (ver figura 2).

Figura 2- De historia natural del insomnio Spielmann y Glovinsky, 1991



El segundo factor relevante, es un modelo integrador del insomnio, el cual describe varias aspectos a saber: el primero de ellos es la hiperactivación, que es la característica mediadora del insomnio, puesto que la activación regula el equilibrio entre el sueño y la vigilia, un nivel excesivo de activación, es incompatible con el sueño.; en segundo lugar, múltiples estímulos que pueden elevar de tal manera el nivel de activación, por encima del umbral crítico, que interrumpe la secuencia natural de relajación, somnolencia e inicio del sueño. Otro aspecto son las repuestas más típicas al insomnio, incluyen una preocupación por el número de horas de sueño, los pensamientos reiterativos sobre los efectos residuales del día, la tensión muscular y la inquietud física general; otro punto son las consecuencias del día siguiente, que implican fatiga, alteración del estado de ánimo, irritabilidad, malestar social y disminución del rendimiento; y por último los hábitos de sueño desadaptados. Esto se expone en la figura 3 del microanálisis del sueño.

Figura 3 de microanálisis de sueño, Morin, 1998



Dentro del insomnio y la calidad de vida relacionada con la salud, otras investigaciones demostraron que el padecimiento del mismo y la mala calidad de sueño están relacionados con el estrato económico, la etnia la edad (Gellis y cols 2005) Investigaciones relacionadas con el insomnio y las enfermedades crónicas retomaban la importancia de brindar una mejor opción de tratamiento debido a que el tratamiento para el cáncer en algunos momentos en asocio con otros trastornos mentales asociados al cáncer, exacerbaban los síntomas (Theobald y cols, 2004). Otros estudios han evaluado la relación entre el insomnio de mujeres que estaban sometidas a un tratamiento hormonal en la menopausia, en comparación con un grupo que recibía un tratamiento placebo, para diferenciar en la severidad de sus síntomas vasomotores, encontrándose severidad al presentarse la variable del insomnio (Levine y cols., 2005). Otros estudios han indagado, la relación existente entre el insomnio y trastornos de ansiedad, otros desórdenes psicológicos (abuso o dependencia de alcohol, abuso o dependencia drogas, y el suicidio), además, el insomnio fue relacionado con la disminución del funcionamiento del sistema inmune, indicando que el insomnio es un factor de riesgo para salud mental y física (Taylor y cols., 2003). Otras investigaciones han relacionado el dolor crónico, a un empeoramiento del insomnio en varios aspectos: como número de incremento en los síntomas del insomnio, de consecuencias diurnas más severas del día y de una situación más crónica del insomnio (Ohayon y cols 2005).

El síndrome de piernas inquietas, caracterizado por el deseo de mover los pies, por la sensación, de hormigueo, calambres, sensación de agujas, de una disminución del síntoma al mover las extremidades, y de un empeoramiento de síntomas por la tarde o por la noche (Berger y cols., 2004; Hopkins, 2005). Este síndrome es causa importante y común del insomnio, y estudios anteriores indican que el bienestar psiquiátrico se puede deteriorar entre pacientes que lo presentan, siendo más común los trastornos de ansiedad y la depresión, además del asocio a otras

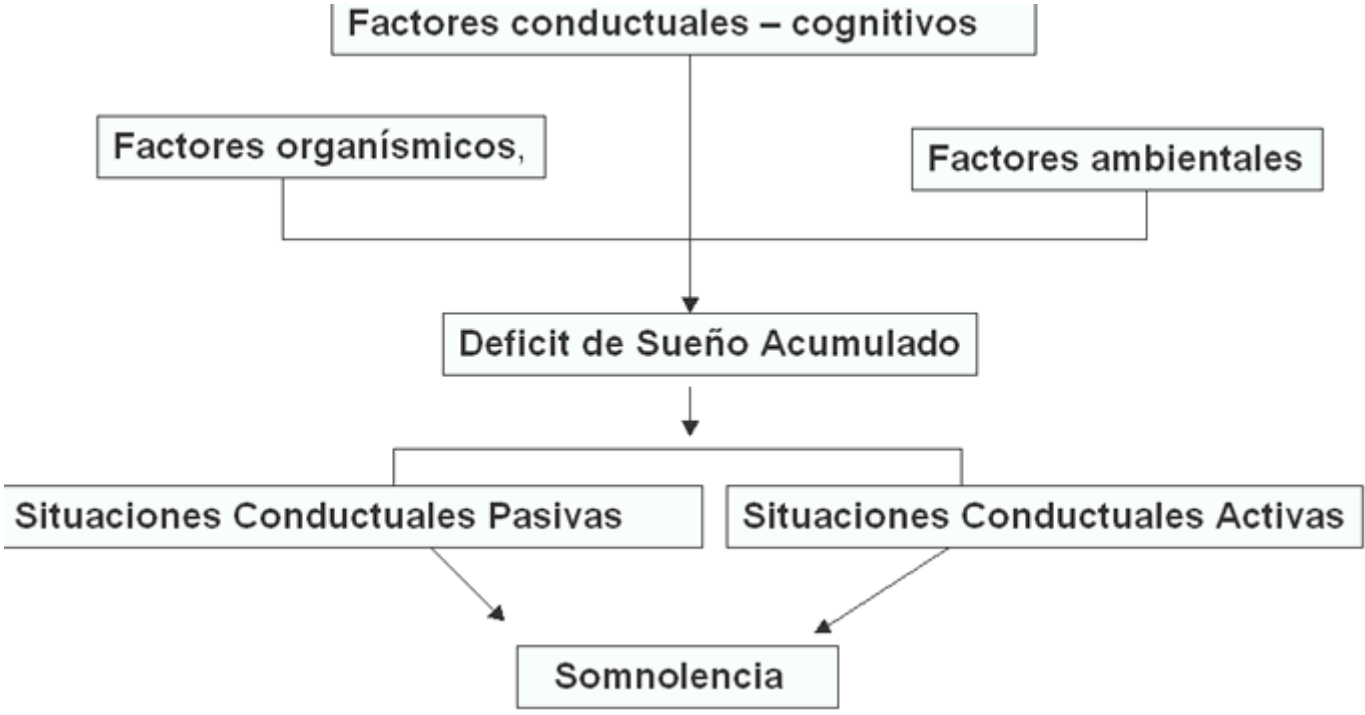
enfermedades crónicas, en donde la calidad de vida se encuentra afectada, y este síndrome se exacerba, como lo es la disfunción renal (Hopkins, 2005). El síndrome agitado de las piernas es una enfermedad común en la población en general, afectando a las mujeres más a menudo que a los hombres, se asocia a la reducción a la calidad de la vida en la población general que lo padece (Berger y cols., 2004). Otros estudios han relacionado la ocurrencia de este trastorno del sueño, con el déficit de atención y la hiperactividad argumentando, que cualquier condición que contribuye a la hiperactividad, sugiere un problema de salud pública importante (Chervin y cols., 2002). Otros estudios han calculado la asociación existente entre este trastorno del sueño y la calidad del mismo en función a la sintomatología del insomnio, encontrando su asocio con los malos dormidores, la alta probabilidad para el insomnio y la calidad de vida deteriorada, sobre todo en pacientes en diálisis (Mucsi I, y cols 2005). Otros estudios realizados que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud, evidenciaron que este síndrome, particularmente pacientes con un curso más severo, presentaron déficit significativos en las dimensiones física, el dolor corporal, la salud mental, la salud general, y la vitalidad, comparada con la población en general (Abetz L, y cols 2004; Hening y cols., 2004). Otros estudios han planteado el diseño de instrumentos psicométricos, adecuados, para este síndrome y su relación con la calidad de vida (Atkinson y cols., 2004).

Somnolencia excesiva diurna, calidad de vida y salud

Para el modelo comportamental de la somnolencia excesiva diurna (Marín, 2001; Marín y Vinaccia 2004), es concebida como una respuesta subjetiva caracterizada por un deseo irresistible de dormir en circunstancias inapropiadas o no deseadas, determinada por tres variables conductuales en la estructuración de la misma: (1) Variables situacionales que alteran o fragmentan el sueño nocturno, estas variables están determinadas por aquellas conductas que causan deprivación de sueño y que van moduladas en consonancia con el modelo de regulación de sueño y factores circadianos del mismo. (2) Creencias o pensamientos que fragmentan el sueño, estos pensamientos están basados prácticamente en cogniciones y evaluaciones negativas sobre la eficacia y necesidad de sueño, además de cogniciones que favorecen la conducta diurna y el estado de alerta más allá de los patrones circadianos. (3) Características fisiorgánicas que fragmentan el sueño nocturno, algunos de estas son patogénesis de tipos específicos de hipersomnias (déficit de hipocretina en la narcolepsia, características morfofisiologicas en la apnea obstructiva de sueño), otras referidas a la arquitectura de sueño y ciertas variables relacionadas con la calidad de sueño como: latencia de sueño, considerada como la medida de sueño en la cual una persona tarda en dormirse; duración de sueño, que hace referencia a la cantidad de horas que el sujeto es capaz de mantenerse dormido; eficiencia habitual de sueño, que hace referencia a la valoración de porcentaje de sueño que un sujeto quiere estar dormido, sobre el total de tiempo que permanece acostado, multiplicado por cien (Marín, 2001; Marín y Vinaccia 2004). Estas variables modulan en interacción con otras variables que fragmentan el sueño como una tendencia más fuerte a desarrollar somnolencia excesiva diurna. Los factores antes mencionados, apuntan a describir en su déficit, aspectos

centrales que en general producen deprivación de sueño y como resultado la conducta de sueño excesiva y sus consecuencias, como se observa en la gráfica siguiente (Marín, 2001; Marín y Vinaccia 2004).

Figura 3- Modelo cognitivo Comportamental interactivo de la Somnolencia Excesiva Diurna (Marín, 2001; Marín y Vinaccia, 2004)



El problema de la somnolencia excesiva diurna en la población general, es más probable que esté modulado actualmente por los factores de estilos de vida, que a los trastornos del sueño caracterizados por esta sintomatología específicos (Walseben, 2004). La somnolencia excesiva, cuando su causa es la deprivación de sueño, debida a los factores del estilo de vida, ocurren cuando una cantidad diaria escasa de sueño se obtiene, para llena la necesidad biológica requerida del sueño de un individuo, y cuando se requiere el estado de alerta óptimo en un momento en que el cuerpo necesita dormir y cuenta con esto, pero la voluntad lo lleva a otras esferas de actividad en detrimento del mismo. 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; Young y cols 2004). 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, además se están creando instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud, o asociando a los mismos ya existentes, diferentes aspectos tenidos en cuenta por diferentes autores en la medición de la somnolencia excesiva diurna, con el objetivo de crear nuevos espacios investigativos en esta área de la medicina comportamental del sueño (Miró y cols 2002; Weaver y cols., 2001). Estudios en este campo han evaluado 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). Otros

estudios apuntan a describir, el déficit neurocognitivos de pacientes con trastornos del sueño, caracterizados por somnolencia excesiva, han demostrado déficit en el funcionamiento psicomotor y cognoscitivo que se invierte con el tratamiento (Roth y cols., 1995a). Otros estudios han relacionado la somnolencia excesiva diurna con enfermedades mentales y se ha encontrado que la somnolencia excesiva puede ser un factor agravante de dicha situación, se ha encontrado comorbilidad con trastornos de somatización, trastornos de ansiedad, entre otros (Ohayon y Cols, 1997; Hasler y cols 2005).

Por otro lado, cuando la somnolencia excesiva diurna se debe a desórdenes específicos caracterizados por este síntoma, juegan también un papel muy importante, debido a que altera la calidad de vida relacionada con la salud general, como lo demuestran varias investigaciones. Un ejemplo de esto, es la apnea obstructiva del sueño, que es un desorden médico significativo, caracterizado por somnolencia excesiva diurna, que se reconoce cada vez más por sus vastos efectos sobre salud física y mental. Puede tener un impacto negativo profundo en la calidad del sueño, la vigilancia diurna, el humor, y la salud cardiovascular, efectos sobre parámetros metabólicos y endocrinológicos. (Emsellem y cols. 2005). La apnea obstructiva del sueño, es particularmente frecuente entre hombres de mediana edad, obesos, aunque su existencia en mujeres, así como en individuos magros, se reconoce cada vez más. A pesar de el reconocimiento de la fuerte asociación entre éste síndrome y la obesidad, y su relación con problemas cardiovasculares, la apnea del sueño se ha tratado como "anormalidad local de las vías respiratorias", más que como "enfermedad sistémica". Diversas investigaciones han asociado la asociación bidireccional, de este problema con la resistencia de insulina, como factor asociado a la enfermedad cardiovascular (Vgontzas y cols 2005; Saaresranta y cols., 2004). Otros estudios han relacionado, los micro despertares ocasionados por la apnea obstructiva de sueño, con impactos socioeconómicos y calidad de vida. Las consecuencias de la salud de este trastorno, también incluyen alteraciones psicológicas y cognoscitivas, un riesgo creciente de la hipertensión, enfermedad coronaria, obesidad bradiaritmias y accidentes de transito (Goncalves y cols 2004; Kasibowska-Kuzniar y cols 2004; Bellanger y cols., 2005).). Los síntomas y las complicaciones de la apnea, conducen a una disminución significativa de la calidad de la vida relativa a la salud de pacientes afectados, dependiendo del grado de severidad (Goncalves y cols 2004; Kasibowska-Kuzniar y cols 2004). Si bien es cierto que la apnea en sí misma es un problema de preocupación en salud, también es cierto que los impactos de tratamiento tanto a nivel quirúrgico como mecánico, tienen un grave impacto en algunas funciones y en la percepción de la calidad de vida (Tran y cols., 2005).

La Narcolepsia es otro de los trastornos de sueño más importantes asociados a somnolencia excesiva diurna: es un desorden crónico del sueño, caracterizado por síntomas como: Somnolencia excesiva diurna, cataplejía, alucinaciones hipnagógicas. Sobre este trastorno del sueño se han elaborado estudios, que describen la calidad de la vida relacionada con la salud en donde se evidenciaron déficit en las dimensiones de energía, vitalidad y el funcionamiento social (Rao y Gray D, 2005; Daniels E, y cols., 2001). Los resultados son constantes con estudios de narcolepsia en otros países en demostrar el impacto extenso de este desorden en la calidad de la vida relativa a la salud, encontrando problemas asociados como, paro cardíaco, importantemente asociado a unas tasas altas mortalidad y morbosidad en este trastorno (Rao y Gray D, 2005; Daniels E, y cols., 2001). Otros estudios con respecto a la calidad de vida asociada a este síndrome, evalúan la carga económica de los pacientes que sufren de narcolepsia. Los costes directos e indirectos calculados de la perspectiva social, asociados a gastos de tratamiento, diagnostico y disfunciones ocasionadas por el síndrome (demandas jurídicas por accidentes laborales y de transito), oscila entre los 11.860 euros anuales (Dodel y cols., 2004). En este mismo estudio, la narcolepsia fue enumerada como una la

causa del desempleo, en pacientes con ataques del sueño, había una correlación significativa entre la jubilación anticipada y costes indirectos más altos, comparados con los pacientes sin estos ataques (Dodel y cols., 2004). La Narcolepsia, en general, causa una alta carga socioeconómica, que es comparable a otras enfermedades neurológicas crónicas, los costes económicos indirectos son considerablemente más altos que costes directos. (Dodel y cols., 2004). En otros estudios se ha comparado el nivel funcional de la narcolepsia, con otros trastornos asociados a somnolencia excesiva diurna, describiendo que el nivel funcional en la narcolepsia es más deficiente que en los otros trastornos del sueño (Teixeira y cols., 2004; Vignatelli ycols., 2004). Otras investigaciones se han centrado en determinar el ajuste psicosocial, que los pacientes narcolépticos deben realizar y su influencia en la calidad de vida, ya sea por interrupción de actividades o asumir otras conductas, debido a la manifestación sintomática del síndrome, y problemas de la medicación y tratamiento en general (Bruck y cols., 2001; Becker ycols 2004) El ajuste psicosocial en una enfermedad se puede conceptuar en términos de la capacidad que tiene el paciente de funcionar en sus roles cotidianos de su estilo de vida. Los resultados en un estudio apuntaron a describir que dicho ajuste era más evidente, en los pacientes que recibían tratamiento con estimulantes y los antidepresivos tricíclicos. Dicho ajuste también se notó más evidente en comparación con otras enfermedades crónicas como la diabetes, el cáncer y enfermedades cardiacas (Bruck y cols., 2001; Becker ycols 2004)

Parasomnias y salud

Las parasomnias son los sucesos anormales que pueden aparecer durante el sueño. Son, por tanto un, grupo de alteraciones muy variadas, cuya gravedad puede oscilar desde asuntos muy banales hasta otros más graves que requieren tratamiento. Muchas veces personas sanas lo cuentan, y no se le da más importancia. En general son benignas, más típicas de la infancia o adolescencia, pero a veces pueden durar y persistir en la edad adulta. Se clasifican según la fase de sueño en la que aparecen. Unos aparecen en la transición del sueño a la vigilia o de la vigilia al sueño, otros son típicos del sueño lento, y otros de la fase REM. Los más frecuentes son el hablar durante el sueño o los episodios de confusión al despertar. La confusión del despertar es el trastorno consistente en la realización de actos automáticos en un estado de confusión tras ser llamados, por sonar el despertador, un timbre, o tras despertares naturales; el paciente no es plenamente consciente de lo que está haciendo, y cuando se despierta completamente ve cosas fuera de su lugar, y no tiene plena conciencia de lo ocurrido; del mismo modo, no recuerda que le hubieran hablado ni haber mantenido conversaciones en esos minutos, cuando hay personas que lo han visto y oído con nitidez. También se clasifican en este grupo de enfermedades el sonambulismo, dolores diversos durante el sueño que producen despertares, taquicardias, sensaciones molestas como ahogo, o calambres en piernas durante la entrada en sueño. Al despertar se pueden producir terrores nocturnos; son típicos de niños, que se despiertan con sensación de pánico terrible, sudorosos y taquicárdicos. Un tipo característico de las alteraciones en REM es lo que se llama trastorno de conducta de sueño REM; ocurre en niños, que se dice son muy movidos durante el sueño, ya que se mueven y hablan como viviendo los sueños, pero también en adultos, especialmente en personas con enfermedades características (como la enfermedad de Parkinson entre otras). Algunos de estos pacientes con este trastorno de conducta en REM pueden tener episodios de violencia, moviéndose mucho, e incluso golpeándose o golpeando al cónyuge. Otras parasomnias de fase REM son las pesadillas, la parálisis del sueño (despertarse con sensación de no poder moverse, situación más o menos angustiosa), las erecciones dolorosas y los trastornos del ritmo cardiaco de fase REM. En general, los pacientes pueden despertarse después de los episodios de parasomnias, quedándose perplejos de la situación, ya que no eran

conscientes de estar haciendo nada. En realidad, han sido pocas las investigaciones que han relacionado este grupo de trastornos del sueño con la salud.

Unos de estos estudios, han buscado evaluar la relación entre las pesadillas, algunos síntomas cardiacos y la menopausia en mujeres entre los 40-64 años. Encontrando que el predominio del dolor de pecho espasmódico y del golpe irregular del corazón fue aumentado después de la menopausia y pesadillas por lo menos una vez por semana (Asplund R y cols., 2003). Otros estudios han abordado el compromiso legal de los Trastornos del sueño REM violento, y su diferencia con trastornos por simulación, y el impacto de estos en la salud mental del sujeto (Mahowald y cols., 2005; Cartwright, 2004). Otros estudios han establecido la relación de los las parasomnias REM con la epilepsia (Manni, y cols., 2005). Otros han descrito la relación entre el trastorno comportamental del sueño REM con el síndrome de Tourette (Trajanovic y cols., 2004). Otros estudios han tratado de explicar la relación anatómica del trastorno de sueño REM con algunos trastornos neurológicos (Sforza y cols., 1997). En cuanto a las parasomnias del despertar, especialmente terrores nocturnos y arousals del confusionales, en adultos, están a menudo relacionadas con trastornos mentales (delirio de otra vida), condiciones médicas, tales como trabajo por turnos o necesidad excesiva del sueño (Ohayon y cols, 1999). Otros estudios han relacionado a las parasomnias con trastornos cardiacos (Asplund, 2003). En general, no se han establecidos estudios a cerca de la calidad de vida relacionada con la salud y las parasomnias.

Conclusiones

En general, han sido muchas las investigaciones que se han encargado de ilustrar la relación existente entre el sueño y la salud. En los diferentes hallazgos se demuestra la baja calidad de vida en función con los síntomas en cada uno de los trastornos del sueño. Cabe anotar que si bien es cierto existen muchas investigaciones que demuestran la relación que hay entre los trastornos del ritmo circadiano y el sueño, lo mismo que el impacto psicosocial, todavía hay muchos aspectos que no están claros en esta área, sobre todo en su relación con el insomnio y el hipersomnio. Lo que si se puede afirmar es que el mundo moderno, los turnos rotativos de trabajo y otros aspectos de la economía y cultura global, inciden con factores de riesgo en detrimento del sueño y la calidad de vida en general.

Referencias

Abetz L, Allen R, Follet A, Washburn T, Earley C, Kirsch J, Knight H. (2004) Evaluating the quality of life of patients with restless legs syndrome. Clin Ther. 26(6):925-35.

Asplund R. Nightmares, sleep and cardiac symptoms in the elderly. Neth J Med. 2003 Jul;61(7):257-61.

Åkerstedt, T. (1985). Adjustment of physiological circadian rhythmsand 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

Asplund R, Aberg HE. (2003) Nightmares, cardiac symptoms and the menopause. Climacteric. 6(4):314-20.

Atkinson MJ, Allen RP, DuChane J, Murray C, Kushida C, Roth T; RLS Quality of Life Consortium. Validation of the Restless Legs Syndrome Quality of Life Instrument (RLS-QLI): findings of a consortium of national experts and the RLS Foundation. 1: Qual Life Res. 2004 Apr;13(3):679-93.

Becker PM, Schwartz JR, Feldman NT, Hughes RJ. (2004) Effect of modafinil on fatigue, mood, and health-related quality of life in patients with narcolepsy. Psychopharmacology (Berl). 171(2):133-9.

Bellanger TM, Bray GA. (2005) Obesity related morbidity and mortality. J La State Med Soc. 157 Spec No 1:S42-9; quiz 49.

Bephage G. (2005) Promoting quality sleep in older people: the nursing care role. Br J Nurs. 4(4):205-10.

Berger K, Luedemann J, Trenkwalder C, John U, Kessler C. Sex and the risk of restless legs syndrome in the general population. Arch Intern Med. 2004 Jan 26;164(2):196-202.

Beusterien KM, Rogers AE, Walsleben JA, Emsellem HA, Reblando JA, Wang L, Goswami M, Steinwald B (1999). Health-related quality of life effects of modafinil for treatment of narcolepsy. Sleep. Sep 15;22(6):757-65.

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.

Bruck D. (2001) The impact of narcolepsy on psychological health and role behaviours: negative effects and comparisons with other illness groups. Sleep Med. 2(5):437-46.

Carskadon, M.A. (1994).The risk of sleepy driving: a survey of adolescents and young adults. Sleep Research 23:115,

Carskadon, M.A. (2004).sleep deprivation: health consequences and societal impact. Medical Clinics of North America . 88(3):767-776

Cartwright R. (2004) Sleepwalking violence: a sleep disorder, a legal dilemma, and a psychological challenge. Am J Psychiatry. Jul;161(7):1149-58.

Chen X, Sekine M, Hamanishi S, Wang H, Gaina A, Yamagami T, Kagamimori S. (2005). Lifestyles and health-related quality of life in Japanese school children: a cross-sectional study. Prev Med. Jun;40(6):668-78.

Chervin RD, Archbold KH, Dillon JE, Pituch KJ, Panahi P, Dahl RE, Guilleminault C. (2002) Associations between symptoms of inattention, hyperactivity, restless legs, and periodic leg movements. Sleep. 25(2):213-8.

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

Daniels, E; KIing, M.A.; Smith, I.E.; Shneerson, J. (2001). Healt-related quality of life in narcolepsy. En: Journal Sleep Resources 10, 75-81

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. (1995) .An overview of sleepiness and accidents. Journal of Sleep Research 4(Suppl 2):4-14.

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.

Dodel R, Peter H, Walbert T, Spottke A, Noelker C, Berger K, Siebert U, Oertel WH, Kesper K, Becker HF, Mayer G. (2004) The socioeconomic impact of narcolepsy. Sleep 27(6):1123-8.

Emsellem HA, Murtagh KE. (2005). Sleep apnea and sports performance. Clin Sports Med. 24(2):329-41

Fleming WE, Pollak CP. (2005) Sleep disorders in multiple sclerosis. Semin Neurol; 25(1):64-8.

Fossey M, Libman E, Bailes S, Baltzan M, Schondorf R, Amsel R, Fichten CS. (2004) Sleep quality and psychological adjustment in chronic fatigue syndrome. J Behav Med. 27(6):581-605.

Fujino Y, Mizoue T, Tokui N, Yoshimura T. (2005) Prospective cohort study of stress, life satisfaction, self-rated health, insomnia, and suicide death in Japan. Suicide Life Threat Behav. 2:227-37.

Gellis LA, Lichstein KL, Scarinci IC, Durrence HH, Taylor DJ, Bush AJ, Riedel BW. (2005) Socioeconomic status and insomnia. J Abnorm Psychol. Feb;114(1):111-8.

Gil-Roales, J. (2004) Psicología de la salud: Una aproximación Conceptual Madrid: Pirámide. p. 55

Goncalves MA, Paiva T, Ramos E, Guilleminault C (2004). Obstructive sleep apnea syndrome, sleepiness, and quality of life. Chest. 2004 Jun;125(6):2091-6.

Gottlieb DJ, Punjabi NM, Newman AB, Resnick HE, Redline S, Baldwin CM, Nieto FJ. (2005) Association of sleep time with diabetes mellitus and impaired glucose tolerance. Arch Intern Med. 165(8):863-7.

Guilleminault C, Lin CM, Goncalves MA, Ramos E. (2004). A prospective study of nocturia and the quality of life of elderly patients with obstructive sleep apnea or sleep onset insomnia. J Psychosom Res. May;56(5):511-5.

Hanly PJ, Gabor JY, Chan C, Pierratos A. (2003) Daytime sleepiness in patients with CRF: impact of nocturnal hemodialysis. Am J Kidney Dis. 41(2):403-10.

Hans, P.A.; Dongen, V. Dinges, D.F. (2000). Circadain 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.

Hasler G, Buysse DJ, Gamma A, Ajdacic V, Eich D, Rossler W, Angst J. (2005) Excessive daytime sleepiness in young adults: a 20-year prospective community study. J Clin Psychiatry. Apr;66(4):521-9.

Hening W, Walters AS, Allen RP, Montplaisir J, Myers A, Ferini-Strambi L. Impact, diagnosis and treatment of restless legs syndrome (RLS) in a primary care population: the REST (RLS epidemiology, symptoms, and treatment) primary care study. Sleep Med. 2004 May;5(3):237-46.

Hopkins K. (2005) Facilitating sleep for patients with end stage renal disease. Nephrol Nurs J. 32(2):189-90, 192-5.

Hornyak M, Riemann D, Voderholzer U. (2004) Do periodic leg movements influence patients' perception of sleep quality? Sleep Med. 5(6):597-600.

Hublin C; Kaprio J; Partinen M; Koskenvuo M. (2001). Insufficient sleep - a population-based study in adults. SLEEP. 24:392-400

Kasibowska-Kuzniar K, Jankowska R, Kuzniar T. .(2004) Quality of life in patients with obstructive sleep apnea. Pol Merkuriusz Le. 17(101):427-30.

Kingshott RN, Cowan JO, Jones DR, Flannery EM, Smith AD, Herbison GP, Taylor DR. (2004) The role of sleep-disordered breathing, daytime sleepiness, and impaired performance in motor vehicle crashes-a case control study. Sleep reath. 8(2):61-72.

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,

Kojima M, Wakai K, Kawamura T, Tamakoshi A, Aoki R, Lin Y, Nakayama T, Horibe H, Aoki N, Ohno Y. Sleep patterns and total mortality: a 12-year follow-up study in Japan. J Epidemiol. 2000 Mar;10(2):87-93.

Kusleikaite N, Bumblyte IA, Razukeviciene L, Sedlickaite D, Rinkunas K. (2005). Sleep disorders and quality of life in patients on hemodialysis Medicina. Kaunas, 41 Suppl 1:69-74.

Leger D. (1994). The cost of sleep-related accidents: a report for the National Commission on Sleep Disorders Research. SLEEP;17:84-93

Levine DW, Dailey ME, Rockhill B, Tipping D, Naughton MJ, Shumaker SA (2005). Validation of the Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale in a multicenter controlled clinical trial. Psychosom Med. 67(1):98-104.

Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchoa E (2005) Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambui Health and Aging Study. Cad Saude Publica. 21(3):830-839.

Mahowald MW, Schenck CH, Cramer Bornemann MA. (2005) Sleep-related violence. Curr Neurol Neurosci Rep. 5(2):153-8.

Manni R, Terzaghi M. (2005) REM behavior disorder associated with epileptic seizures. Neurology. 64(5):883-4.

Marín, A. (2001). Estado del arte sobre estudios actuales en hipersomnias. Trabajo de grado no publicado. Medellín: Universidad Cooperativa de Colombia

Marín, A y Vinaccia, S. (2004). Evaluación y tratamiento de la somnolencia excesiva diurna: una revisión. Psicología y Salud. 14, (2): 245-255.

Marín, A y Vinaccia, S. (2004). Calidad de vida y somnolencia excesiva diurna. En: Oblitas, L (Eds): Manual de psicología de la salud y hospitalaria. Libro electrónico www.psicologiacientífica.com.

Marín, A; Rodríguez, S; Vivanco, D; Aristizabal, N; Berrio, M; Vinaccia, S. (2005). Factores culturales que deprivan el sueño y causan somnolencia excesiva, en estudiantes universitarios: estudio Piloto. Psicología y Salud. En prensa.

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). Patrones 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, T.H.; Folkard, S.; Wedderburn, A.I (1996). Maintaining safety and high performance on shiftwork. Applied Ergonomics 27:17-23,

Moreno, B; Ximénez, C J(1996). Evaluación de la calidad de vida. En: Buela-Casal, G.; Caballo, V; Sierra, J. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud . siglo XXI España editores. Madrid. pp 1045-1070.

Morin, Ch M (1998) Insomnio, Asistencia y tratamiento psicológico. Ariel Psicología, Madrid pp. 56.

Mucsi I, Molnar MZ, Ambrus C, Szeifert L, Kovacs AZ, Zoller R, Barotfi S, Remport A, Novak M. (2005) Restless legs syndrome, insomnia and quality of life in patients on maintenance dialysis. Nephrol Dial Transplant. 20(3):571-7.

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.

Odiit M, Shaw A, Welburn SC, Fevre EM, Coleman PG, McDermott JJ. (2004) Assessing the patterns of health-seeking behaviour and awareness among sleeping-sickness patients in eastern Uganda. Ann Trop Med Parasitol. 98(4):339-48.

Ohayon MM, Caulet M, Philip P, Guilleminault C, Priest RG. (1997) How sleep and mental disorders are related to complaints of daytime sleepiness. Archives of Internal Medicine. Dec 8-22;157(22):2645-52.

Ohayon MM, Guilleminault C, Priest RG. (1999) Night terrors, sleepwalking, and confusional arousals in the general population: their frequency and relationship to other sleep and mental disorders. J Clin Psychiatry. 60(4):268-76; quiz 277.

Ohayon MM. (2005) Relationship between chronic painful physical condition and insomnia. J Psychiatr Res. 39(2):151-9

Ohayon MM, Lemoine P. (2004) Daytime consequences of insomnia complaints in the French general population1: Encephale. 30(3):222-7.

Pacini F, Calabrese C, Cipolletta L, Valva MD, Russo A, Savarino V, Vigneri S. (2005). Burden of illness in Italian patients with gastro-oesophageal reflux disease. Curr Med Res Opin. 21(4):495-502.

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. Chez 124(3):780-781.

Parker KP. Sleep disturbances in dialysis patients. Sleep Med Rev. 2003 Apr;7(2):131-43.

Peruzzi WT. (2005). Sleep in the intensive care unit. Pharmacotherapy., 25(5 Pt 2):34S-9S.

Philip P, Taillard J, Sagaspe P, Valtat C, Sanchez-Ortuno M, Moore N, Charles A, Bioulac B. (2004) Age, performance and sleep deprivation. Journal sleep resource,13(2):105-10.

Polo-Kantola P, Erkkola R. (2004) Sleep and the menopause. J Br Menopause Soc. 10(4):145-50.

Portela LF, Rotenberg L, Waissmann W. (2004) Self-reported health and sleep complaints among nursing personnel working under 12 h night and day shifts. Chronobiol Int. 21(6):859-70.

Quan SF, Katz R, Olson J, Bonekat W, Enright PL, Young T, Newman A. (2005) Factors associated with incidence and persistence of symptoms of disturbed sleep in an elderly cohort: the Cardiovascular Health Study. Am J Med Sci. 29(4):163-72.

Ramos Platón, M. J. (1998) Procesos cognitivos y adaptación psicosocial en la narcolepsia. Vigilia Sueño, 10 (1) (Suplemento).

Reimer MA, Flemons WW. (2003) Quality of life in sleep disorders. Sleep Med Rev. 7(4):335-49.

Roa, A (1995). Marco conceptual de la psicología de la salud. En: evaluación en psicología clínica y de la salud. Ed ciencias de la educación preescolar y especial. Madrid. p. 501-570

Rao A, Gray D. (2005) Impact of heart failure on quality of sleep. Postgrad Med J. 81(952):99-102.

Roth, T.; Roehrs, T.A.; Rosenthal, L. (1995a) Hypersomnolence and neurocognitive performance in sleep apnea. Current Opinion in Pulmonary Medicine 1:488-490.

Ruggiero JS. (2005). Health, work variables, and job satisfaction among nurses. J Nurs Adm. 35(5):254-63.

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,

Saaresranta T, Polo O. (2004) Does leptin link sleep loss and breathing disturbances with major public diseases? Ann Med. 36(3):172-83.

Santacreu, J (1991). Psicología clínica y psicología de la salud. En; Revista de psicología de la salud. 3 (1): 3-20

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. En: Ciencia y enfermería. IX (2):9-21.

Sevim S, Dogu O, Kaleagasi H, Aral M, Metin O, Camdeviren H. Correlation of anxiety and depression symptoms in patients with restless legs syndrome: a population based survey. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2004 Feb;75(2):226-30.

Sforza E, Krieger J, Petiau C. (1997) REM sleep behavior disorder: clinical and physiopathological findings. Sleep Med Rev. 1(1):57-69.

Spielman, A.J.; Glovinsky, P (1991) The varied nature of insomnia. En: Hauri, P.J. (eds) Case Studies in insomnia. Pp. 1-15. New York, Plenum Press

Stepanski EJ, Perlis ML. (2000) Behavioral sleep medicine. An emerging subspecialty in health psychology and sleep medicine. Journal Psychosomatic Resources. 49(5):343-347.

Stepanski EJ. (2003) Behavioral sleep medicine: a historical perspective. Behavioral Sleep Medicine. 1(1):4-21.

Stiller JW, Postolache TT. (2005). Sleep-wake and other biological rhythms: functional neuroanatomy. Clin Sports Med; 24(2):205-35.

Strauch, I.; Meier, B. (1988). Sleep need in adolescents: a longitudinal approach. Sleep. 11:378-386.

Tara W. Strine and Daniel P. Chapman (2005). Associations of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors. Sleep Medicine, 6(1): 23-27.

Theobald DE. (2004) Cancer pain, fatigue, distress, and insomnia in cancer patients. Clin Cornerstone. 6 Suppl 1D:S15-21.

Trajanovic NN, Voloh I, Shapiro CM, Sandor P. REM sleep behaviour disorder in a child with Tourette's syndrome. Can J Neurol Sci. 2004 Nov;31(4):572-5.

Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH. (2003) Insomnia as a health risk factor. Behav Sleep Med. 1(4):227-47.

Teixeira VG, Faccenda JF, Douglas NJ. (2004) Functional status in patients with narcolepsy. Sleep Med. 5(5):477-83.

Toth LA, Jhaveri K. Sleep mechanisms in health and disease. Comp Med. 2003 Oct;53(5):473-86.

Tran D, Wallace J. (2005) Obstructive sleep apnea syndrome in a publicly funded healthcare system. J Natl Med Assoc. 97(3):370-4.

Velarde, E; Avila , C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. En: Salud pública. México 44(4): 349-361

Vgontzas AN, Bixler EO, Chrousos GP. (2005) Sleep apnea is a manifestation of the metabolic syndrome. Sleep Med Rev. 9(3):211-24.

Vignatelli L, D'Alessandro R, Mosconi P, Ferini-Strambi L, Guidolin L, De Vincentiis A, Plazzi G. (2004) Health-related quality of life in Italian patients with narcolepsy: the SF-36 health survey. Sleep Med. 5(5):467-75.

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.

Weaver TE. (2001) Outcome measurement in sleep medicine practice and research. Part 1: assessment of symptoms, subjective and objective daytime sleepiness, health-related quality of life and functional status. Sleep Med Rev. 5(2):103-128.

Webb WB. (1995). The cost of sleep-related accidents: a reanalysis. SLEEP 18:276-80

Weerd A, de Haas S, Otte A, Trenite DK, van Erp G, Cohen A, de Kam M, van Gerven J. Subjective sleep disturbance in patients with partial epilepsy: a questionnaire-based study on prevalence and impact on quality of life. Epilepsia. 2004 Nov;45(11):1397-404.

Wells RD, Day RC, Carney RM, Freedland KE, Duntley SP. (2004) Depression predicts self-reported sleep quality in patients with obstructive sleep apnea. Psychosom Med. 66(5):692-7.

Young TB. (2004) Epidemiology of daytime sleepiness: definitions, symptomatology, and prevalence. J Clin Psychiatry. 65 (Suppl 16):12-6.

INFLUENCIA DE LA EDAD, SEXO, LOCUS DE CONTROL, AUTOEFICACIA Y ESTRATEGIAS DE NEGOCIACIÓN EN LA ASERTIVIDAD SEXUAL

Gabriela Puertas
Guillermo Yáber
Universidad Católica Andrés Bello

Influencia de la Edad, Sexo, Locus de Control, Auto eficacia y Estrategias de Negociación en la Asertividad Sexual

El área de la psicología en la cual se ubica este estudio pertenece a la psicología social de la salud. El ámbito de la salud es uno de los que ha recibido mayor atención de la Psicología socialaplicada, la cual se incorpora al campo de la salud aplicando sus contenidos y metodología al estudio de la promoción, etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud; así, el aporte principal de la Psicología socialal campo de la salud es el análisis de todas las posibles interacciones implicadas en el proceso de enfermedad o problemas sociales de salud. De este modo, la psicología social de la salud se encarga del estudio de cómo intervienen importantes aspectos psicosociales en la salud, enfermedad y en el comportamiento de salud y enfermedad, tales como actitudes, hábitos y estilos de vida, explicaciones sobre la salud, representaciones de la salud y enfermedad, entre otros (Morales, Huici, Moya, Gaviria, López-Sáez y Nouvilas, 1999).

Acorde con el interés y campo de estudio de la psicología Social de la Salud, encontramos que entre los esfuerzos que realiza esta tendencia se encuentra el realizar estudios de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) en ciertos grupos poblacionales, específicamente en adolescentes y adultos jóvenes, así como tratar de aumentar la capacidad de predicción y responsabilidad de las personas acerca de su propia conducta y sus posibles consecuencias en el ámbito de la salud. La única manera de poder entender cómo realizar actividades de prevención de enfermedades y de educación de las personas a ser responsables acerca de su comportamiento, es realizando este tipo de investigaciones en las que se puede observar la influencia y conjunción de factores psicosociales con una conducta de salud específica, como lo es, en este caso, la conducta sexual y los factores sociales y de salud que la rodean.

A su vez, la psicología social es una de las disciplinas que incorpora el estudio y la

intervención del área de la salud, en su carácter social; se puede definir como la rama de la psicología que estudia cómo los pensamientos, sentimientos y acciones de las personas son influidos por los demás (Feldman, 1998). El objeto de estudio de la Psicología sociales el individuo y cómo le afectan los sucesos sociales, y su propósito es comprender cómo actúan la mayoría de las personas en una determinada situación social (Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002).

La psicología de la salud es el área que se encarga del estudio del concepto de salud, más que como la mera ausencia de enfermedad, como una íntima relación conceptual de salud con bienestar físico, social y psicológico; se ocupa de la investigación de los procesos psicológicos que afectan el desarrollo, prevención y tratamiento de las enfermedades físicas (Baron y Byrne, 1998). Esta área de estudio contempla el conocimiento de los individuos sobre el SIDA, por ejemplo, y cómo se transmite, así como las estrategias de prevención ante el riesgo de infección (Blanco y De la Corte, 2001), las cuales están íntimamente relacionadas con una actitud sexual asertiva y autónoma.

A pesar de la buena información que sobre sexo y métodos anticonceptivos tienen hoy en día los jóvenes, no parecen ser suficientes los esfuerzos para lograr conductas responsables ante las relaciones sexuales y éstos siguen incurriendo en relaciones sexuales de riesgo. Actualmente el número de jóvenes afectados por alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) aumenta cada día, al igual que la tasa de embarazos no deseados entre adolescentes, aun cuando éstos pueden manejar información y tener conocimiento acerca de métodos anticonceptivos y de protección contra ITS (Cooper, Powers y Shapiro, 1998). La asertividad sexual es necesaria para llevar a cabo relaciones sexuales seguras, así como para la autoprotección de sexo no deseado o de una actividad sexual insegura. La pasividad sexual, al contrario de la asertividad sexual, puede resultar en consecuencias adversas, como embarazos no deseados o adquisiciones de ITS (Morokoff, Quina, Harlow, Whitmire, Grimley, Gibson y Burkholder, 1997).

La asertividad sexual se define como la insistencia en realizar relaciones sexuales seguras con la pareja, basándose en el derecho que tiene cada persona para decidir sobre su sexualidad (Morokoff y cols., 1997), por lo que está directamente relacionado con la realización de sexo seguro y protegido. En la actualidad el condón de látex resulta el mejor método para que los hombres y mujeres sexualmente activos se protejan de las ITS y otros resultados no deseados. Sin embargo, el uso del condón contempla la participación de dos personas, por lo que requiere un estudio cuidadoso del impacto del mismo a nivel relacional e interpersonal (Noar, Morokoff y Harlow, 2002).

El tema de interés de esta investigación se dirige en esta última tendencia de estudios que relacionan el concepto de salud con patrones en las relaciones interpersonales y actividad sexual, centrándose en la relación existente entre variables como el género y la edad, la autoeficacia en la negociación del uso del condón, el locus de control, la experiencia sexual y las estrategias de influencia para el uso del condón en la asertividad sexual de hombres y mujeres, para evitar la realización de conductas sexuales de riesgo o inseguras.

El estudio de este tema es relevante para desarrollar estrategias de intervención y educación a través de campañas publicitarias, programas de educación sexual, que tengan como finalidad reducir el comportamiento sexual riesgoso que tiene consecuencias importantes en la sociedad actual. Este trabajo es particularmente importante con respecto a las mujeres, ya que son ellas quienes tienen menor asertividad sexual, debido a las normas de comportamiento sexual basadas en el género, y no poseen el control sobre el inicio de una relación sexual o sobre el uso

de métodos anticonceptivos y de protección, como el condón, ya que no son las que los usan, y por lo tanto deben negociar mucho más frecuentemente su uso; aunque es igualmente importante que tanto hombres como mujeres tengan un comportamiento sexual asertivo para garantizar relaciones sexuales seguras (Amaro, 1995).

Método

Participantes

Estudiantes de la Facultad de Humanidades y Educación de una universidad privada confesional, pertenecientes a las escuelas de educación, psicología, filosofía, letras y comunicación social, para el período académico 2003-2004. La muestra piloto consistió en un 4% de la población total de alumnos de la Facultad, lo cual conformó un total de 101 sujetos, a los que se aplicó el instrumento piloto. La muestra piloto se caracterizó por tener un promedio de edad de 20,66 años, con sujetos entre 18 y 25 años de edad, donde el 28,6% eran hombres (29 sujetos) y el 71,4% mujeres (72 sujetos).

Los participantes de la aplicación final del instrumento (N = 498) fueron 135 del sexo masculino, lo que representó el 27,2% de la muestra, y 363 participantes del sexo femenino representando el 72,8%, pertenecientes a la Facultad de Humanidades y Educación de la misma universidad. Se presentó un promedio de edad de 20 años, con sujetos entre 18 y 27 años de edad. Todos aceptaron formar parte del estudio y se les trató de acuerdo con los "Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta" (APA, 2002).

Materiales e Instrumentos

Escala de Asertividad Sexual (SAS):

Se aplicó la Escala de Asertividad Sexual (SAS) desarrollada por Morokoff y cols. (1997), consistente en 18 ítems subdivididos en 3 subescalas de 6 ítems cada una, que evalúan la insistencia en realizar sexo seguro con la pareja, basándose en el derecho que posee o tiene cada persona de decidir sobre su sexualidad. Estas subescalas evalúan la asertividad relacionada con la Iniciación de la actividad sexual, Rechazo de la actividad sexual, y la Prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS). Las instrucciones para responder dicha escala fueron: "Piense acerca de su actual o más reciente pareja sexual y responda las siguientes preguntas con esa persona en mente". La escala se respondió por medio de una escala de Likert con rango del 1 (totalmente de acuerdo) al 5 (totalmente en desacuerdo).

En investigaciones anteriores (Morokoff y cols., 1997), esta escala obtuvo buena consistencia interna, con coeficientes a de Cronbach estandarizados de 0.77 para Iniciación, de 0.71 para Rechazo, de 0.83 para Prevención de embarazos e ITS, y de 0.75 para puntajes totales. Igualmente, la escala posee validez de constructo y predictiva, relacionando positiva y significativamente ($p<.01$) las tres subescalas de asertividad con los factores predictores. Específicamente se encontró que los predictores más significativos de cada variable fueron una mayor autoeficacia y experiencia sexual para el Rechazo, mayor experiencia sexual para la Iniciación, y una mayor auto eficacia para la negociación y uso de contraceptivos para la Prevención de embarazos e ITS. Por último, Asertividad de Iniciación tuvo un 22% de varianza explicada, Asertividad de Rechazo un 29%, y Prevención de Embarazos e ITS un 51% de varianza explicada por estos predictores (Morokoff y cols., 1997).

Para la presentación de esta escala en esta investigación, se debió proceder a hacer una traducción y adaptación de los ítems originales. Debido a la necesidad de adaptar la escala al contexto, se añadió la escala a la prueba piloto, para observar el funcionamiento de la escala en la muestra de estudiantes venezolanos, donde obtuvo un coeficiente de confiabilidad (a de Cronbach) de 0,53, demostrando una buena consistencia interna. En el análisis factorial de componentes principales se observó que los ítems se agruparon en cuatro (4) factores, lo que no concordó con los tres (3) factores planteados por Morokoff y Cols. (1997). Dichos factores explican, en conjunto, 60,109% de la varianza. Debido a que los factores obtenidos en la aplicación del piloto no concordaron con los factores teóricos de la escala, se decidió no modificar la escala y tomar los resultados de la aplicación final.

En la aplicación final la escala obtuvo un a de Cronbach de 0,5064, indicando una buena consistencia interna, aunque disminuyó un poco con respecto a la prueba piloto. En el análisis factorial se obtuvo que los ítems se agruparan, nuevamente, en 4 factores, que explican el 56,972% de la varianza. El nuevo factor originado se de nominó como "Asertividad en la estimulación sexual", ya que el contenido de los ítems estaba relacionado con situaciones específicas de la relación sexual, como la estimulación de la pareja. Se utilizó un valor mínimo de 0,40 para determinar la correspondencia de los ítems a los factores, y los que cargaban en dos o más factores a la vez, fueron asignados al factor con el que el ítem mostraba una correlación más alta.

Cuestionario de Estrategias de Negociación para el uso del condón (CISQ):

Uno de los instrumentos utilizados fue el Cuestionario de Estrategias de Influencia para el Uso del Condón (CISQ) creado y validado por Noar y cols. (2002), que evalúa el conjunto de habilidades utilizadas por los sujetos para persuadir a la pareja acerca del uso del condón. Dicho cuestionario contiene 36 ítems, divididos en 6 tipos de estrategias de influencia (subescalas), a las cuales se accede por medio de la pregunta de cuán probablemente utilizarían cada una de las estrategias planteadas, y se respondió por medio de una escala de Likert con un rango de 1 (muy probable) a 5 (muy poco probable). En investigaciones anteriores (Noar y cols., 2002), este cuestionario obtuvo confiabilidad y validez de constructo demostrando empíricamente que las estrategias estudiadas se encuentran directamente relacionadas con, y resultan en, el uso del condón, y que soportan el constructo de estrategias de influencia, con un a de Cronbach reportada entre 0.78 y 0.95 para todas las subescalas, indicando una buena consistencia interna. Adicionalmente, las correlaciones entre las subescalas se ubicaron en un rango desde r=0.53 hasta r=0.88, indicando que están significativa (p<.01) y positivamente correlacionadas entre sí (Noar, Morokoff y Harlow, en prensa).

Para la presentación de esta escala se realizó una traducción, y se realizó una prueba piloto, para observar el funcionamiento de la prueba en la muestra de estudiantes venezolanos, donde obtuvo un coeficiente de confiabilidad (a de Cronbach) de 0,93, demostrando una elevada consistencia interna. Al realizar un análisis factorial de componentes principales se obtuvo que los ítems se agruparon en cinco (5) factores, a diferencia de los seis (6) factores teóricos formulados por Noar y Cols. (2002). Dichos factores explican 60,16% de la varianza. Debido a que los factores obtenidos en la aplicación del piloto no concordaban con los factores teóricos de la escala, se decidió no modificar la escala para la aplicación final, y tomar los resultados obtenidos entonces.

En la aplicación final la escala obtuvo un a de Cronbach de 0,9354, indicando de nuevo una elevada consistencia interna. Al realizar el análisis factorial se obtuvo que los ítems se agruparon, esta vez, en cuatro (4) factores, que explican el

56,446% de la varianza. Se utilizó un valor mínimo de 0,40 para determinar la correspondencia de los ítems a los factores, y los que cargaban en dos o más factores a la vez, fueron asignados al factor con el cual el ítem mostraba una correlación más alta.

Escala de Auto eficacia en la Negociación del Uso del Condón:

Incluida en la estructura del cuestionario se encuentra la medida de una variable de conducta sexual segura, que consiste en la auto eficacia en la negociación del uso del condón, entendida como la convicción de que la persona puede ejecutar exitosamente el comportamiento requerido para persuadir a la pareja del uso del condón (Noar y cols., 2002). Esta escala está compuesta por 5 ítems o declaraciones que destacan cuán seguro o confiado se encuentra el sujeto de actuar eficazmente en una serie de situaciones, y se respondió por medio de una escala de Likert con un rango de 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo). En investigaciones anteriores, esta medida estuvo positiva y significativamente ($p<.01$) correlacionada con el CISQ completo, reportando un a de Cronbach = 0.90 y de .95 (Noar y cols., 2002, Noar y cols., en prensa), lo que le aporta una elevada confiabilidad, consistencia interna y consistencia con el cuestionario, así como validez de constructo.

Al igual que en las escalas anteriores se debió hacer una traducción y adaptación de la escala al contexto sociocultural venezolano. Esta escala también fue agregada en la prueba piloto, para observar el funcionamiento de la muestra. En la prueba piloto la escala obtuvo un coeficiente de confiabilidad (a de Cronbach) de 0,73, demostrando una alta consistencia interna. No se realizó un análisis factorial de componentes principales porque esta escala es unidimensional, es decir, mide un solo factor, lo cual fue observado en los resultados obtenidos. A esta escala no se realizó ninguna modificación para la aplicación final.

En la aplicación final la escala obtuvo un a de Cronbach de 0,8139, indicando una elevada consistencia interna, incluso mejorando la obtenida en la prueba piloto. En el análisis factorial se obtuvo que los ítems se agruparon, en un solo factor (unidimensional), y que la escala en general explica el 60,34% de la varianza del instrumento.

Experiencia Sexual:

Adicionalmente, se incluyó la medición de la experiencia sexual de los participantes por medio de la información aportada por los mismos acerca del número de parejas sexuales que ha tenido durante el último año. El motivo para incorporar esta variable, es que se parte de la suposición, en investigaciones anteriores, de que la experiencia con el comportamiento sexual provee al individuo un sentimiento de control cuando se relaciona con este tipo de actividades; así, se supone que a medida que aumenta el número de parejas sexuales los individuos se sienten más cómodos experimentando placer sexual y más confiados para iniciar una actividad sexual (Morokoff y cols., 1997), lo cual se sustenta con una confiabilidad y consistencia interna alta (a de Cronbach = 0.73), y que esta medida está

relacionada con la autoeficacia en la negociación (r=.21, p<.01) y con la asertividad sexual (r= .35, p< .01). (Morokoff y cols., 1997).

Esta escala consistió en la realización de una sola pregunta (número de parejas durante el último año), dándole a los sujetos las opciones de respuesta con un rango de "ninguna" hasta "más de cuatro". En la aplicación de la prueba piloto se observó que la respuesta con mayor frecuencia fue "una pareja" con un 50%, seguida de "ninguna" con 31,6%, "dos" con 13,3%, "tres" con 4,1%, y "más de cuatro" con 1%. En la aplicación final las respuestas de los sujetos resultaron similares, obteniendo la mayor frecuencia de respuestas la opción "una" con 49,6%, seguida por "ninguna" con 37,6%, "dos" con 7,6%, "tres" con 3,6%, "cuatro" con 0,8%, y "más de cuatro" con 0,8%. Estos resultados indican que la mayoría de los sujetos del estudio no poseen una amplia experiencia sexual, por lo que podrían tener baja auto eficacia en la negociación y poca asertividad sexual.

Escala de Internalidad-Externalidad de Levenson (versión Romero-García 1977). Locus de Control:

Por último, se aplicó una escala para medir e identificar el Locus de Control de los participantes sobre las decisiones que realizan en situaciones diarias, lo que se relaciona con las decisiones que pueden tomar, y cómo las toman, en situaciones de su vida sexual. Es una medida de las diferencias individuales en cuanto al proceso atribucional que realizan las personas, y mediante el cual se establecen expectativas generales para realizar un determinado comportamiento, consistentes en tres dimensiones: control interno o autocontrol, probabilidad o suerte, y control por otros poderosos (Armitage y cols., 2002). El foco o locus de causalidad puede ser interno (de la persona) o externo (del ambiente).

Se utilizó la Escala de Locus de Control de Levenson (1974), en la versión realizada por Romero-García (1977 c.p. Osorio y Ruiz, 2002), quien adaptó e introdujo la escala a Venezuela. Dicha escala está compuesta por 24 ítems, agrupados en tres subescalas, de ocho ítems cada una: Internalidad (I), Otros Poderosos (OP) y Azar (A). Las escalas son de formato estilo Likert con un rango que va de 1 (completo desacuerdo) hasta 6 (completo acuerdo). Cada subescala tiene un puntaje que va desde 8 a 48, y a mayor puntuación en cada subescala, mayor es la percepción de cada una de las atribuciones de causalidad, ya sea internalidad, azar u otros poderosos.

Esta escala no se agregó a la prueba piloto, debido a que ya ha sido adaptada al contexto sociocultural venezolano y ha sido ampliamente utilizada en el mismo, por lo que se utilizó directamente en la aplicación final. En la aplicación final la escala obtuvo un a de Cronbach de 0,7358, indicando una alta consistencia interna y confiabilidad. En el análisis factorial de componentes principales se observó que los ítems se agruparon en dos (2) factores, que explican el 33,52% de la varianza del instrumento. El primer factor, Locus de Control Externo, explica el 20,912%, y el segundo, Locus de Control Interno, 12,59% de la varianza. A diferencia de las escalas anteriores, se utilizó un valor mínimo de 0,35 para determinar la correspondencia de los ítems a los factores, debido a que cinco ítems no cargaban en ningún factor, y tres de ellos no lo hacían por muy poco. Igualmente, el ítem 4 fue eliminado para fines de la corrección, debido a que su carga no superaba el punto de corte mínimo.

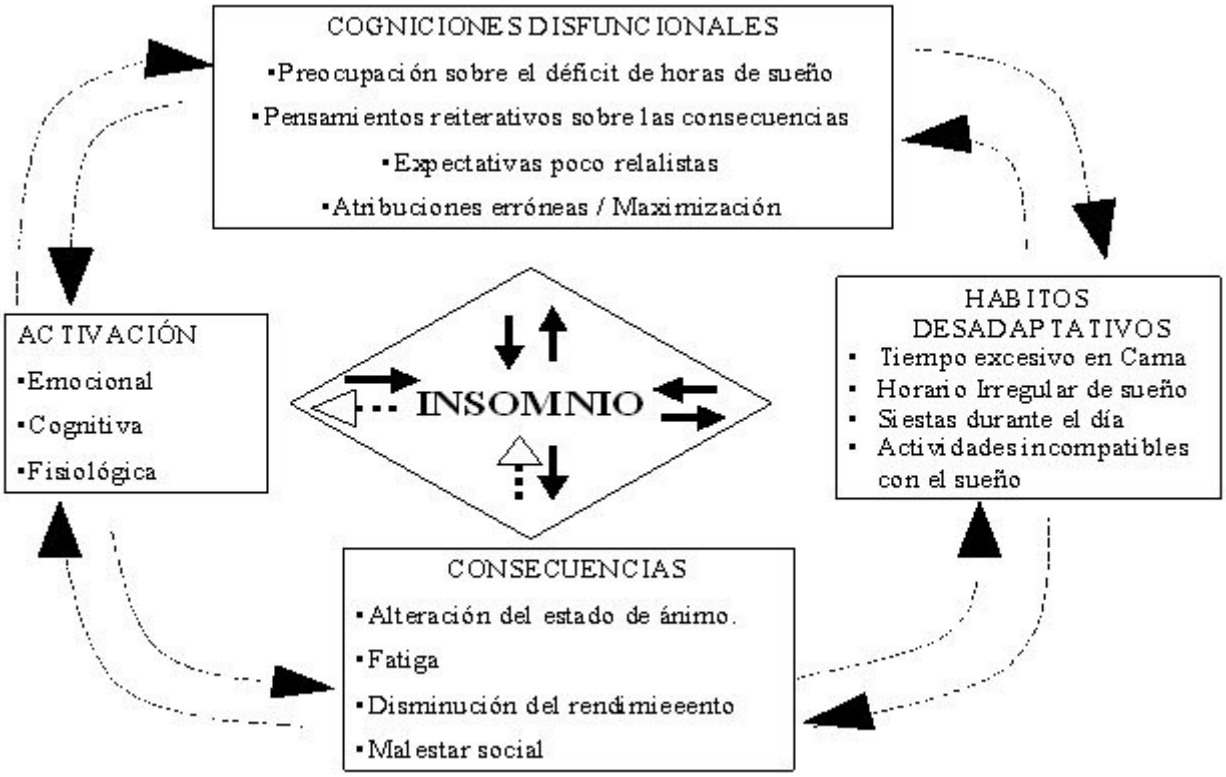
El primer factor agrupó todos los ítems pertenecientes a los factores teóricos de Azar y Otros Poderosos formulados por Levenson (1974), que corresponde a internalidad en la teoría. Debido a que el contenido de estos ítems se refiere a atribuciones externas de causas de los eventos, se agruparon en este nuevo factor

de Locus de control Externo. El segundo factor agrupó los ítems del factor teórico de Internalidad. Para fines de esta investigación se denominó a este factor Locus de Control Interno para facilitar la relación semántica de ambos factores con la escala y resultados obtenidos.

Diseño y Procedimiento

En el presente trabajo se pretende verificar las siguientes relaciones:

Figura 1- Diagrama de Ruta Propuesto



Para someter a prueba el diagrama de ruta propuesto se realizó la traducción del CISQ original de Noar y cols. (2002), de la subescala de auto eficacia en la negociación del uso del condón (Noar y cols. 2002), y de la SAS utilizada por Morokoff y cols. (1997), así como de la forma de consentimiento para los sujetos que participen en el estudio utilizada por Noar y cols. (2002). Dicha traducción y adaptación de los ítems al contexto venezolano fue evaluada por un grupo de jueces expertos.

Posteriormente, se aplicó el cuestionario como una prueba piloto a un número reducido de estudiantes de la comunidad universitaria, representado por el 4 % de estudiantes (N =101) entre 18 y 25 años de la Facultad de Humanidades y Educación, para explorar la comprensión de los ítems del cuestionario y realizar las correcciones pertinentes que surgieron de la aplicación, para que éste se adaptase a la población objetivo. Luego, se seleccionó el tamaño definitivo de la muestra a

estudiar por medio de la escogencia del 20 % de los estudiantes inscritos en cada una de las Escuelas de la Facultad de Humanidades y Educación, que consistió en 498 alumnos.

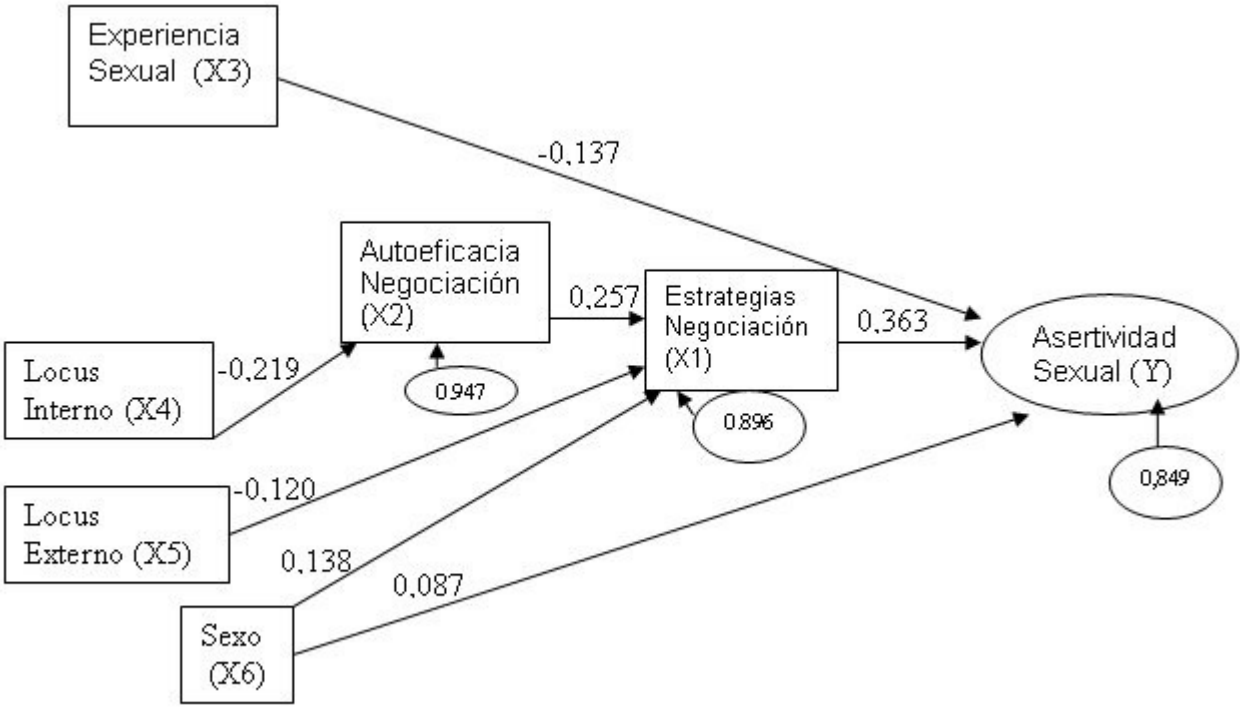
Se aplicaron los instrumentos definitivos a esta muestra de estudiantes de ambos géneros, sexualmente activos, pertenecientes a la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad, entre 18 a 27 años de edad. Los participantes recibieron el cuestionario que contenía una sección con las características de elegibilidad que deben cumplir para el estudio, el consentimiento de los alumnos a participar en el estudio, otra sección de datos demográficos, y la sección de preguntas e ítems a responder de las diferentes escalas. El investigador informó acerca del contenido del cuestionario y dio la consigna inicial para que los participantes iniciaran el proceso de respuesta del mismo.

El análisis de los datos, tanto de la prueba piloto como de la aplicación final, se inició con la elaboración de una base de datos que permitiese vaciar y organizar la información y realizar todos los análisis pertinentes por medio de un programa de análisis estadísticos (SPSS, versión 9.0.0). Los análisis realizados consistieron en la obtención de la confiabilidad y validez de las escalas, así como el análisis de las correlaciones entre las variables, para la comprobación o negación de hipótesis.

Resultados

El diagrama de ruta obtenido fue el siguiente:

Figura 2. Diagrama de Ruta Obtenido.



La variable Asertividad Sexual se encuentra relacionada en el modelo planteado con las variables Experiencia Sexual, Estrategias de Negociación e Influencia, y Sexo, las cuales explican el 14,5% de la varianza (R^2 corr

Tabla 1- Resumen del Modelo para la variable dependiente Asertividad Sexual.

R	R^2	R^2Corregida	Error típ. de la estimación	F	Sig.
0,389	**0,151**	**0,145**	**6,4153**	**22,076**	**0,000**

Tabla 2- Coeficientes B, Beta y significancias para la variable dependiente Asertividad Sexual.

Variable	B	Error Típico	Beta	t	Sig.
(Constante)	45,950	2,890		15,898	0,000
Estrategias Negociación	9,530E-02	0,011	0,363	8,394	0,000
Experiencia Sexual	-1,085	0,340	-0,137	-3,190	0,002
Sexo	1,354	0,675	0,087	2,006	0,045
Edad	-5,78E-02	0,145	-0,017	-0,398	0,691

El coeficiente beta para Estrategias de Negociación (ß=0,363) es moderado, positivo y significativo, lo que significa que el uso de estrategias de negociación para persuadir a la pareja del uso de un condón está directamente relacionado con la asertividad sexual de los sujetos. El coeficiente de Experiencia Sexual es bajo, negativo y significativo (ß= -0,137), indicando que la relación entre Experiencia Sexual y Asertividad Sexual es inversa. Sexo presenta un coeficiente (ß= 0,087) bajo, positivo y significativo, indicando que la relación entre sexo y asertividad es directa, pero no muy influyente; además, parecen ser los hombres más asertivos que las mujeres. Por otro lado, la variable Edad no se asoció significativamente con la variable de Asertividad Sexual, por lo que no aporta información válida y significativa para explicar esta variable. Los

errores de estimación o residuales son independientes, ya que se distribuyen normalmente.

En cuanto a la variable Estrategias de Negociación, en el modelo planteado se relaciona con las variables de Autoeficacia en la Negociación, Locus de Control y Sexo, que explican el 9,6% de la varianza (R^2 corregida) y su combinación es significativa (F=14,315):

Tabla 3- Resumen del Modelo para la variable Estrategias de Negociación.

R	R^2	R^2Corregida	Error típ. de la estimación	F	Sig.
0,322	0,104	0,096	25,1413	14,315	0,000

Tabla 4- Coeficientes B, Beta y significancias para la variable Estrategias de negociación

Variable	B	Error Típico	Beta	t	Sig.
(Constante)	70,289	10,367		6,780	0,000
Autoeficacia	2,193	0,379	0,257	5,789	0,000
Locus Externo	-0,279	0,101	-0,120	-2,763	0,006
Locus Interno	0,212	0,227	0,042	0,936	0,350
Sexo	8,206	2,583	0,138	3,177	0,002

Al evaluar la magnitud de los efectos de cada una de estas variables se observó que las que se relacionan en el modelo obtenido son: primero autoeficacia en la Negociación, seguido de Sexo y Locus de Control Externo. El coeficiente beta para

auto eficacia en la Negociación (ß=0,257) es moderado-bajo, positivo y significativo, lo que significa que el uso de estrategias de negociación para persuadir a la pareja del uso de un condón está directamente relacionado con la auto eficacia de los sujetos. El coeficiente de Sexo es bajo, positivo y significativo (ß= 0,138), indicando que la relación entre Sexo y Estrategias de Negociación es directa, y que las mujeres tienden a usar más estrategias que los hombres. Locus de Control Externo presenta un coeficiente (ß= -0,120) bajo, negativo y significativo, indicando que las personas que tienen un locus externo no tienden a usar estrategias de negociación. A su vez, la variable Locus Interno no se asoció significativamente con la variable de Estrategias de Negociación. Los errores de estimación son independientes, ya que se distribuyen normalmente.

La variable auto eficacia en la Negociación se encuentra relacionada con la variable de Locus de Control Interno, que explica el 4,7% de la varianza (R^2 corregida), y muestra una significancia de F=9,259:

Tabla 5- Resumen del Modelo para la variable auto eficacia en la Negociación.

R	R^2	R^2Corregida	Error típ. de la estimación	F	Sig.
0,230	0,053	0,047	3,0278	9,259	0,000

Tabla 6- Coeficientes B, Beta y significancias para la variable autoeficacia en la Negociación.

Variable	B	Error Típico	Beta	T	Sig.
(Constante)	12,379	1,152		10,744	0,000
Experiencia Sexual	2,157E-03	0,155	0,001	0,014	0,989
Locus Externo	1,093E-02	0,012	0,040	0,899	0,369
Locus Interno	-0,131	0,027	-0,219	-4,897	0,000

Locus de Control Interno se relaciona con un coeficiente beta (ß= -0,219) moderado-bajo, negativo y significativo, lo que significa que los sujetos que consideran sentirse autoeficaces para negociar con la pareja, no tienden hacia un Locus de Control Interno. Las variables Locus Externo y Experiencia Sexual no se asociaron significativamente con la variable de Autoeficacia en la Negociación. Los errores de estimación o residuales son independientes, ya que se distribuyen normalmente, aunque la distribución presenta algunas irregularidades.

Discusión

En general, se encontró que los sujetos consideran cuatro tipos de factores para el comportamiento sexual asertivo: Asertividad en la Estimulación, Prevención de Embarazos e ITS, Rechazo de la Actividad Sexual e Iniciación de la Actividad Sexual, lo que indica que se originó un nuevo factor de asertividad en la investigación, en relación con la investigación original (Morokoff y cols., 1997), que es la asertividad en la Estimulación. Los sujetos se consideran asertivos, en general, en su comportamiento sexual, y es esta variable la que explica el mayor porcentaje de varianza (14,5%) y la escala posee una buena confiabilidad. El aspecto en el que se reportó mayor asertividad fue en prevención de embarazos e ITS, seguido de asertividad en la estimulación, y por último rechazo e iniciación de la actividad sexual. Estos resultados indican que los sujetos reportan altos niveles de asertividad sexual en lo relacionado con prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, lo cual estaba planteado como uno de los factores más importantes, debido a la población con la que se hizo la investigación, y resultó, como lo esperado, ser el aspecto más importante para los participantes.

En cuanto a la relación entre la asertividad sexual y la experiencia sexual, se observó que no se cumplió el supuesto teórico planteado para esta relación, ya que la relación entre estas variables es inversa, de modo que a menor experiencia, mayor asertividad. Esto puede deberse a que la mitad de la muestra de sujetos reportó tener una (1) pareja durante el último año, lo que se interpreta como un nivel moderado-bajo de experiencia sexual, por lo que se esperaría un reporte de menores niveles de asertividad (Morokoff, 1997) a los encontrados; sin embargo, los sujetos demostraron ser asertivos en todos los comportamientos medidos por la escala (SAS). Este resultado puede deberse al efecto de la deseabilidad social expresada por los sujetos acerca de su propia asertividad, y en lugar de expresarse una relación directa entre la experiencia y la asertividad (Vaughn, Sanghvi, y Wiemann, 2002), se observa una inversa, o negativa, e incluso no significativa para los comportamientos asertivos, como en la estimulación sexual, prevención de embarazos e ITS, y el rechazo de la actividad sexual no deseada. Esto puede explicarse según hallazgos de una investigación anterior (Troth y Peterson, 2000), en la que se postula que las mujeres y hombres con experiencia sexual están más abiertos a hablar con su pareja acerca de realizar sexo seguro, al contrario en personas menos experimentadas.

La relación entre Edad y Asertividad Sexual obtuvo una relación inversa; es decir, la relación resultó ser que a mayor edad menor asertividad sexual. Y, los resultados generales demostraron que, a mayor edad se es más asertivo en Estimulación y Prevención de Embarazos e ITS, mientras que parece disminuir la asertividad para la Iniciación de la Actividad Sexual. Este resultado no concuerda con lo esperado y puede deberse a las características de la muestra. El resto de estos resultados concuerdan con lo esperado, ya que se asumía, basándose en las investigaciones de Morokoff y cols. (1997) y Vaughn y cols. (2002), que a mayor edad de los sujetos se es más asertivo en el comportamiento sexual, y a menor edad menor asertividad.

En cuanto a la relación del Sexo de los sujetos con la Asertividad Sexual, se obtuvo que los hombres son más asertivos que las mujeres, especialmente en los aspectos de estimulación e iniciación de la actividad sexual. Estos resultados comprueban lo planteado en la hipótesis de la investigación, ya que la asertividad está íntimamente relacionada con los roles de género y con las normas de comportamiento sexual basado en el género. Sin embargo, en investigaciones anteriores (Morokoff y cols., 1997), se observó en el caso de las mujeres que, a medida que tenían mayor experiencia sexual, mayor era su asertividad de iniciación sexual, incluso mayor que la de los hombres.

Con respecto a la relación entre las Estrategias de Negociación para el uso del condón y la asertividad sexual, esta es directa y significativa, lo que indica que los sujetos relacionan el uso de estrategias con la asertividad. Según investigaciones previas se ha encontrado que los individuos utilizan condones para prevenir un embarazo no deseado como razón principal, y sólo secundariamente como método de prevención de ITS. Además, Bird, Harvey, Beckman, y Johnson (2001, c.p. Noar y cols., en prensa) han encontrado evidencia de que la persuasión para el uso del condón relacionada con la prevención de embarazo difiere de la persuasión relacionada con la prevención de ITS. Esto explica, porque los sujetos le dan más importancia a utilizar estrategias para prevenir embarazos, en vez de para prevenir enfermedades.

Por último, la asertividad de Rechazo de la Actividad Sexual no se relaciona directamente con ninguna estrategia, sino que parece definirse únicamente por el sexo de los sujetos, indicando que son las mujeres las que son más asertivas en este tipo de comportamiento de rechazo de actividad sexual no deseada.

En cuanto a la relación entre estas Estrategias de Negociación y la auto eficacia en la Negociación, se observó que el hecho de que los sujetos se consideren auto eficaces para negociar con la pareja influye directamente en que estos sujetos elijan usar las estrategias de negociación e influencia. La relación entre las Estrategias de Negociación y el Sexo destacó que las mujeres utilizan más las estrategias verbales que los hombres. Igualmente, las mujeres suelen jugar un papel más activo en cuanto a influencia para el uso del condón se refiere, ya que necesitan negociar el uso del mismo por parte de la pareja, dado que no son las mujeres quienes lo usan (Noar y cols., en prensa), aunque esto se ve afectado por la falta de asertividad sexual de las mujeres, lo que lleva a que sean los hombres los que más lleven a la práctica las estrategias de negociación.

En la relación entre las Estrategias de Negociación y el Locus de Control, se observó que el Locus de Control Externo se relaciona directa y negativamente con las estrategias de negociación, lo que indica que las personas que tengan mayores niveles de Locus Externo tendrán bajos niveles de preferencia por las estrategias, ya que perciben que estas estrategias serían utilizadas por personas con un Locus Interno. Por otro lado, el Locus Interno no se relaciona directamente con las estrategias de negociación, sino por medio de la auto eficacia en la negociación, al contrario de lo que se esperaba, que los sujetos con Locus Interno tendiesen a utilizar las estrategias de negociación. El hecho de que Locus Interno no se haya relacionado con las estrategias de negociación se puede explicar por el hecho de que la mayoría de la muestra era femenina, y los resultados se pueden haber visto influidos porque adolescentes y mujeres jóvenes poseen muy poco control sobre las relaciones sexuales y los métodos de protección más efectivos, tendiendo a dejarlos en manos de su compañero (Rosenthal, 2002).

Puede ser que las mujeres tienen la expectativa de que ellas deberían tener el control sobre el uso del condón, pero no perciben que puedan implementar dicho

control; es decir, no perciben que tengan auto eficacia. Por ejemplo, puede que tengan miedo de negociar el inicio de una relación sexual o no realizar sexo alguno porque les preocupa que se de algún tipo de agresión sexual por parte de sus parejas (Rosenthal, 2002). Esta información parece coincidir con los resultados obtenidos en esta investigación, ya que la relación entre el Locus de Control Externo y la Auto eficacia en la Negociación resultó ser no significativa, como era esperado, ya que las personas con un Locus Externo no poseen control sobre la negociación con la pareja y no se consideran auto eficaces.

Referencias

Amaro, H. (1995). Love, Sex and Power: Considering Woman Realities in HIV Prevention. *American Psychologist,* 50 (6), 437-447.

Armitage, C., Norman, P. y Conner, M. (2002). Can the Theory of Planned Behaviour mediate the effects of age, gender and multidimensional health locus of control?. *British Journal of Health Psychology,* 7, 299-316.

Baron, R. y Byrne, D. (1998). *Psicología social*(8va ed.). Madrid: Prentice Hall.

Blanco, A. y de la Corte, L. (2.001). The Decade 1989-1998 in Spanish Psychology: An Analysis of Research in Social Psychology. *The Spanish Journal of Psychology,* 4 (2), 203-218.

Cooper, M.L., Powers, A. y Shapiro, C. (1.998). Motivations for Sex and Risky Sexual Behavior Among Adolescents and Young Adults: A Functional Perspective. *Journal of Personality and Social Psychology,* 75 (6), 1528-1558.

Feldman, R. (1998*). Psicología con aplicaciones a Latinoamérica*. México: McGraw Hill.

Levenson, H. (1974) Activism and Powerful Others: Distinctions Within the Concept of Internal-External Control. *Journal of Personality Assessment,* 38, 377-383.

Morales, J.; Huici, c.; Moya, M.; Gaviria, E.; López-Sáez, M.; y Nouvilas, E. (1999). *Psicología Social.* Madrid: McGraw-Hill.

Morokoff, P.; Quina, K.; Harlow, L.; Whitmire, L.; Grimley, D.; Gibson, P.; y Burkholder, G. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for Woman: Development and Validation. *Journal of Personality and Social Psychology,* 73 (4), 790-804.

Noar, S; Morokoff, P., y Harlow, L. (2002). Condom Negotiation in Heterosexually Active Men and Women: Development and Validation of a Condom Influence Strategy Questionnaire. *Psychology and Health,* 17 (6), 711-735.

Noar, S.; Morokoff, P., y Harlow, L. (En prensa). Condom Influence Stratregies in a Community Sample of Ethnically Diverse Men and Women. *Journal of Applied Social Psychology.*

Osorio, E. y Ruiz, R. (2002). Influencia del Maquiavelismo, Locus de Control, Edad, Sexo y Antigüedad sobre la Satisfacción Laboral. Trabajo de grado no publicado para optar el título de Licenciado en Psicología. Escuela de Psicología. Universidad Católica Andrés Bello.

Rosenthal, S. (2002). The Relationship Between STD Locus of Control and STD Acquisition Among Adolescent Girls. (Sexually Transmited Diseases) (Statiscal data included). *Adolescence.* Recuperado en mayo 13 de 2003, de http://www.findarticles.com/locusofcontrolandstd/adolescence/spring2002.htm.

SPSS for Windows 9.0. (1998). Standard Version. Copyright SPSS Inc., 1989-1990.

Troth, A. y Peterson, C. (2000). Factors Predicting Safe-Sex Talk and Condom Use in Early Sexual Relationships. *Health Communication,* 12 (2), 195-218.

Vaughn, R., Sanghvi, R. y Wiemann, C. (2002). Is Lack of Sexual Assertiveness Among Adolescent and Young Women a Cause for Concern? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34 (4), 11-22.

Worchel, S.; Cooper, J; Goethals, G.; y Olson, J. (2002). *Psicología Social.* México: Thomson Learning.

LA FAMILIA EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Julio Celada González
Eating and Addictive Disorders Institute,
Orange County, CA. USA.

Ana María Núñez
Unidad de Trastornos Alimentarios
de Madrid, España

Planteamiento del problema

Los trastornos alimentarios son problemas que se asocian con escasa conciencia de enfermedad en los pacientes y alto riesgo de adicción y cronicidad. Al principio del tratamiento, hay poca colaboración y el abandono es frecuente (Wolk, 2001). Los pacientes solos no pueden salir del problema, a pesar del deseo que muchos manifiestan, están atrapados por la enfermedad y tienen miedo a perder el control patógeno que ejercen sobre su cuerpo y sus ingesta alimentaria. Por ello, la necesidad de trabajar con las familias.

Es sabido que hay incidencia de trastornos emocionales, alimentarios y adictivos en las familias de estos pacientes (Cloninger, 1999). También la enfermedad se instala en familias normales. Observamos, especialmente en los periodos de reagudización, que muchos padres se ven invadidos por la frustración y desesperanza. En tales condiciones anímicas, ¿podrían ayudar eficazmente a sus hijos enfermos? ¿Es posible involucrar creativamente a la familia, aunque no estuviera en las mejores condiciones anímicas, en la ayuda terapéutica de sus hijos afectados de patología alimentaria?

Trabajamos con familias de diferente nivel cultural y educativo, familias que de alguna forma responden al perfil demográfico, por el cual, los padres de hoy en el 75% de los casos declaran tener con sus hijos un grado de rigor mucho menor que el que recuerdan que sus propios padres tuvieron con ellos (Alberdi, 1995). No necesariamente, aquellos de quienes esperamos sean eficaces suelen serlo y algunos que parecen frágiles, cuando se les requiere, actúan bien. Hay familias que por los años de enfermedad saben mucho de ésta, están documentados, sin embargo, algunos siguen mostrando posturas dogmáticas a pesar de los consejos.

Planteamos: ¿Cuales son las características emocionales y actitudinales de los padres de estos pacientes, antes y después del tratamiento hospitalario?

Objetivos

1. Describir las características emocionales de los padres al inicio de la hospitalización, al alta y al año de tratamiento ambulatorio de un grupo de pacientes afectados de anorexia o bulimia nerviosas.
2. Comparar las características actitudinales de los padres, en los tres momentos, de las siguientes variables: Información sobre la enfermedad, estados de ánimo, sentimientos de culpa, comunicación familiar, serenidad y firmeza, confianza en poder ayudarle, coordinación familia-equipo médico, percepción del estado del paciente, e impaciencia.
3. Respecto a las variables de estudio, describir las diferencias entre los padres de los pacientes con anorexia y bulimia, y entre madres y padres.

Material y métodos

Método

Se compara los resultados de la evaluación en los tres momentos del proceso terapéutico: Inicio de la hospitalización (grupo 1), al alta (grupo 2) y al año de tratamiento ambulatorio (grupo 3) de los padres de un grupo de pacientes. Proceden de las Unidades de Trastornos Alimentarios de un Hospital y dos Sanatorios Psiquiátricos de Madrid, y que al momento de iniciar la hospitalización

de las hijas, iniciaban el "Programa Psicoeducativo con Familias". Al alta, continuaron en el programa por el periodo de un año.

Sujetos y ámbito de estudio

Trabajamos con 80 pacientes mujeres de 18-30 años de edad y procedentes de toda la geografía española. Las familias no tienen un perfil definido. Sus edades oscilan entre 40 a 70 años. El denominador común es tener una hija afectada y hospitalizada. Son familias preocupadas por la reagudización y el tiempo de enfermedad.

Medición

Los estados emocionales fueron evaluados a través del Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ), de amplio uso y suficiente validez (Golberg y Williams, 1996).

Anexo

ESCALA DE ACTITUDES DE LA FAMILIA DE PACIENTES AFECTADOS DE ANOREXIA O BULIMIA NERVIOSAS
(Celada y. Núñez. 2000)

Nombre del paciente:----------
Grado de parentesco:---------- Fecha: ----------

En esta Escala algunos enunciados están referidos a signos y síntomas del trastorno alimentario y otros a cómo usted observa el problema de su familiar.
No hay respuestas correctas o incorrectas, por tanto intente ser lo mas sincero posible. De las cinco alternativas posibles, elija una y ponga un aspa (x), en el recuadro correspondiente. Gracias.

ENUNCIADOS	Siempre	C Casi siempre	A veces	Raramente	Nunca
1.- La veo unos días mejor otros días peor					
2.- En casa comentamos las indicaciones médicas					
3.- Me siento respaldado por los terapeutas					
4.- Me pongo tenso cuando la acompaño en					

sus comidas					
5.- Le gusta cocinar o coleccionar recetas de cocina					
6.- Me cuesta ser constante con ella					
7.- Pienso que es una enfermedad incurable					
8.- Pienso que debería curarse pronto					
9.- Creo que esta enferma porque no supe cuidarle					
10.- Ella interviene en la tertulia familiar					
11.- En mi familia nos apoyamos unos a otros					
12.- Mis dudas las aclaro con el médico					
13.- Me siento mal por no poder ayudarle a controlar sus impulsos (vómitos, atracones..)					
14.- Hace las actividades que se le programa					
15.- Aún comiendo bien pierde peso					

16.- Cuando se encierra en si misma la disuado					
17.- Me siento despreciable y mala persona					
18.- Sus amenazas me intimidan					
19.- En mi familia nos coordinamos para ayudarla					
20.- Creo que está peor					
21.- Me siento triste y desanimado					
22.- Si precisa puedo imponerme					
23.- Tiene la regla todos los meses					
24.- Si no logro persuadirla, la obligo					
25.- Dudo si seré el mejor apoyo para ella					
26.- En mi familia nos reprochamos unos a otros					
27.- Creo que volverá a ser una					

persona normal					
28.- Siento que hago daño a los demás					
29.- Quiero unos plazos para su recuperación					
30.- Creo que he fracasado con mi hija					
31.- Es posible llevar a cabo las indicaciones del médico					
32.- Conozco la enfermedad y se cómo ayudarle					
33.- En casa nos cuesta repartirnos las funciones para estar con ella					
34.- Me mantengo tranquilo a pesar de sus agobios					
35.- Mientras le haga falta estaré allí para ayudarle					
36.- Las preocupaciones me hacen perder el sueño					
37.- Siento que tengo muchas culpas					
38.- Me siento tranquilo y sereno					
39.- Sus actividades se desarrollan en los horarios programados					
40.- Me cuesta entenderme con los míos					
41.- Hace las 3 ó 4 comidas al día					
42.- En casa, todos incluso ella, hablamos de la enfermedad					
43.- Es capaz de tomar decisiones sensatas					
44.- Pienso que dominando mis temores sería más eficiente					
45.- Cree estar gordo y deforme					
46.- Haré lo que sea necesario con tal que salga adelante					
47.- Mi familia y el equipo médico estamos coordinados					
48.- Pienso que estará enferma toda su vida					
49.- Se la ve alegre y animada					
50.- Me cuesta cambiar de tema cuando insiste hablar de su enfermedad					

51.- Está absorta, ida					
52.- Sus besos y caricias impide que sea firme con ella					
53.- En mi familia nos reprochamos unos a otros					
54.- Pienso que puedo ayudarle a cambiar					
55.- No se recupera, pienso que no le duraré toda la vida					
56.- En casa, con ella, cada uno actúa a su manera					
57.- Tengo energía y mucha vitalidad					
58.- Temo no ser fuerte para ayudarla hasta el final					
59.- Puedo superar mis temores					
60.- Con tal de verla bien importa poco mi sufrimiento					
61.- En mi familia, cada quién a su manera intenta ayudarla					
62.- La veo bien como cuando estaba sana					
63.- La enfermedad de mi hija me impide desarrollar mis actividades					
64.- Come en cantidades razonables					
65.- Hago que cumpla sus actividades					
66.- Hay espiritu de grupo en mi familia					
67.- Creo que puedo persuadirla					
68.- Estoy triste si está triste					
69.- En casa las normas son inflexibles					
70.- Estoy tranquilo y optimista					
71.- “Pica” alimentos a distintas horas					
72.- Creo que se recuperará					
73.- Vomita las comidas					
74.- Soy un buen apoyo para ella					
75.- Tiene atracones alimenticios					
76.- Está impaciente quiere hacerlo todo al mismo tiempo					
77.- Temo hacerle daño si corrijo					

sus defectos					
78.- Quiero abandonarlo todo					
79.- Soy una influencia positiva para ella					
80.- Está sensible se frustra con facilidad					
81.- Me canso con facilidad, me faltan fuerzas					
82.- Mi familia asiste a las reuniones con el médico					
83.- Esquiva mi ayuda no se que hacer					
84.- Creo que las cosas le irán bien					
85.- Voy a las reuniones con el equipo médico					
86.- Se cómo tratar a mi hija, no necesito que los terapeutas me lo digan					
87.- Dudo si existe la recuperación definitiva					
89.- Usa laxantes					
89.- Usa laxantes					
90.- Tiene inciativas, se organiza					

Construcción y validez: Fue diseñada para el presente estudio. Se sistematizó las distintas actitudes observadas en los diferentes grupos de padres con los que hemos trabajado, y de cómo éstas iban variando según la evolución de los pacientes y de ellos mismos en el grupo psicoeducativo.

La medición que pretende, es válida, en tanto que es el mismo sistema de medida para tres grupos, y que estadísticamente pueden ser comparados.

Confiabilidad y estudios piloto: Previamente, se administró una Escala compuesta por 130 ítems a un grupo de padres en proceso de iniciación y a otro que llevaba un año en el grupo, detectándose que había mucha confusión en el primero. El número de ítems era excesivo, y el responder en hoja adicional, creaba confusiones. Se hicieron las adecuaciones semánticas, se redujo a 90 los ítems y se dispuso de espacios para las respuestas. Se administró nuevamente a otros dos grupos similares de padres

Se han sumado las puntuaciones pares e impares de cada participante (N= 90) y se compararon. Se obtuvo el resultado de r=0,789, que indica una elevada correlación entre los ítems del test.

Variables que evalúa la Escala.

- Información sobre la enfermedad.

- Estado de ánimo.

- Sentimiento de culpa.

- Comunicación familiar.

- Firmeza y constancia.

- Confianza en poder ayudarle.

- Coordinación familiar.

- Percepción del estado del paciente.

- Impaciencia.

Exposición y discusión de los resultados

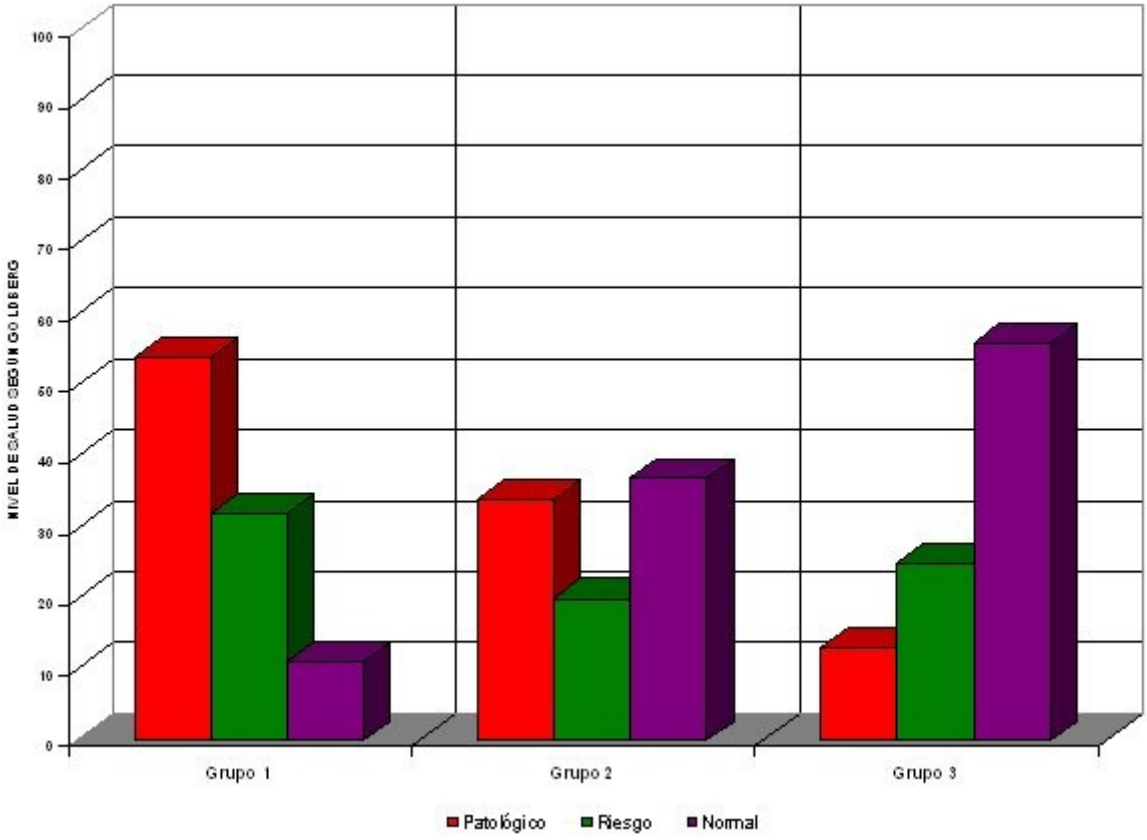
Estados emocionales de los padres

No sorprende encontrar, al inicio del tratamiento hospitalario de los pacientes, un alto porcentaje de "discomfort" psicológico en los padres (54%), incluso compatibles con respuestas clínicas (x GHQ: 27), caracterizadas por malestar emocional y síntomas de ansiedad y depresión. En ocasiones, planteaban interrogantes si también ellos requerían tratamiento. En estudios con padres de 766 pacientes con bulimia encuentran un alto porcentaje de ansiedad generalizada y dependencia al alcohol (Wade y Bulick, 2001). Durante la hospitalización, los padres también recibieron apoyo emocional y comprensión. No obstante, su trabajo fue revertir sus estados emocionales adversos y encaminarlos positivamente para ayudar mejor a sus hijas. Anteriormente, las familias deprimidas visitaban a sus hijas en el hospital, reforzando en ella su sentimiento de culpabilidad (Vandereycken y Vanderlinden, 2000).

Después de 2 meses de trabajo, verlas mejor y la proximidad al alta (Celada et al 1998), sin menospreciar otros factores, produjo un cambio significativo en sus estados de ánimo. De 13% de padres que emitían respuestas de normalidad, al ingreso, pasa al 40% al alta. Habían aprendido ayudar, poner límites y a intervenir en crisis (Pratt y Gill, 1999) . También estaban trabajando la tolerancia a las frustraciones y la mayoría aceptaba que la mejoría sería lenta (Marcelli, 1992).

Varios estaban afectados de trastornos de angustia, depresión, obsesiones o problemas con el alcohol. Algunos estaban en tratamiento, no obstante y después del alta, la mayoría y durante un año participaron activamente. Un hallazgo valioso,

es que la frustración fue transformada en ilusión y fortaleza, es más, aprendiendo manejar situaciones diversas que la enfermedad planteaba y siendo coprotagonistas del cambio, se fortalecían moralmente, descubrían sus cualidades y llevándolos a la práctica también se fueron sintiendo anímicamente mejor (Celada, 1996). Pensamos que estas fueron algunas de las razones por las que al año de tratamiento, el 65% de los padres han mejorado y solo el 15%, emite respuestas emocionales inadecuadas.



Las madres presentan estados de ánimo adversos más significativos que los padres al momento del ingreso (x GHQ Mad. 24 > x GHQ Pad. 15). Su semblante indica ansiedad y preocupación (Craske, 1999) ¿Porqué más en ellas? Están más tiempo en casa, son las que se enfrentan cotidianamente al problema y frecuentemente ante ellas se produce la beligerancia de los pacientes. Sin embargo, no deja de sorprendernos que dichos indicadores disminuyeron significativamente al alta y al año de tratamiento, más que en los padres (x GHQ Mad: 24 > 14 > 6).

Actitud de los padres

El conjunto de reactivos planteados en los 90 ítems de la Escala del Estado de la Familia, están referidos a las actitudes y disposiciones respecto al problema y a su manejo en la hija enferma.

En el grupo 1 los padres están afectados por la reagudización de la enfermedad y la hospitalización. Independientemente de sus características personales, lo referido, ejerce una influencia significativa en sus estados de ánimo y actitudes. El valor "t" muestra la tendencia de este grupo a presentar todas las variables de estudio disminuidas, expresión de su enorme malestar, el que también coincide con el alto porcentaje de padres que emiten respuestas de anormalidad emocional en el GHQ. "El conflicto familiar es un alto factor de riesgo y agrava las dificultades de sus miembros" (Wade y Bulick, 2001).

En el grupo 2, en los dos meses de hospitalización, las familias han trabajado activamente, su reestructuración, destrezas en el manejo del problema de la enferma y se han entrenado para ser modelos eficaces (Celada, 1996). Las madres prácticamente, disponían de todo su tiempo para los requerimientos del hospital y los padres acudían, cuanto menos 3-4 veces en semana. Padres procedentes de provincias, igualmente se hallaban en Madrid la mayor parte de la semana durante los primeros 15 días. Durante este proceso, también la familia se hallaba arropada y cuidada por el personal.

A pesar de ser un grupo psicoeducativo, se movilizaba una alta carga afectiva, dado que algunos llegaban en actitud doliente. Grande fue la labor de los padres con mayor experiencia que ayudaron cambiar poco a poco a los recién llegados. Compartían solidaridad y experiencias. Algunos y muy mayores en edad, cogían las fuerzas necesarias para poner límites, con hijas que por su actividad laboral, incluso eran su sustento económico.

Observamos a dos madres con anorexia, que hicieron suyas las pautas de las hijas y con la fuerza motivacional que disponían, al alta, también habían mejorado significativamente. Del mismo modo, padres de semblante triste y pesimista, obligados por las reglas del tratamiento tenían que mostrarse tranquilos y

sonrientes, ayudando así a mejorar las respuestas emocionales de las pacientes y de ellos mismos.

A los factores señalados atribuimos el cambio significativo de las actitudes de la familia en el grupo 2, y el valor "t" comparativo muestra un mejoramiento en todas las variables, con la excepción de la impaciencia, la cual se mantiene. El programa de tratamiento hospitalario fue riguroso y había cohesión en el equipo de médicos, psicólogos, terapeutas y personal de enfermería. Estos suelen enfrentarse a los intentos de romper su autoridad por pacientes y familia, por lo que establecen que la situación terapéutica es su terreno, sin humillar ni hacer pasivos a sus clientes (Vandereycken *et. al* 1991).

En el grupo 3, al año de trabajo en paralelo con las hijas, las familias en general tienden a una estabilización. Los acontecimientos ocurridos entre el segundo y el tercer grupo son distintos a la fase anterior:

a) La situación de urgencia familiar por la estancia hospitalaria, ajena a los patrones de la vida cotidiana, a dado paso a un funcionamiento normalizado.

b) El tiempo transcurrido es de un año, posible de consolidar patrones nuevos de conducta en padres y pacientes, o de que reaparezca algunos inadecuados.

c) La actuación de los padres, reflejará con veracidad lo ocurrido.

Las variables que han continuado mejorando al año de tratamiento son: Información sobre la enfermedad y la Confianza en poder ayudarla. Estas, al parecer, son claras evidencias de la influencia del trabajo en los grupos psicoeducativos y probablemente las razones por las que siguen estos padres asistiendo al grupo. Las variables que se han mantenido, incluso considerando un insignificante descenso en la puntuación, son: Estado de ánimo y Coordinación familia-equipo médico. Las variables que han empeorado ligeramente, sin ser críticas, son los Sentimientos de culpa, la Comunicación familiar (mas puntos pierde), la Firmeza y constancia, y ligeramente la Percepción del estado del paciente. Nos merece el siguiente comentario.

1. La alta puntuación en el grupo 2 no corresponde a logros estables, fueron conseguidas en situaciones de ensayo, era de esperar que los cambios espectaculares alcanzaran luego el nivel real de logro.
2. Son respuestas reales a situaciones reales y a las que la mayoría de las familias responde acertadamente.
3. La anorexia y la bulimia son enfermedades de larga evolución y que a pesar de un tratamiento especializado, al año, sigue presentándose altibajos.
4. Las actitudes de los padres al año de tratamiento son totalmente distintas al principio, y de lejos favorables.

Variaciones según sean padres de pacientes con anorexia o bulimia, y según sean madres o padres.

Algunas diferencias entre padres de pacientes con anorexia y bulimia:

a) Los padres de pacientes con anorexia puntúan más en Información en los tres momentos.

b) Los padres de pacientes con bulimia, al inicio tienen mejor estado de ánimo que los de los con anorexia. Se invierte al alta e igualan al año. La anorexia es palpable

al ingreso y su mejoría nutricional influye en el ánimo de los padres. Aunque el estudio de Casper y Troianni (2001), con 51 familias, encuentra más sufrimiento en padres de pacientes con bulimia que de anorexia. La discrepancia radicaría en que los síntomas de ansiedad de los padres de bulímicos son menos evidentes que los síntomas depresivos de los otros (Morandé, G. 1995). En las bulimias, las apariencias externas esconden más los síntomas. En la anorexia hay negativas y gran disminución de peso que impacta en la familia (Vandereycken y Vanderlinden, 2000).

c) La comunicación familiar puntúa menos en los padres de pacientes con anorexia y mejora mucho durante la hospitalización. En cambio, no empieza mal en los padres de pacientes con bulimia pero desciende al alta hospitalaria. En ambos desciende al año.

d) La firmeza y constancia crece más en los padres de anoréxicas en la hospitalización y desciende poco al año. En los de la bulimia hay crecimiento incluso al año. Estos, han trabajado mucho en el año para adquirir la firmeza y constancia capaz de equilibrar la alta tendencia a la inestabilidad.

e) La confianza en poder ayudarla crece mucho en ambos grupos, del primero al segundo, y sigue creciendo al año de tratamiento.

f) La coordinación familia-equipo médico en el grupo de anorexia es baja en el grupo 1, mejora mucho al alta y desciende poco al año. En bulimia nerviosa, empieza con una alta puntuación, ¿expresión de su fácil verbalización y de estar menos trajinados? La cruda realidad se manifiesta en el trabajo hospitalario, por ello, no sorprende la disminución de la puntuación de esta variable al alta, pero mejora mucho al año de tratamiento.

g) Hay mas impaciencia en padres de bulímicas que de anoréxicas.

Algunas diferencias entre madres y padres:

a) La información sobre la enfermedad, crece en ambos sub-grupos (t Mad,: 3.320 < 10.023 < 21.800). En los padres, se incrementa significativamente en el grupo 2 y decae al año (t Pad.: 3.718 < 12.20 3 > 9.247). El acopio que hacen las madres es lento y progresivo. Los padres asimilaron bien durante la hospitalización, luego disminuye.

b) Al ingreso, el ánimo está peor en las madres (t Mad.5.989 < t Pad. 9.721), mejora en el grupo 2 y se mantiene en el grupo 3, mientras que en los padres tiende a disminuir (t Mad.3: 9.293 > t Pad.3: 5.052). Las madres, intentando alimentarlas, sufrieron más. Es admirable, su capacidad de reestructuración, estar cerca más veces que los padres, de involucrarse más en el tratamiento, de ser asertivas y también de recuperarse emocionalmente pronto. Su estado de ánimo, apenas desciende al año. Los padres, no están muy afectados al principio y al término de la hospitalización se mantienen, pero desciende al año, probablemente debido a las distintas confrontaciones y sus propias responsabilidades (Celada *et al.* 1998).

c) El sentimiento de culpa, tiende a disminuir en ambos sub-grupos. En el grupo 1 el sentimiento de culpa es considerablemente mayor en las madres que en los padres (t Mad.4.834 > t Pad. 1.890). Su papel histórico de velar por la salud y alimentación de sus hijos, parece muy bien asumido y por ello está afectada. Directa o indirectamente, se atribuyen culpas. El tema de la culpa se trabajó de manera como información en ambas fases, sin embargo, exige más tiempo y un

abordaje interpersonal. En las pacientes, el problema de la madre es central (Bruch, 2002). La relación con ella, aparece muy trastornada y debe ser rehabilitada (Selvini, 1999).

d) La puntuación en comunicación familiar, tiende a mejorar en los padres (t Pad.: 5.852 < 9.480 < 11.161), mientras que en las madres es inestable, luego de haberse incrementado desciende incluso por debajo del nivel inicial (t Mad.7.702 < 14.813 > 6.2). Este hallazgo, podría estar reflejando importantes demandas, tal vez algunas vinculadas a su pareja (Minuchin, 1994). Las respuestas afectivas son variadas, en buena hora, pero a la vez son difíciles de categorizar (Millon, 1999). ¿Por qué, mejorando al alta, disminuye significativamente al año? Uno de los dos padres, generalmente ella, suele quejarse de la poca comunicación del otro (Cáceres, 1996).

e) Las madres tienden a niveles más estables de firmeza y constancia, se incrementa y luego se mantiene en el nivel alcanzado (t Mad.: 8.077< 11.335 > 11.146). La puntuación en los padres es inestable, se incrementa al alta, pero al año desciende a menos del nivel inicial (t Pad.: 9.276 < 14.290 > 7.306). Las madres fueron descubriendo mejor las estrategias de manejo del problema, se aferraron y mantuvieron firmes durante el tiempo requerido. El padre también lo hizo bien durante la hospitalización, pero luego menos.

f) La confianza en poder ayudarle, tiende a estabilizarse en forma diferente en cada sub-grupo. En las madres, se incrementa significativamente (t Mad.:12.428 < 14.703 < 19.585), mientras que en los padres, la puntuación es elevada al inicio, luego desciende y se mantiene (t Pad.: 21.430 > 13.067 < 13.445). Esta, es una variable firme que se incrementa en las madres al año. Aunque los pacientes suelen enfrentarse más a ellas, son en quienes más confían y las echan más de menos. Al año había una familia con una madre organizada, que inspiraba confianza e iba camino a estimular la autonomía con límites cada vez más flexibles (Onnis, 1990).

g) La coordinación entre la familia y el equipo médico se incrementa en las madres (t Mad.: 14.286 < 16.755 < 18.675) y tiende a mantenerse en los padres (t Pad.: 7.832 < 17.250 > 12.848). Aunque hemos trabajado con ambos, las madres han sido infaltables a las reuniones semanales, refleja su puntuación ascendente. Muchos padres delegan en las madres la coordinación del tratamiento con el equipo médico (Minuchin, 1994).

h) La impaciencia, se presenta en forma inversa en ambos sub-grupos, se incrementa progresivamente en las madres (t Mad.: 6.907 < 7.925 < 11.047) y disminuye en ellos (9.557 > 8.118 > 4.657). La firmeza y constancia cotidiana, a pesar de depararla grandes satisfacciones, probablemente haya generado sobrecargas y la impaciencia es su señal. Renuncian a los pasatiempos y a su propio cuidado (Andolfi, 1988). Es posible que las actividades variadas de los padres hayan funcionado como medios distractores. Nuestras familias fueron animadas a intercambiar roles y evitar entregas desmedidas (Celada y Morandé, 1997).

Conclusiones

1. El estado emocional adecuado de los padres, mejora significativamente del 13% al ingreso, al 40 % al alta hospitalaria, y al 65%, al año de tratamiento.

2. Al ingreso, los estados emocionales de los padres de anoréxicas, son peores que los de los padres de bulímicas. Al alta ambos mejoran. Al año, los primeros tienen mejor estado emocional que los segundos.

3. Al ingreso, los estados emocionales de los padres, son mejores que los de las madres. Al alta no hay diferencias. Al año de tratamiento, las madres presentan mejor estado emocional que los padres.

4. Las variables de estudio Información acerca de la enfermedad y Confianza en poder ayudarle, en los padres de pacientes con anorexia o bulimia, medidos a través de la "Escala de Actitudes de la Familia de Pacientes afectados de Anorexia o Bulimia nerviosas", mejoran significativamente al alta hospitalaria e inclusive al año de tratamiento. Se atribuye al carácter psicoeducativo de los grupos y a la activa participación de la familia en el tratamiento.

5. La variable: Sentimientos de culpa, que puntuaba alto, al ingreso del paciente, disminuye significativamente al alta, y se incrementa ligeramente al año. La variable impaciencia, se incrementa al alta en los padres de anoréxicas y disminuye significativamente al año, mientras que en los padres de las bulímicas, es alta al ingreso, disminuye al alta y vuelve a incrementarse al año.

6. Las variables: Comunicación familiar, Firmeza y constancia, Coordinación familia-equipo médico y Percepción del estado del paciente, mejoraron significativamente al alta, atribuibles a la recuperación clínica de las pacientes y al trabajo de restructuración de las familias. No obstante, decayeron en forma no significativa, al año de tratamiento.

7. La Información acerca de la enfermedad mejora gradualmente en las madres, en los padres disminuye al año. El estado de ánimo es peor en las madres, al ingreso, son iguales al alta, y se mantiene mejor que el de los padres al año. La Firmeza y constancia, la Coordinación con el equipo médico, así como la Confianza en poder ayudarla es más estable en las madres, al año de tratamiento. La mayor puntuación de los padres en Comunicación, así como una menor impaciencia, en relación a las madres, son datos relevantes, al año.

Referencias

Alberdi, I.(1995). Informe sobre la situación de la familia en España. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Andolfi, M. (1988). Cómo llevar a la terapia a las familias con una organización rígida. En M. Andolfi y cols. (Eds.). Familiar, desarrollo de modelos y el cambio (pp. 30-45. Buenos Aires. Gedisa.

Bruch, H. (2002). La jaula dorada: El enigma de la anorexia nerviosa, Barcelona. Paidos. .

Cáceres, J. (1996). Terapia de familia. Madrid:. UNED

Casper, R. y Troianni, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. International Journal of Eating Disorders, 30, 3, 30-40.

Craske, M. (1999).Anxiety disorders. Oxford. Westview Press.

Celada, J. (1996). Trabajo con los padres y grupo de padres. En J. Celada (Ed). Tratamiento de la Anorexia Nerviosa en Adolescentes (pp. 77-92). Madrid, ADANER.

Celada, J. y Morandé, G. (1997). Protocolo de hospitalización de pacientes con trastornos alimentarios. Madrid. Boletín de la Unidad de Trastornos Alimentarios de Madrid (UTAM).

Celada, J. y cols. (1998). Plan de trabajo del Módulo Terapéutico. Madrid. Unidad de Trastornos Alimentarios de Madrid (UTAM).

Cloninger, C. (1999). Personality and psychopatology. Washington DC.. Am. Psych. Asoc. Press.

Goldberg, D. y Williams, P. (1996). Cuestionario de Salud General. GHQ. Barcelona. Masson Ed.

Marcelli, D. (1992). Adolescencia y depresión. Barcelona. Masson

Millon, T. (1999). Personality guided therapy. N.York: John Wiley Sons, Inc.

Minuchin, S. (1994). La recuperación de la familia. Barcelona: Paidos

Morandé, G. (1995). Un peligro llamado anorexia. Madrid: Temas de hoy.

Onnis, L. (1990). Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos. Barcelona. Paidos.

Pratt, C; Gill, K. y Barret, N. (1999). Psychiatric rehabilitation. San Diego, Ca. Academic Press.

Selvini, P.M. (1999). Muchachas anoréxicas y bulímicas. Barcelona: Paidos.

Vandereycken, W. y cols. (1991). Anorexia y bulimia: La familia en suigénesis y tratamiento. Barcelona. Martinez Roca.

Vandereyken, W. y Vanderlinden, P. (2000) Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la alimentación. Madrid. Boletín de la Asociación Española de Estudios del Comportamiento Alimentario.

Wade, T. y Bulick, C. (2001) Investigation of quality of the parental relationship as a risk factor for subclinical bulimia nervosa. International Journal of Eating Disroders, 30, 32-40.

Wolk, S. (2001). Stage of change as a predictor of response to psychotherapy for bulimia nervosa. International Journal of Eating Disroders,. 30, 43-48.

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL
¡SÍ QUIERO!

Meritxell Torres Morales
Direcció General de Drogodependències
i SIDA de la Generalitat de Catalunya.

Mercedes Balcells Olivero M.D Ph.D
Fundació Sanitaria d'Igualada (Barcelona)

Carolina E. Yahne Ph.D
The University of New Mexico, Center on Alcoholism
Substance Abuse, & Addictions

La motivación no puede entenderse como algo que se tiene sino más bien como algo que se hace. Implica reconocer un problema, buscar una forma de cambiar, y entonces comenzar y mantener esa estrategia de cambio. Resulta que existen muchas formas de ayudar a la gente a que así lo reconozcan y actúen.

Introducción

La historia de las adicciones va indeleblemente unida a la historia del hombre. El consumo de sustancias psicoactivas y las conductas adictivas son una constante humana, fumar tabaco, ingerir bebidas alcohólicas o pócimas alucinógenas, mascar hojas de coca o Khat, fumar marihuana, utilizar opio como analgésico o de forma ritual, etc., son ejemplos conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado y sigue utilizando. El número de sustancias adictivas disponibles ha ido incrementándose, al mismo tiempo que se han diversificado sus formas de administración y generalizado su consumo (Becoña 1998).

No solo las conductas adictivas y las drogas han cambiado, así mismo, la percepción que tenemos de ellas y del porque las consumimos ha ido evolucionando. Las drogas han sido consideradas un elemento ritual, un tónico para la salud, un vicio, una debilidad de carácter, una enfermedad y según la O.M.S., en el año 2000, uno de los principales problemas de salud al que deberemos enfrentarnos en este nuevo siglo.

Hace menos de doscientos años que la dependencia a una sustancia se empezó a considerar una enfermedad. Además de un negocio, una moda, un delito, una manera de protestar o transgredir, una excusa o un síntoma más de consumo en una sociedad de consumo globalizada también es una conducta patológica que se considera hoy, altamente contagiosa, de curso crónico y recidivante (Balcells M.; Gual A., 2002)

En este artículo revisión nos centraremos en uno el abordaje terapéutico de las conductas adictivas que se ha ido modificando largo del siglo XX y en la actualidad, coexisten principalmente tres modelos teóricos de drogodependencia a los que corresponden, asimismo, tres abordajes terapéuticos distintos, siendo sin duda el mas novedoso y en boga el de la Terapia Motivacional.

La Terapia Motivacional estructurada como tal por William Miller y Stephen Rollnick en 1991 (Miller y Rollnick, 1991), es coetánea de las teorías neurofisiológicas de la adicción de Robinson y Berridge publicadas en 1993 con el concepto de craving y deseo patológico (Robinson TE, Berridge KC; 1993). De forma sorprendente el sustrato neuronal de las adicciones son aquí los circuitos volitivos (incentive motivation) más que los circuitos de recompensa postulados clásicamente. El adicto no consume por que "le gusta", para obtener una recompensa en el sentido más operante de la psicología conductual, ni por que "lo necesita" cada vez que aparece el síndrome de abstinencia por retirada o condicionado según los principios del condicionamiento más clásico Pavloviano. En estas nuevas teorías, el adicto consume porque "quiere", a pesar de las múltiples consecuencias no deseadas y de forma independiente al placer o a la recompensa. Si el adicto consume "porque quiere" o consume queriendo, solo dejará de hacerlo de forma personal e interna "si quiere" o "cuando quiera". El cambio está ligado a la voluntad y al deseo de cambio del propio individuo. Aquí encaja con toda su fuerza la terapia motivacional, obligándonos a revisar sobretodo el papel del terapeuta, su función y sus objetivos. Ya no importa lo que decimos sino como lo decimos, ya no tenemos que dirigir sino acompañar, ya no ordenamos ni planificamos sino que negociamos y ofrecemos abanico de posibilidades. El terapeuta facilita al paciente la exploración de su propia ambivalencia según su escala de valores. Se facilita el cambio desde el respeto al paciente considerándolo un individuo capaz de decidir y asumir sus propias decisiones, y, sorpresa: ¡funciona! Nos gusta y funciona (no siempre en este mismo orden) pero funciona.

La Entrevista Motivacional, ¿qué es?

En cualquier intervención terapéutica con una persona con una adicción hay varios objetivos a conseguir en el proceso de tratamiento; el primer objetivo es que la persona con una adicción asuma que precisa tratamiento (Becoña, 1998). La terapia motivacional pide al paciente un deseo de cambio desde una situación de consumo y dependencia a las drogas o una situación de no consumo y autocontrol.

Des de la perspectiva de la Entrevista Motivacional la motivación es definida como la probabilidad de que una persona comience y continúe adhiriéndose a una determinada estrategia de cambio (Miller y Rollnick, 1991), y por tanto a un tratamiento.

La investigación ha demostrado que los acercamientos para aumentar la motivación, están asociados con una mayor participación en el tratamiento y resultados positivos en éste. Estos resultados incluyen disminuciones en el consumo, tasas de abstinencia mayores, ajuste social, y referidos exitosos en el tratamiento (Landry, 1996; Miller et al., 1995a). Una actitud positiva hacia el cambio y un compromiso con el cambio, también están asociados con los resultados positivos del tratamiento (Miller y Tonigan, 1996; Prochaska y DiClemente, 1992).

En este sentido, la Entrevista Motivacional representa un cambio paradigmático en el campo de la adicción en cuanto al entendimiento de la naturaleza de la motivación del cliente y del clínico al dar forma para promover y mantener un cambio positivo de comportamiento. Este cambio es paralelo a otros desarrollos recientes en el campo de la adicción, y las nuevas estrategias motivacionales

incorporan o reflejan muchos de los mismos. Juntar un nuevo estilo terapéutico –entrevista motivacional- con un modelo transteórico de etapas de cambio, ofrece una perspectiva fresca acerca de qué estrategias clínicas podrían ser efectivas en varios puntos del proceso de recuperación. Las intervenciones motivacionales que surgen de esta construcción teórica son herramientas clínicas prometedoras que se pueden incorporar a todas las fases del tratamiento de abuso de sustancias, así como a muchos otros ambientes sociales y de servicios de salud.

Génesis de la entrevista Motivacional

La entrevista motivacional deriva de una variedad de fuentes, que incluyen la consejería centrada en el cliente del modelo humanista de Carl Rogers, la terapia cognoscitiva, la teoría de sistemas, y un modelo transteórico de cambio (Miller y Rollnick, 1991).

Rogers afirmaba que una relación interpersonal centrada en el paciente, en la que el terapeuta manifiesta tres características cruciales: una empatía adecuada, una calidez no posesiva y autenticidad, proporciona la atmósfera ideal para el cambio, ya que en esta atmósfera los pacientes son capaces de analizar sus experiencias de una forma abierta y encontrar soluciones para sus propios problemas.

La empatía implica una actitud de escucha concreta que clarifique y amplíe la propia experiencia, sin que el terapeuta le imponga su propio material (Gordon, 1970).

Por tanto podemos definir la entrevista motivacional como un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente, que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a explorar y resolver ambivalencias (estado mental en el que una persona tiene sentimientos contrapuestos en relación a alguna cosa). Considerando la ambivalencia como algo normal, aceptable y comprensible.

Partiendo de la base de que la motivación y el cambio personal están vinculados ineludiblemente, la Entrevista Motivacional, como nuevo estilo terapéutico, nos ofrece una serie de estrategias específicas en función de la etapa de cambio en que se encuentre el paciente. En la primera fase nos facilitaran crear la motivación para el cambio, y en una segunda fase fortalecer el compromiso para el cambio

Modelo del proceso de cambio

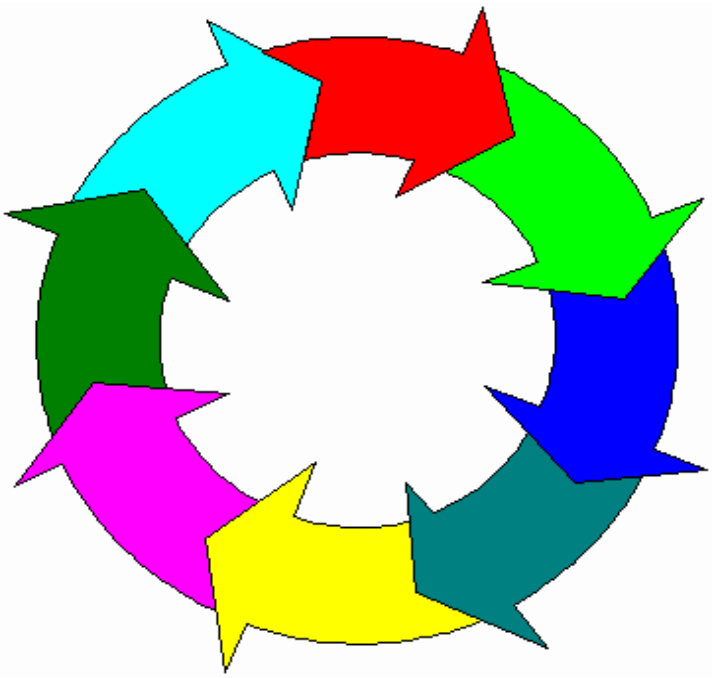
El proceso de cambio se ha conceptualizado como una secuencia de etapas a través de las cuales la gente progresa generalmente mientras consideran, inician y mantienen comportamientos nuevos (Prochaska y DiClemente, 1984). Este modelo surge luego de examinar 18 teorías psicológicas y de comportamiento acerca de cómo ocurre el cambio, incluyendo los elementos que forman un marco de trabajo biospsicosocial para entender la adicción. En este sentido, el modelo es "transteórico" (IOM, 1990).

Este modelo refleja también cómo ocurre el cambio fuera de los ambientes terapéuticos. Los autores aplicaron este patrón a individuos que modificaron comportamientos relacionados con fumar, beber, comer, ejercitarse, criar a sus hijos y comunicaciones maritales por su cuenta, sin intervención profesional. Cuando el cambio hecho por uno mismo se comparó con las intervenciones terapéuticas, se notaron muchas semejanzas que llevaron a los investigadores a describir el cambio por pasos o etapas.

Observaron que la gente que llevaba a cabo cambios motivacionales por su cuenta, o bajo guía profesional, primero "pasaban de estar inconscientes o reacios por hacer algo sobre el problema a considerar la posibilidad del cambio, luego estaban determinados y preparados para hacer el cambio, y finalmente actuaban y mantenían, o conservaban, ese cambio con el paso del tiempo" (DiClemente, 1991, p. 191).

La Entrevista Motivacional, nos proporciona estrategias específicas de acuerdo al punto en el proceso de cambio que se encuentre el individuo.

Figura 1- Modelo de estadio del cambio



Etapa de precontemplación. El paciente aún no está considerando el cambio, ya que no ve un problema en esta conducta que lo haga necesario o se ve incapaz de modificarla. En estos casos es importante: establecer afinidad, pedir permiso y generar confianza; plantear dudas o preocupaciones en el paciente acerca de su uso de sustancias al explicar el significado de los sucesos que llevaron al paciente al tratamiento o los resultados de tratamientos anteriores, explorar las percepciones del paciente sobre tratamientos anteriores, ofrecer información objetiva acerca de los riesgos del uso de sustancias, proporcionar retroalimentación personalizada sobre los resultados de la evaluación, explorar las ventajas y desventajas del uso de sustancias, explorar las discrepancias entre las percepciones del paciente y los demás en cuanto al uso de sustancias, expresar interés y dejar la puerta abierta.

Etapa de contemplación. El paciente reconoce preocupaciones o la existencia de problemas, y puede estar considerando la posibilidad de cambiar, pero aún no ha realizado ningún paso hacia el cambio. En esta etapa es característico el fenómeno de la ambivalencia. En esta fase el terapeuta debe normalizar la ambivalencia y ayudar al paciente a realizar el balance de decisión hacia el cambio, explorando las ventajas y desventajas del consumo, creando discrepancias internas y fomentando

la auto-eficacia, enfatizando la libertad de elección y su responsabilidad, buscando afirmaciones automotivacionales en cuanto a la intención de cambiar del paciente.

Etapa de preparación para la acción. En esta etapa nos encontramos con personas que se proponen firmemente el cambio y su planificación en un futuro cercano, pero aún están considerando que hacer. La persona ha valorado que los beneficios del cambio superan a los perjuicios. El terapeuta puede: aclarar las metas y estrategias del paciente para el cambio, ofrecer un menú de posibilidades para el cambio o el tratamiento, ofrecer información y consejo con permiso, negociar el plan de cambio, considerar y reducir las barreras del cambio, ayudar al paciente a conseguir soporte social, explorar las expectativas sobre el tratamiento y su papel en él, preguntar que cosas han funcionado para él en el pasado, hacer que anuncie públicamente sus planes de cambio.

Etapa de acción. El paciente está tomando activamente medidas para cambiar, pero aún no ha alcanzado una etapa estable. En esta etapa el terapeuta puede tratar el compromiso del paciente con el tratamiento y reforzar la importancia de mantener el plan de acción, apoyar un punto de vista realista del cambio a través de pequeños pasos, reconocer las dificultades del paciente en las etapas iniciales del cambio, ayudarle a identificar situaciones de alto riesgo y estrategias de enfrentamiento a estas, ayudarle a encontrar nuevos refuerzos positivos, ayudarle a evaluar cuando tiene un soporte familiar y social.

Etapa de mantenimiento. El paciente ha obtenido los cambios iniciales y se encuentran manteniendo la conducta. Cuando los pacientes se encuentran en esta etapa es un buen momento para apoyar los cambios en el estilo de vida, ayudarlos a identificar y examinar otras fuentes de placer, afirmar su decisión y su autoeficacia, ayudarle a practicar y usar nuevas estrategias de prevención de recaídas, mantener un contacto de apoyo, desarrollar un plan alternativo si hay un fracaso en el mantenimiento de los objetivos pactados y repasar con el paciente las metas a largo plazo.

Etapa de recaída. Esta etapa fue considerada durante muchos años como el fracaso del tratamiento, otorgándole un estigma a la terapia de las adicciones que no poseen otras enfermedades crónicas que presentan recaídas en su evolución, como hipertensión arterial, diabetes, etcétera. El resultado del tratamiento depende de qué se haga con las recaídas, por lo que resulta de gran importancia considerarlas como una etapa más del proceso. Si bien intentamos evitarlas al máximo, cuando ellas suceden, debe aprovecharse la ocasión para reevaluar y aprender en qué falló la estrategia propuesta.

En estas situaciones el terapeuta debe ayudar al paciente a reentrar en la rueda de cambio, y reforzar cualquier disposición para un cambio positivo, explorar el significado de la recaída como una fuente de aprendizaje, y ayudar al paciente a encontrar soluciones alternativas al consumo.

Para la mayoría de los pacientes, el progreso a través de las etapas de cambio es circular o en espiral por naturaleza, no lineal. En este modelo, la recaída es normal, una etapa más, ya que muchos pacientes consiguen un cambio estable después de pasar por las diferentes etapas varias veces.

Según Miller y Rollnick; el objetivo en la primera fase es desarrollar la motivación para el cambio, asumiendo que el cliente está ambivalente y posiblemente en la etapa de precontemplación o contemplación. El objetivo en la segunda fase es fortalecer el compromiso con el cambio, asumiendo que el paciente está listo para cambiar, pero no ha tomado una decisión firme o compromiso con el cambio.

Probablemente, el paciente se encuentra en la etapa tardía de contemplación o preparación para el cambio.

Principios básicos

Expresar empatía. Se debe aceptar incondicionalmente al paciente, ya que la aceptación facilita el cambio. La escucha reflexiva es fundamental para comprender la perspectiva, los sentimientos y los valores de cada paciente, asegurando al paciente que su ambivalencia es normal.

La empatía es un concepto clave que refleja el espíritu de la Entrevista motivacional, ya que facilita crear un espacio de confianza y de seguridad que permite a los pacientes explorar y resolver su ambivalencia.

Desarrollar las discrepancias. La motivación para el cambio aumenta cuando las personas perciben discrepancias entre su situación actual y sus metas y valores mas importantes. Es útil propiciar que el paciente se dé cuenta de sus contradicciones, mostrándole la discrepancia entre la conducta actual (beber o consumir drogas) y sus metas o valores mas importantes (ejemplo: volver con su pareja, entrar a la universidad, mejorar las relaciones con su familia, etcétera). El paciente debe expresar los argumentos para el cambio.

"Rodar con la resistencia". Cuando los objetivos del terapeuta están alejados de los objetivos del paciente aparecen las resistencias. La resistencia debe ser interpretada como una señal de que no estamos entendiendo la perspectiva del paciente, y por tanto el terapeuta debe cambiar de estrategia hasta partir del punto donde está el paciente, utilizando la fuerza de la resistencia para avanzar.

En este "baile" se mueven percepciones, y por tanto reconociendo y reflejando las resistencias se facilitará en el paciente un movimiento hacia la búsqueda de soluciones al respecto.

Apoyar la auto eficacia. Creer en la posibilidad de cambio es un elemento motivador, siendo importante que el paciente se haga responsable de realizar lo necesario para lograr el cambio. Se debe inyectar esperanza dentro del rango de alternativas disponibles e invitarlo a un trabajo conjunto, pero sin crear falsas expectativas que posteriormente no podamos cumplir.

Estrategias de inicio

En las etapas iniciales de tratamiento son especialmente útiles las siguientes cinco estrategias de apertura, basadas en los principios básicos de la Entrevista Motivacional.

Estas cinco estrategias permiten la creación de un clima de confianza y de seguridad para que el paciente pueda analizar y explorar su ambivalencia, facilitan la motivación para el cambio, preparan a los pacientes para entrar en el tratamiento, mejoran su compromiso y retención en el tratamiento, aumentan la participación y el compromiso, mejoran los resultados del tratamiento, y estimulan un regreso rápido al tratamiento en el caso de síntomas de recaída.

Preguntas abiertas

El uso de preguntas abiertas favorece el entendimiento de los puntos de vista del paciente, de sus intereses, de su situación y de sus sentimientos, ya que facilitan el

diálogo, estimulan al paciente a hablar y le ayudan a evitar emitir juicios prematuros.

Escucha con reflejo

La escucha con reflejo es una herramienta fundamental de la Entrevista Motivacional. Es un proceso activo donde el terapeuta escucha lo verbalizado por el paciente y puede desarrollar afirmaciones que reflejan el significado de lo verbalizado. Es una forma de "comprobar" los "significados" del paciente más que asumirlos.

Afirmar

Son afirmaciones directas que ofrecen apoyo al paciente, como cumplidos y expresiones de aprecio y comprensión.

Resumir

"Los resúmenes refuerzan lo que se ha dicho, demostrando que ha escuchado atentamente, y preparan al cliente para seguir adelante" (Miller y Rollnick, 1991, p.78)

Generar frases automotivacionales

En la entrevista motivacional es el paciente quién expresa los argumentos para el cambio, y el terapeuta facilita la expresión de estas afirmaciones auto-motivacionales. Se identifican cuatro categorías de afirmaciones motivacionales: reconocer el problema, expresar preocupación, manifestar intención de cambiar y comunicar optimismo sobre el cambio.

Fase II

Como hemos visto hasta ahora, la primera fase de la entrevista motivacional implica la motivación para el cambio. Cuando el objetivo cambia a un aumento del compromiso, es necesario cambiar las estrategias, ya que estamos en una segunda fase. El paciente está preparado para cambiar, pero aún no ha asumido una firme decisión o compromiso para hacerlo.

En esta fase se utilizan cinco estrategias básicas:

Recapitulación

Se presenta un resumen de la situación actual del paciente con el objetivo de cerrar la primera fase. En este punto se reúnen y expresan tantas razones para el cambio como sea posible, reconociendo siempre la ambivalencia. El objetivo de esta intervención es evaluar cuál es el próximo paso.

Preguntas clave

Las preguntas clave son preguntas abiertas que ayudan al paciente a pensar y hablar sobre el cambio. El objetivo central de las preguntas es evaluar el próximo paso.

Información y consejo

Sí el paciente solicita información y consejo, se le ofrece el mejor consejo, se valoran las sugerencias y se ofrecen varias opciones o alternativas.

Negociar el plan de acción

El plan de acción es un proceso de activa participación del paciente, donde se establecen las metas, se consideran y evalúan las opciones de cambio y se elabora un plan de acción.

Finalización

Esta estrategia conlleva obtener la aprobación y el acuerdo del plan de acción por parte del paciente.

El compromiso sólido por sí solo no garantiza el cambio. Desafortunadamente, el entusiasmo no compensa el vacío… El compromiso sin las destrezas de manejo y actividades adecuadas, puede crear un plan de acción insustancial… La anticipación de los problemas y peligros latentes parece ser una destreza firme para resolver problemas (DiClemente, 1991).

La verdadera prueba del cambio par el comportamiento adictivo es un cambio a largo plazo sostenido durante varios años, en esta etapa [mantenimiento], el comportamiento nuevo se establece con mayor firmeza, y la amenaza de un regreso a los viejos patrones se vuelve menos frecuente y menos intenso. Ayudar a los clientes a aumentar su sentido de auto eficacia, es una tarea importante en estas etapas. Los individuos en las etapas de acción y mantenimiento podrían necesitar destrezas además de las estrategias motivacionales. (DiClemente, 1991).

El mantenimiento no es una ausencia de cambio, sino la continuidad del cambio (Prochaska y DiClemente, 1984)

Evidencia científica y estudios sobre la entrevista motivacional.

Los estudios clínicos controlados sobre la eficacia de la entrevista motivacional han sido una constante desde su inicio y es una de las características de este abordaje terapéutico que lo diferencian de otras técnicas psicológicas y propuestas de tratamiento en drogodependencias. (Bien et al., 1993; Noonan y Moyers, 1997).

La evidencia de la eficacia de las Entrevistas Motivacionales hasta el momento es concluyente. Incluso las intervenciones breves pueden influir en la motivación del paciente para impulsar un cambio significativo. Diversos estudios, con un seguimiento de un año de duración, han indicado que los consejos breves sobre el alcohol reducen su consumo entre un 25-30%. (Anderson P, 1993; Babor T, Grant M, 1992). Prochaska y DicClemente compararon intervenciones basadas en las fases del cambio con los programas estándar de tratamiento que se utilizan normalmente en fumadores, y los resultados sugieren que el proceso de cambio se puede acelerar si se combinan las intervenciones con las fases del cambio y la utilización de las estrategias motivacionales (Prochaska, DiClemente et al. (1993); Ashworth P, 1997).

La búsqueda llevada a cabo por Strecher et al. (1994) sobre tabaco y la de Campbell et al. (1994) sobre nutrición, también sugieren que la intervenciones que se basan en las fases del cambio y las estrategias motivacionales son más efectivas que las terapias estándar. Más recientemente Murphy y colaboradores en el año 2001, y Borsari y Carey en el 2000 demostraron una disminución en el consumo de

alcohol en estudios controlados con bebedores de riesgo. (Murphy et al., 2001; Borsari y Carey, 2000). Selleman y colaboradores conjuntamente con otros estudios han demostrado su eficacia con pacientes dependientes al alcohol ambulatoriamente o ingresados. (Sellman et al., 2001; Dench et Bennett, 2000; Heather et al., 1996). Así mismo, el estudio Magdalena realizado con mujeres prostitutas consumidoras de drogas ilegales ha demostrado la eficacia del abordaje motivacional, incluso en condiciones extremas mejorando no solo la cantidad de droga consumida sino también múltiples parámetros de salud y sociolaborales. (Yahanes et al.; 2002)

Los resultados de los estudios apoyan la eficacia de las intervenciones basadas en la entrevista motivacional, aunque quedan por aclarar cuales son los mecanismos de cambio subyacentes y de qué forma los podemos ir incorporando en los servicios de cuidado de salud de varias poblaciones

Conclusiones y líneas de futuro

Las técnicas motivacionales han ampliado su enfoque inicial como tratamiento de las drogodependencias y se están mostrando útiles para muchos otros supuestos terapéuticos en los que el cambio es necesario para superar una ambivalencia. Se han realizado estudios con distintas aplicaciones, incluida la diabetes, la resistencia al dolor (Jensen), rehabilitación de enfermedades coronarias, aceptación del diagnóstico de HIV (Baker y Dixon, 1991), adaptaciones para los jóvenes con problemas (Tober, 1991) , para criminales (Garland y Douhger, 1991), parejas (Zweben, 1991), miembros de familias afectadas por problemáticas adictivas en uno de sus miembros y drogadictos intravenosos entre otros (Saunderes, Wilkinson y Allsop, 1991; Van Bilsen, 1991).

El uso de estos métodos prometedores en el futuro, dependerá de la creatividad de los clínicos e investigadores al adoptarlos y evaluarlos para hacerlos efectivos para los pacientes.

Por tanto tenemos un doble reto pendiente en este ámbito. Por una parte de seguir investigando de forma activa la utilidad y la eficacia de las Entrevistas Motivacionales en los diferentes ámbitos de aplicación y por otro lado, profundizar en aquellas necesidades más prácticas relacionadas con los usos clínicos.

Si nos planteamos continuar realizando un análisis riguroso de la utilidad y eficacia de las Entrevistas Motivacionales, en un futuro próximo deberíamos ser capaces de dar respuesta y profundizar en las siguientes cuestiones:

- ¿Cuáles son los ingredientes activos de las intervenciones motivacionales?

- ¿Pueden las intervenciones motivacionales estandarizarse?

¿Qué clases de pacientes se beneficiarían más, y cuáles menos, de las intervenciones motivacionales?

- ¿Cuán efectivas y costo-efectivas son las intervenciones motivacionales comparadas con otros tratamientos establecidos y más abarcadores?

- ¿Cómo influyen la cultura y el contexto la efectividad de las intervenciones motivacionales?

- ¿Qué clases de adiestramiento y de apoyo se necesitan para enseñar las intervenciones motivacionales?

Referencias

Anderson P. Effectiveness of general practice interventions for patients with harmful alcohol consumption. British Journal of General Practice 1993; September: 386-389.

Ashworth P. Breakthrough or bandwagon. Are interventions tailored to stage of change more effective than non-stage interventions? Health Educational Journal 1997; 56: 166-174.

Babor T, Grant M., eds. Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on Phase II: A randomized Clinical Triad of brief interventions in primary health care. Geneva: World Health Organization; 1992.

Balcells M, Gual A. Farmacoterapia de la deshabituación alcohólica. Nuevos fármacos, nuevos conceptos. Adicciones 2002; vol.14 supl.1 439-448.

Baker, A: Dixon, J. Motivational Interviewing for HIV risk reduction. In. Miller W.R., Rollnick S, Motivational interviewing: Preparing people to change addictive with alcohol outpatients. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 21, 347-356.

Becoña, E. (1998ª). Alcoholismo. En M.A. Vallejo (Ed.), Manual de terapia de conducta (vol.II, pp 75-141). Madrid: Dykinson.

Bien et al., 1993. Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 21:347-356

Borsari & Carey, 2000. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 68:728-733

Campbell MK, DeVellis BM, Strecher VJ, Ammerman AS, DeVellis RF, Sandler RS. Improving dietary behavior: the effectiveness of tailored messages in primary care settings. American Journal of Public Health 1994; 84: 783-787.

Dench & Bennett, 2000. Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 28:121-130

Garland, R.J; Dougher, M.J (1991). Motivational intervention in the treatment of sex offenders. In. Miller W.R., Rollnick S, Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior (pp.303-313) New York: Guildford Press.

Gordon, T. Parent Effectiveness Training: The No-Lose Program for Raising Responsible Children. Nueva York: Wyden, 1970.

Heather et al., 1996. Drug & Alcohol Review, 15:29-38

Instituto de Medicina. *Treating Drug Problems (Tratando Problemas con Drogas).* Washington, DC: National Academy Press, 1990b.

Landry, M.J. *Overview of Addiction Treatment Effectiveness.* "DHHS" Pub. No. (ADM) 96-3081. Rockville, MD: Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Oficina de Estudios Aplicados, 1996.

Miller, W.R., y Rollnick, S. Motivational Interviewing: Preparing People To Change Addictive Behaviors Nueva York: Guilford Press, 1991.

Miller, W.R.; Brown, J.M.; Simpson, T.L.; Handmaker, N.S.; Bien, T.H.; Luckie, L.F.; Montgomery, H.A.; Hester, R.K.; y Tonigan, J.S. What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En: Hester, R.K., y Miller, W.R., eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives),* 2da ed. Boston: Allyn & Bacon, 1995a. págs. 12-44.

Miller, W.R., and Tonigan, J.S. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) *Psychology of Addictive Behaviors* 10(2):81-89, 1996.

Murphy et al., 2001. Psychology of Addictive Behaviors, 15:373-379

Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. Stages of change in the modification of problem behaviors. En: Hersen, M.; Eisler, R.M.; y Miller, P.M., eds. *Progress in Behavior Modification* Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company, 1992. págs. 184-214.

Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. The Transtheorical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy. Homewood, IL: Dow-Jones-Irwin, 1984.

Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. Brain Res Brain Res Rev 1993 Sep-Dec;18(3):247-91

Saunders, B; Wilkinson, C; Allsop (1991). Motivational intervention with heroin users attending a methadone clinic. In. Miller W.R., Rollnick S, Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior (pp.279-292) New York: Guildford Press.

Sellman et al., 2001. Journal of Studies on Alcohol, 62:389-396

Tober, G (1991). Motivational interviewing with young people. . In. Miller W.R., Rollnick S, Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior (pp.284-259) New York: Guildford Press.

Van Bilsen, H.P.J.G (1991): Motivational Interviewing: Perspectives from the Netherlands with particular emphasis on heroin- dependent clients. In. Miller W.R., Rollnick S, Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior (pp.214-224) New York: Guildford Press.

Zweben, A (1991). Motivational Interviewing with alcoholic couples. . In. Miller W.R., Rollnick S, Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior (pp.225-235) New York: Guildford Press.

RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE DROGAS Y LAS ACTITUDES ANTE LA ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES

J. Estíbaliz García Sánchez
José Luis Graña Gómez
Universidad Complutense de Madrid

Marina J. Muñoz-Rivas
Universidad Autónoma de Madrid

Introdución

Dos de las grandes preocupaciones de nuestra sociedad, en el campo de la salud, las constituye el aumento del consumo de drogas, y el incremento de los trastornos de la conducta alimentaria entre los adolescentes, lo que ha provocado numerosas investigaciones que han tratado de establecer la prevalencia de las mismas.

Durante la última década, las investigaciones sobre la comorbilidad entre los trastornos del comportamiento alimentario y otros trastornos psiquiátricos han ido en aumento, de cara a desarrollar modelos explicativos y planes de tratamiento adaptados al complejo y multifactorial fenómeno de estos trastornos. Uno de los ámbitos más profundamente estudiados ha sido precisamente la relación entre abuso de sustancias y bulimia nerviosa/anorexia nerviosa. La mayoría de los datos en esta área proceden de estudios con mujeres que reciben tratamiento por trastornos de la conducta alimentaria (Braun, Sunday y Halmi, 1994; Bushnell, Wells, McKenzie, Hornblow, Oakley-Browne y Joyce, 1994; Corbridge y Bell, 96; Lacey, 1993; Mitchell, Hatsukami, Eckert y Pyle, 1985; Newman y Gold, 1992; Stock, Goldberg, Corbett y Katzman, 2002) o por problemas de consumo y/o dependencia de drogas (Goebel, Scheibe, Grahling y Striegel-Moore, 1995; Grilo, Becker, Fehon, Walker, Edell y McGlashan, 1998; Grilo, Martino, Walker, Becker, Edell, y McGlashan, 1997; Higuchi, Suzuki, Yamada, Parrish y Kono, 1993; Hudson, Weiss, Pope, McElroy y Mirin, 1992; Peveler y Fairburn, 1990; Walfish, Stenmark, Sarco, Shealy y Krone, 1992; Wilson, 1992).

La investigación con muestras no clínicas, aunque mucho menos frecuente, ha aportado evidencias de la relación entre el uso de sustancias y los trastornos alimentarios (Bulik, 1987; Kendler, MacLean, Neale, Kessler, Heath y Eaves, 1991). Numerosos estudios han encontrado que la sintomatología subclínica de los trastornos alimentarios (por ejemplo, atracones, vómitos, restricción alimentaria, y actitudes disfuncionales sobre el peso y la imagen corporal) y el uso de sustancias covarían directamente, así, a medida que se incrementan las conductas alimentarias anormales, se incrementa el uso de sustancias (Killen, Taylor, Telch, Robinson, Maron y Saylor, 1987; Krahn, Kurth, Demitrack y Drewnowski, 1992); Striegel-Moore y Huydic, 1993; Timmerman, Wells y Chen, 1990).

Los resultados encontrados en estas investigaciones son heterogéneos, siendo difícil extraer conclusiones claras, dadas las diferentes características de las muestras de estudio. Aquellas investigaciones en las que se han estudiado poblaciones clínicas con diagnóstico de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, coinciden en señalar las diferencias significativas entre el consumo de sustancias en anoréxicas restrictivas y bulímicas o anoréxicas subtipo bulímico. Según las

investigaciones de Wiederman y Prior (1996) parece que el uso de diferentes sustancias, debe estar asociado con distintos componentes de una presentación del trastorno del comportamiento alimentario; así, encontraron correlaciones positivas significativas entre la severidad de la restricción de calorías y el uso de anfetaminas, la severidad de los atracones y el uso de tranquilizantes, y la severidad de los vómitos y el uso de alcohol, cocaína y tabaco.

Han sido diversas las explicaciones propuestas sobre la relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y el uso/abuso de sustancias como señalan Wolfe y Maisto (2000), desde la presencia de una personalidad adictiva (Holderness, Brooks-Gunn y Warren, 1994), una vulnerabilidad parcial para la adicción a sustancias endógenas y exógenas (Goldbloom, Ganfinkel y Shaw, 1991; Jonas y Gold, 1988), una historia familiar de uso de sustancias (Kassett y cols, 1989), una vulnerabilidad a estresores adolescentes (Krahn y cols, 1992), a las hipótesis basadas en la automedicación, la reducción de la tensión o la de privación alimentaria.

Uno de los modelos más utilizados de cara al diseño de programas de prevención en drogodependencias hace referencia a los factores de riesgo y de protección para el uso y abuso de sustancias (Jessor, 1991). Ya se han comenzado a investigar los factores predictores de los trastornos de la conducta alimentaria (y a trabajar sobre ellos en algunos programas preventivos), estableciéndose elementos comunes entre éstos, y aquellos para el consumo de drogas. Como punto de partida, el estudio que se presenta, pretende ofrecer una visión de la prevalencia y la relación entre el consumo de sustancias y la patología alimentaria en una muestra española de ambos sexos, que nos permita dilucidar las características de la población sobre la que posteriormente se diseñarán y aplicarán programas preventivos, tras investigaciones más detalladas sobre los factores de riesgo y de protección comunes en estas conductas disfuncionales.

Método

Muestra

Se trata de una muestra incidental constituida por 520 sujetos de ambos sexos (47,9% mujeres y 49,4 varones), con edades comprendidas entre los 11 y los 17 años, siendo la edad media de 13,81 años, pertenecientes a los cursos de primer y segundo ciclo de enseñanza secundaria, de dos centros de enseñanza públicos del Municipio madrileño de Majadahonda.

Instrumentos

El cuestionario que se administró a los sujetos fue elaborado por el equipo de investigación a partir de: un cuestionario diseñado y utilizado en un estudio previo para la evaluación del consumo de drogas (Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000), en el que se analiza la frecuencia de consumo de distintas sustancias en los últimos treinta días; y el cuestionario de actitudes ante la alimentación en su versión en castellano, validada por Castro, Toro, Salamero y Guimera (1991), del EAT-40 ("Eating Attitudes Test") diseñado por Garner y Garfinkel (1979) para evaluar las conductas y actitudes respecto a la comida, peso y ejercicio, propias de la anorexia nerviosa. Para el EAT, que consta de 40 ítems con 6 posibilidades de respuesta, se ha establecido como punto de corte la puntuación 20, recomendada por Castro y cols. (1991) para población española, al dotar al cuestionario de una sensibilidad del 91% y una especificidad del 69,2%, recomendada también por el Ministerio de Sanidad para población general (Gonzalo, 1995).

Procedimiento

El cuestionario se administró en el mes de Octubre de 2001, a una muestra de chicos y chicas escolarizados, durante la hora de tutorías de cada uno de los grupos. Se hizo énfasis en la realización del estudio por la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y en la confidencialidad de los datos, recalcándose la necesidad de la sinceridad en la respuesta.

Recogidos los cuestionarios de cada aula, se procedió a su revisión, y a la eliminación de aquellos que no habían sido correctamente cumplimentados. Posteriormente se codificaron en una base de datos creada para este fin, y se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS v.10.0.

Análisis de datos

El primer análisis se limita a la descripción de los datos en el interior de la muestra, y a la interpretación de los resultados en la población objetivo, mediante el estudio de los porcentajes de frecuencia de consumo para cada una de las sustancias, así como mediante la puntuación media del EAT y los porcentajes de prevalencia en éste.

De cara a analizar la relación entre el EAT (como variable continua) y la variable sexo, se utilizó la T de Student Fisher.

La prueba de Chi-cuadrado fue utilizada para analizar las posibles diferencias entre varones y mujeres en cada una de las variables del estudio, y para analizar las relaciones entre las mismas.

Resultados

Los datos correspondientes al estudio de los porcentajes en la frecuencia de consumo de drogas, tanto legales como ilegales, en los últimos 30 días, se muestran de forma detallada en la Tabla 1.

Como se puede observar, el tabaco, el alcohol y el cannabis, son las sustancias que presentan un consumo más generalizado entre los adolescentes de la muestra. Un 29,1% de los sujetos ha fumado en el último mes, teniendo un consumo diario el 13,7% de la muestra. El 24,3% y el 21,6% han consumido bebidas de alta graduación, combinados y licores respectivamente; el 21,1% de los adolescentes ha consumido vino en el último mes, y el 16,7% cerveza, siendo estas bebidas alcohólicas las que alcanzan un mayor consumo diario entre los sujetos de la muestra. La cannabis, como se muestra en la Tabla 1, alcanza una tasa de consumo frecuente del 19,3% en la muestra total, siendo un alto porcentaje de sujetos (3,2%) los que la consumen diariamente. La prueba de Chi-cuadrado no muestra diferencias significativas en el consumo de estas sustancias entre varones y mujeres.

Tabla 1- Porcentajes en la frecuencia de consumo en los 30 últimos días para las diferentes sustancias.

SUSTANCIA	N	NADA	MENOS DE 1 VEZ POR SEMANA	1 VEZ POR SEMANA	2-6 VECES POR SEMANA	1 VEZ DIARIA	2 O MÁS VECES DIARIA
TABACO	495	70,9	8,3	3,8	3,2	2,8	10,9
CERVEZA	496	84,3	9,1	3,8	1,6	0,6	0,6
VINO	498	79,9	11,6	4,8	3,2	0,2	0,2
LICORES	496	79,4	11,5	5,2	3,8	0,0	0,0
COMBINADOS	497	75,7	12,1	7,8	4,2	0,0	0,2
CANNABIS	503	81,7	7,6	2,8	3,8	1,4	2,8
ANFETAMINAS	503	95,2	3,2	0,8	0,6	0,2	0,0
COCAÍNA	501	96,6	3,2	0,2	0,0	0,0	0,0
ALUCINÓGENOS	500	95,4	3,8	0,6	0,2	0,0	0,0
HEROÍNA	502	98,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0
DROGAS DE SÍNTESIS	502	96,4	3,0	0,4	0,2	0,0	0,0
INHALANTES	502	97,0	2,8	0,2	0,0	0,0	0,0

Atendiendo al consumo de anfetaminas, la prevalencia de consumo mensual se establece en el 4,8%, existiendo diferencias significativas en su consumo entre varones y mujeres, como señala la prueba de Chi-cuadrado (P^2=10,095, p£ ,05), siendo mayor su consumo en las mujeres.

Respecto al consumo de otras drogas, menos frecuentes, al consumo de alucinógenos con una frecuencia de consumo frecuente del 4,6%, le siguen el consumo de drogas de síntesis (3,6%), de cocaína (3,4%), de inhalantes (3%) y, finalmente, de heroína (2%), lo que no deja de ser alarmante, dada la baja edad media de la muestra de estudio. En este caso, la prueba Chi-cuadrado tampoco mostró diferencias significativas en el consumo de estas sustancias entre varones y mujeres, por lo que no se muestran las frecuencias de consumo separadas por sexos.

Considerando las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de actitudes ante la alimentación, la media de las mismas es de 16,24, no existiendo diferencia de medias para varones y mujeres, como indica la prueba T de Student Fisher. Estudiando la prevalencia de casos en la muestra de estudio según el punto de corte señalado, encontramos que el 23,3% de los sujetos superan la puntuación de 20 en el EAT.

Con el objetivo de llegar a determinar la relación entre el consumo de drogas y las actitudes disfuncionales ante la alimentación (indicadores de patología alimentaria), se utilizó Chi-cuadrado, presentándose los resultados obtenidos, para el total de la población y por sexos, en la Tabla 2.

Como puede observarse, existe una relación significativa entre la frecuencia de consumo de tabaco y las actitudes ante la alimentación, que señala que aquellos sujetos que superan la puntuación de corte en el EAT, muestran una frecuencia de consumo mayor que aquellos sujetos con puntuaciones por debajo del punto de corte en el EAT. Cuando segmentamos la muestra por sexos, esta relación sólo se mantiene en el caso de los varones, en la misma dirección indicada.

En cuanto a la cerveza, también se halla relación entre la frecuencia de consumo y las actitudes ante la alimentación, de modo que, los sujetos señalados como casos según las puntuaciones en el EAT, muestran una mayor frecuencia de consumo de cerveza que los sujetos normales. Frente al caso del tabaco, en esta sustancia es en las mujeres donde se da una relación significativa con la patología alimentaria, siendo mayor el consumo en aquellas mujeres cuya puntuación en el EAT está por encima del punto de corte.

Para el caso del vino, la relación entre la frecuencia de consumo y las puntuaciones en el EAT no es significativa en la muestra general, pero sí es estadísticamente significativa en los chicos, en los que, a puntuaciones por encima del punto de corte en el EAT, aparecen consumos más frecuentes de vino.

No se halla relación estadísticamente significativa entre la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas de mayor graduación (licores y combinados) y las actitudes ante la alimentación.

Centrando el análisis en la relación entre la frecuencia de consumo de sustancias de comercio ilegal y las actitudes ante la alimentación, medidas a través del EAT-40, ésta sólo se muestra significativa en el caso de las anfetaminas y las drogas de síntesis. Para las anfetaminas, la relación es significativa para el total de la muestra, observándose la misma tendencia que en el tabaco y la cerveza, siendo el consumo de anfetaminas más frecuente en los sujetos catalogados como casos según el EAT, frente a los no casos. Al segmentar la muestra por sexos, esta relación sólo es significativa para las mujeres, en la misma dirección que la población total. Como ocurría en el caso de la frecuencia de consumo de vino, el consumo de drogas de síntesis muestra relación con la patología alimentaria en varones, siendo mayor su consumo entre los sujetos con puntuaciones por encima del punto de corte.

Tabla 2- Relación entre la frecuencia de consumo de drogas y las actitudes ante la alimentación, para la muestra global y por sexos.

VARIABLES	N	CHI-CUADRADO	G.L.	SIG. ASINTÓTICA
EAT-TABACO	356	15,330	5	,009
Mujeres	186	7,358	5	,195
Varones	160	12,130	5	,033
EAT-CERVEZA	355	14,789	5	,011

Mujeres	184	9,469	4	,050
Varones	161	9,558	5	,089
EAT-VINO	356	8,216	5	,145
Mujeres	185	3,275	5	,658
Varones	161	7,852	3	,049
EAT-LICORES	355	7,066	3	,070
Mujeres	184	3,865	3	,276
Varones	161	2,995	3	,392
EAT-COMBINADOS	356	2,887	3	,409
Mujeres	185	2,215	3	,529
Varones	161	1,695	3	,638
EAT-CANNABIS	357	4,381	5	,496
Mujeres	186	4,089	5	,537
Varones	161	4,256	5	,513
EAT-ANFETAMINAS	357	13,217	4	,010
Mujeres	186	9,749	3	,021
Varones	161	,018	1	,892
EAT-COCAÍNA	357	,834	2	,659
Mujeres	186	,004	1	,949
Varones	161	1,291	2	,524
EAT-ALUCINÓGENOS	357	3,979	3	,264
Mujeres	186	3,970	3	,265
Varones	161	,036	1	,850
EAT-HEROÍNA	358	,003	1	,959
Mujeres	186	,542	1	,462
Varones	162	3,146	1	,076
EAT-DROGAS DE SÍNTESIS	358	6,561	3	,087

Mujeres	186	1,861	2	,394
Varones	162	6,340	2	,042
EAT-INHALANTES	358	2,153	2	,341
Mujeres	186	1,086	2	,581
Varones	162	,949	1	,330

Para el resto de las sustancias analizadas, cannabis, cocaína, alucinógenos, heroína e inhalantes, no se muestran relaciones significativas entre su frecuencia de consumo y las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el EAT.

Discusión

A la hora de interpretar los resultados obtenidos, es fundamental que se tenga en cuenta la edad media de la muestra con la que trabajamos. El estudio previo sobre la población objeto de análisis (Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000) fue realizado con sujetos entre los 14 y los 21 años, por lo que no tiene sentido que sean comparadas las prevalencias de consumo. A pesar de esto, resultan alarmantes las prevalencias de las sustancias analizadas, superiores en la muestra actual en el consumo de anfetaminas, alucinógenos, drogas sintéticas y heroína, y con tasas bastante similares en cocaína e inhalantes.

El tabaco, el alcohol y el cannabis continúan siendo las sustancias consumidas con más frecuencia entre los adolescentes del municipio, del mismo modo que ocurre en el resto de la población española, según la última Encuesta Sobre Drogas a Población Escolar del 2000 (Plan Nacional sobre Drogas, 2002). El consumo de otras drogas de abuso alcanza prevalencias de consumo frecuente muy altas, que superan los consumos nacionales (como ocurría al compararlas con la muestra utilizada en el estudio previo de Muñoz, Graña y Cruzado, 2000) para la cocaína, los alucinógenos y los inhalantes, a pesar de la menor edad de la población analizada.

Si estos datos resultan alarmantes, igual o más preocupantes se presentan los datos referentes a las actitudes ante la alimentación obtenidos en el presente estudio, en el que casi uno de cada cuatro sujetos supera la puntuación de corte establecida para población española en el EAT, que, como indican los propios autores (Garner y Garfinkel (1979) evalúa un amplio rango de conductas objetivo y actitudes relacionadas con la comida, el peso y el ejercicio, encontradas en anorexia nerviosa, aunque no es válido como instrumento de diagnóstico. Dichos síntomas, además, no son sólo peculiares de la anorexia nerviosa, sino que se pueden encontrar en otros trastornos de la conducta alimentaria. Un dato relevante relacionado con la alta prevalencia encontrada, es la diferencia entre las puntuaciones medias en el cuestionario de nuestra muestra de estudio (16,24) y el grupo comparación del estudio que se utilizó para la validación del instrumento en población española (18,1). Esto puede estar relacionado con la edad de los sujetos, mientras en nuestra muestra la edad media fue 13,81 años, la edad media del grupo de comparación fue 16,8 años (a mayor edad, mayor será la probabilidad de padecer un trastorno de la conducta alimentaria), aunque será necesario explorar más a fondo de cara a establecer relaciones entre estos hechos.

Resultan llamativos también los datos que indican la no existencia de diferencias significativas entre chicos y chicas en las actitudes ante la alimentación, frente a los estudios que comúnmente señalan grandes diferencias en la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria entre varones y mujeres. De cara a moverse en un mayor rigor científico a la hora de valorar la prevalencia de la patología de la conducta alimentaria, sería aconsejable la utilización de otros instrumentos de evaluación y diagnóstico de los trastornos del comportamiento alimentario.

Los resultados obtenidos confirman la relación entre el consumo de sustancias y las actitudes ante la alimentación; así, en aquellas personas con puntuaciones en el EAT –40 por encima del punto de corte, la frecuencia de consumo de tabaco, alcohol (de baja gradación, cerveza y vino), anfetaminas y drogas de síntesis, es mayor. No se encuentra relación entre la patología del comportamiento alimentario y otras drogas de abuso como cannabis, cocaína, alucinógenos, heroína e inhalantes, o con el consumo de bebidas de alta gradación (licores y combinados).

Como se comentaba en la introducción, el cuerpo de investigación existente sobre la relación entre el consumo de drogas y los trastornos del comportamiento alimentario, no arroja resultados claros acerca de la relación entre las variables que nosotros hemos estudiado, la frecuencia de consumo de diferentes sustancias (tabaco, alcohol, cannabis, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, heroína, drogas de síntesis e inhalantes) en el último mes y las actitudes ante la alimentación medidas a través de la versión en castellano del EAT-40 de Garner y Garfinkel (1979). Por ello, establecer comparaciones entre los datos de dichos estudios y los de la investigación presentada, resulta de dudosa utilidad a la hora de extraer conclusiones.

A la luz de los resultados obtenidos, y la constatación de la existencia de relación entre las variables estudiadas, se han de proponer investigaciones más amplias donde se puedan establecer diagnósticos más precisos, separando los distintos trastornos de la alimentación, junto a un estudio riguroso sobre los factores de riesgo y de protección tanto en el consumo de sustancias como en los trastornos de la conducta alimentaria, que de pie al diseño y puesta en marcha de programas de prevención amplios que incluyesen aquellos factores comunes para ambos, junto a los específicos de cada conducta disfuncional, lo que resultaría en un abordaje amplio de estos trastornos.

Referencias

Braun, D.L., Sunday, S.R. y Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. Psychological Medicine, 24, 857-867.

Bulik, C.M. (1987). Drug and alcohol abuse by bulimic women and their families. American Journal of Psychiatry, 144, 1604-1606.

Bushnell, J.A., Wells, J.E., McKenzie, J.M., Hornblow, A.R., Oakley-Browne M.A. y Joyce, P.R. (1994). Bulimia comorbidity in the general population and in the clinic. Psychological Medicine, 24, 605-611.

Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimera, E. (1991). The eating attitudes test: Validation of the Spanish version. Psychological Assessment,7, 175-190.

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.

Goebel, A.E., Scheibe, K.E., Grahling, S.C. y Striegel-Moore, R.H. (1995). Disordered eating in female alcohol dependent inpatients: prevalence and associated psychopathology. Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention, 3, 37-46.

Goldbloom, D.S., Ganfinkel, P.E. y Shaw, B.F. (1991). Biochemical aspects of bulimia nervosa. Jorunal of Psychosomatic Research, 35,-22.

Gonzalo, D. (1995). Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Instituto Nacional de la Salud.

Corbridge, C. y Bell, L. (1996). An audit of people with aetong disorders treated by adult mental health services. European Eating Disorders Review, 4, 241-248.

Grilo, C.M., Becker, D.F., Fehon, D.C., Walker,M.L., Edell, W.S. y McGlashan, T.H. (1998). Psychiatric morbidity differences in male and female adolescent inpatients with alcohol use disorders. Journal of Youth and Adolescence, 27, 29-41.

Grilo, C.M., Martino, S., Walker,M.L., Becker, D.F., Edell, W.S. y McGlashan, T.H. (1997). Psychiatric comorbidity differences in male and female adult psychiatric inpatients with substance use disorders. Comprehensive Psychiatry, 38, 155-159.

Higuchi, S., Suzuki, K., Yamada, K., Parrish K. y Kono, H. (1993). Alcoholics with eating disorders: Prevalence and clinical course (a study from Japan). British Journal of Psychiatry, 162, 403-406.

Holderness, C.C., Brooks-Gunn, J. y Warren, M.P. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse: Review of the literature. International Journal of Eating Disorders, 16, 1-34.

Hudson, J.I., Weiss, R.D., Pope, H.G., McElroy, S.K. y Mirin, S.M. (1992). Eating disorders in hospitalised substance abusers. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 18, 75-85.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. Journal of Adolescent Health, 12, 597-605.

Jonas, J.M. y Gold, M.S. (1988). Naltrexone treatment of bulimia: Clinical and theoretical findings linking eating disorders and substance abuse. Advances in Alcoholism and Substance Abuse, 7, 29-37.

Kassett, J.A., Gershon, E.S., Maxwell, M.E., Guroff, J.J., Kazuba, M.D., Smith, A.L., Brandt, H.A. y Jimerson, D.C. (1989). Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. American Journal os Psychicatry, 146, 1468-1471.

Kendler, K.S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A. y Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, 148, 1627-1637.

Killen, J.D., Taylor, C.B., Telch, M.J., Robinson, T.N., Maron, D.J. y Saylor, K.E. (1987). Depressive symptoms and substance use amomg adolescent binge eaters and purgers: A defined population study. American Journal of Public Health, 77, 1539-1541.

Krahn, D., Kurth, C., Demitrack, M. y Drewnowski, A. (1992). The relationship of dieting severity and bulimic behaviors to alcohol and other drug use in young women. Journal of Substance Abuse, 4, 341-353.

Lacey, J.H. (1993). Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa: a catchment area study. British Journal of Psychiatry, 163, 190-194.

Mitchell, J.E., Hatsukami, D., Eckert, E.D. y Pyle, R.L. (1985). Characteristics of 275 patients with bulimia. American Journal of Psychiatry, 142, 482-485.

Muñoz-Rivas, M.J., Graña, J.L. y Cruzado, J.A. (2000). Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.

Newman, M.M. y Gold, M.S. (1992). Preliminary findings of patterns of substance abuse in eating disorder patients. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 18, 207-211.

Peveler, R. y Fairburn, C. (1990). Eating disorders in women who abuse alcohol. British Journal of Addiction, 85, 1633-1638.

Plan Nacional sobre drogas (2002). Encuesta sobre drogas a población escolar 2000. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.

Stock, S.L., Goldberg, E., Corbett, S. y Katzman, D.K. (2002). Substance use in female adolescents with eating disorders. Journal of Adolescent Health, 31, 176-182.

Striegel-Moore, R.H. y Huydic, E.S. (1993). Problem drinking and symptoms of disordered eating in female high school students. International Journal of eating Disorders, 14, 417-425.

Timmerman, M.G., Wells, L.A. y Chen, S. (1990). Bulimia nervosa and associated alcohol abuse among secondary school students. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 118-122.

Walfish, S., Stenmark, D.E., Sarco, D., Shealy, J.S. y Krone, A.M. (1992). Incidence of bulimia in substance misusing women in residential treatment. The International Journal of the Addictions, 27, 425-433.

Wiederman, M.W. y Pryor, T. (1996). Substance use among women with eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 20, 163-168.

Wilson, J.R. (1992). Bulimia nervosa: Occurrence with psychoactive substance use disorders. Addictive Behaviours, 17, 603-607.

Wolfe, W.L. y Maisto, S.A. (2000). The relationship between eating disorders and substance use: moving beyond co-prevalence research. Clinical Psychology Review, 20, 617-631.

APORTES AL ENTENDIMIENTO DE LA ETIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN A LAS DROGAS: UN ACERCAMIENTO BIOPSICOSOCIAL

David Pérez-Jiménez
Irma Serrano-García
Universidad de Puerto Rico

La adicción a drogas es uno de los problemas sociales que más amenaza la salud pública y la estabilidad familiar. Durante las pasadas tres décadas, este problema ha ido en aumento hasta alcanzar proporciones epidémicas tanto en los Estados Unidos, como en América Latina y el Caribe. En los Estados Unidos se estimaron para el año 2001 aproximadamente 17 millones de personas que abusaban o eran dependientes del alcohol o de algún tipo de droga ilegal, lo cual representaba el 7% de la población mayor de 12 años (DHHS/SAMHSA, 2002).

En Puerto Rico, a pesar de que no existen estadísticas confiables sobre la prevalencia e incidencia del uso de drogas (Moscoso, Rodríguez, Parrilla, Rebollo, Colón, & Robles, 1993), se han realizado varios estudios epidemiológicos que nos permiten tener una idea sobre la magnitud de este problema. Un estudio realizado recientemente con una muestra representativa de la población entre 15 y 64 años estimó que 74,289 personas tienen una dependencia a las drogas, mientras que 30,467 abusan de las mismas (Mental Health and Anti Addiction Services Administration, 2002). Con respecto al uso del alcohol, el estudio reflejó que el 4.9% (123,133) de la población reúne los criterios establecidos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM-IV)* para tener una dependencia al alcohol, mientras que el 7.7% (191,148) los reúne para abuso. Otro estudio realizado recientemente con una muestra probabilística de jóvenes, reflejó que la prevalencia al abuso o dependencia al alcohol era de 6.4%, mientras que a otras drogas era de 4.1% (Warner, Canino, & Colón, 2001). Estudios anteriores realizados con muestras probabilísticas encontraron una prevalencia de un 8.2% para el abuso de drogas ilegales (Canino, Anthony, Freeman, Shrout, & Rubio-Stipec, 1993) y de un 12.6% con respecto al abuso del alcohol (Canino, Bird, Shrout, Rubio, Geil, & Bravo, 1987).

A pesar de la magnitud del problema, la etiología de la adicción a las drogas es hoy en día un dilema sin resolver. La importancia de comprender adecuadamente cómo se constituye este fenómeno es vital para diseñar mejores estrategias de tratamiento y prevención. A través del tiempo, el estudio de la etiología de la adicción a drogas se ha enfocado principalmente desde tres dimensiones teóricas: la biológica, la psicológica y la social. Quienes proponen cada dimensión han tratado de explicar la etiología de la adicción a drogas sin considerar la influencia e interacción que existe entre éstas dimensiones. Esta situación nos obliga a buscar nuevos enfoques más abarcadores y holísticos a través de los cuales seamos capaces de comprender de una manera integrada un fenómeno muy complejo.

A continuación presentamos cada perspectiva a partir de las bases epistemológicas que la sostienen. Presentamos la definición de adicción a partir de cada perspectiva y cómo se explica su etiología. Hacemos una breve presentación de las investigaciones que las apoyan y de las ventajas y desventajas de cada una. Acto seguido proponemos el modelo biopsicosocial como una alternativa teórica y epistemológica integradora el cual nos permite subsanar las deficiencias planteadas por otros enfoques reduccionistas y fragmentados. Terminamos con una reflexión

sobre las implicaciones que este modelo tiene en la explicación de la etiología de la adicción a drogas.

Dimensión biológica

A partir de la dimensión biológica, la adicción a drogas se concibe como una enfermedad cerebral (Leshner, 1997; 2001; McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000; Miller & Giannini, 1990; Satel & Goodwin, 1998) causada ya sea por una vulnerabilidad o predisposición genética (Cloninger, 1999; Crabbe, 2002; Duaux, Krebs, Loo, & Poirier, 2000;; Lerman & Niaura, 2002; Nestler, 2000; 2001; Nestler & Landsman, 2001; Pickens & Svikis, 1988a) o por cambios a nivel de la neurobiología molecular (Gamberino & Gold, 1999; Koob, 2002; Nestler, 1992, 2001; Nestler, Fitzgerald, & Self, 1995; Roberts & Koob, 1997; Wilcox & Erickson, 2000).

Genética de la Adicción a Drogas

Durante las últimas dos décadas del pasado siglo se consolidó la evidencia que sugiere que los genes juegan un rol en la constitución de la adicción a drogas (George, 1997). Esta evidencia se desprende de estudios realizados con familias, con niños y niñas adoptadas, así como con personas gemelas (Crabbe, 2002; Duaux, Krebs, Loo, & Poirier, 2000; Miller & Gold, 1993; Pickens & Svikis, 1988b). Hay quienes indican que entre el 50 y el 70 % de la susceptibilidad hacia la adicción a drogas se debe a factores genéticos (Leshner, 2001), mientras otras personas sostienen que este riesgo oscila entre 40 y 60 % (Nestler, 2000; 2001b). La evidencia sobre la relación entre la genética y la adicción a drogas apunta a que aunque los genes por sí solos no causan la adicción, su presencia o ausencia aumenta el riesgo de que ésta se desarrolle (Crabbe, 2002; Duaux, Krebs, Loo, & Poirier, 2000).

Por otro lado, una de las grandes aportaciones que se ha hecho en estos estudios, particularmente en los que se han realizado con personas gemelas idénticas y con niños y niñas adoptadas, es confirmar que los genes por sí solos no determinan si una persona desarrollará la adicción, sino que también juegan un rol importante los factores ambientales. Aunque los investigadores e investigadoras no definen qué quieren decir factores ambientales, entendemos que se refieren a todas aquellas influencias que trascienden el ámbito de lo biológico. Este planteamiento es importante ya que implica reconocer que para tratar y prevenir la adicción a las drogas hay que trascender los enfoques biomédicos tradicionales y rechazar la idea de que la adicción a drogas es simplemente una enfermedad del cerebro. Implica reconocer que la adicción a drogas es un fenómeno multidimensional complejo con ramificaciones psicológicas, sociales y culturales.

Lerman y Niaura (2002) sugieren lo que ellos llaman un modelo bio-conductual para tratar la dependencia a la nicotina. Este modelo, además de reconocer el rol de los genes en la dependencia a la nicotina, reconoce que la conducta de fumar está mediada por factores psicológicos, así como socio-ambientales.

Neurobiología de la Adicción a Drogas

Durante la década de 1990 se llevaron a cabo grandes avances en el área de la neurobiología de la adicción a drogas. Desde esta especialidad, la adicción a drogas se concibe como un desorden cerebral provocado por el uso repetitivo a las drogas caracterizado por cambios en la química cerebral y en las estructuras de las células nerviosas (Leshner, 2001; Roberts, & Koob, 1997; Wilcox, & Erickson, 2000). Para entender mejor cómo se manifiesta este desorden hay dos conceptos

fundamentales que debemos aclarar, estos son: 1) neuroadaptación; y 2) circuitos neurales. La neuroadaptación "involucra cambios a nivel molecular y cerebral en neuronas particulares en el cerebro los cuales alteran el funcionamiento de los circuitos neurales en los cuales esas neuronas operan" (Nestler, 2001a, p. 201, traducción). Por otro lado, un circuito neural es "un grupo de neuronas conectadas las cuales pasan información relacionada con funciones específicas" (Roberts & Koob, 1997, p. 103, traducción). Hoy día existe clara evidencia que ilustra el efecto de las drogas adictivas sobre ciertos tipos de neurotransmisores y receptores cerebrales, afectando el funcionamiento del sistema nervioso central (Hyman, & Malenka, 2001; Miller & Gold, 1993; Nestler, 2001a). El uso repetitivo de este tipo de drogas provoca cambios moleculares en el cerebro los cuales promueven el uso continuo de dichas drogas, causando así una neuroadaptación.

En resumen, desde la perspectiva biológica la adicción a drogas es una enfermedad cerebral cuya causa puede deberse a una predisposición genética o a cambios neuronales provocados por el uso continuo y persistente de drogas adictivas (Nestler, 2001a). Este uso continuo produce un reordenamiento o neuroadaptación en el funcionamiento del cerebro, lo cual altera la respuesta conductual de la persona, constituyéndose así la adicción a drogas (Donovan, 1988; Marlatt, 1992; Miller & Gold, 1993; Robinson & Berridge, 1993).

Sin embargo, aunque reconocemos la existencia de una dimensión biológica en la constitución de la adicción a drogas, nos parecería simplista y peligrosamente reduccionista aceptar que la adicción a drogas es sólo un problema biológico o simplemente una enfermedad del cerebro. Si éste fuera el caso, entonces medicar a las personas que la sufren sería remedio suficiente, y sabemos que no lo es. Con el objetivo de ir delineando una explicación más abarcadora, veamos a continuación las aportaciones que se han realizado desde la dimensión psicológica para explicar la etiología de la adicción a drogas.

Dimensión psicológica

El análisis de la adicción a drogas desde la dimensión psicológica ha sido limitado y está fragmentado tanto en su aspecto teórico como terapéutico (Tolsma, Driol & Hiland, 1992; Wiggins, 1998). Desde la perspectiva teórica es notable la carencia de una teoría que sea capaz de dar cuenta de la etiología y constitución de la adicción a drogas desde un enfoque multidimensional. En su lugar, se han desarrollado explicaciones a partir de las perspectivas psicoanalíticas, conductual, y cognitiva, cada una de las cuales interpreta este fenómeno desde su particular perspectiva.

Perspectiva Psicoanalítica

Desde la perspectiva psicoanalítica se han realizado muy pocos estudios para explicar la etiología de la adicción a drogas (Wurmser, 1997). Brickman (1997) revisó la literatura psicoanalítica sobre la adicción a drogas y concluyó que la misma es rica en formulaciones psicodinámicas, pero pobre en estudios que comprueben sus resultados. Señaló que el error básico estriba en suponer que la adicción a drogas es un fenómeno secundario al cual le subyace una psicopatología. Para resolver este dilema planteó la necesidad de integrar al psicoanálisis los hallazgos más recientes en las áreas del biocomportamiento y la neurofisiología.

Por otro lado, hay quienes sostienen que la adicción a drogas es el resultado de la organización narcisista de la personalidad y un descontrol en el manejo de los impulsos instintuales libidinales (Cipriano, 1991; Khantzian, 1977; Khantzian & Schneider, 1986; Milby, 1981; Pierini, 1998; Wurmser, 1997). Otras personas

señalan que es el resultado de conflictos neuróticos y de deficiencias en la estructura de la personalidad (Sabshin, 1995).

Según Isaacson (1991), "la psicodinámica de la adicción se refiere a las reacciones inconscientes a los conflictos los cuales se describen en transferencias, resistencia, y en los mecanismos de defensa tales como la negación, proyección, separación (*splitting*), racionalización y minimización" (p. 43, traducción). Desde esta dimensión, "el desarrollo de la adicción se relaciona con el desarrollo psicológico temprano, y con el uso de las drogas como una manera de 'cuidarse de los efectos centrales del yo'... la droga le provee a la persona la auto-estima que no tiene" (Isaacson, 1991, p. 43, traducción).

Khantzian y Schneider (1986) sostienen que las primeras explicaciones psicoanalíticas recalcaban la influencia de los impulsos libidinales como fuente de los disturbios psicológicos y conductuales. Se sostenía que el deterioro en las estructuras del ego y del sentido del yo, predisponía a la persona a situaciones problemáticas como el consumo de drogas (Khantzian, 1977; Milby, 1981). Más recientemente Khantzian (1995) sostiene la teoría de que la adicción a drogas es el resultado de un deficiencia en el sistema de auto-regulación de la persona lo cual se refleja en una baja auto-estima, en un pobre auto-cuidado, y en una incapacidad para controlar las emociones y para establecer relaciones con las demás personas. Esta teoría tiene puntos de convergencia con la postura de Dodes (1995) quien sostiene que la persona que usa drogas padece de un estado de indefensión psíquica caracterizado por la pérdida de poder y control. Como consecuencia, las drogas tienen el efecto de hacer sentir que la persona recupera ese control y ese poder mediante su uso. Esta concepción de la adicción a drogas también es cónsona con quienes proponen el Síndrome de la Personalidad Adictiva *(Addictive Personality Syndrome),* el cual consiste de un marcado sentimiento de inferioridad y rechazo por parte de los padres y madres y por parte de otras personas significativas (Jacobs, 1997; Khantzian, 1977).

Más recientemente se han planteado otras variantes para explicar y tratar la adicción a drogas desde la perspectiva psicoanalítica. Un ejemplo es la teoría de la "auto-medicación", la cual sostiene que la adicción se constituye cuando la persona descubre que la droga que usa puede aliviarle el dolor y el sufrimiento que resulta de deficiencias identificadas en el ego (Murphy & Khantzian, 1995; Weiss & Mirin, 1997). Esta teoría ha sido criticada ya que no considera la biología de la adicción a drogas, particularmente cómo operan los mecanismos de recompensa y motivación con respecto al uso de drogas (Goldsmith, 1993). Vemos tanto en la crítica de Brickman (1997) como en la de Goldsmith (1993) una búsqueda de explicaciones más abarcadoras al fenómeno de la adicción.

Perspectiva Cognitiva-Conductual

Desde la perspectiva cognitiva-conductual la adicción a drogas se concibe como un patrón de conducta aprendida mediante condicionamientos que pueden ser de naturaleza psicológica, social o fisiológica (Nathan, 1983; Silverman & Bonate, 1997). También se percibe como una incapacidad para lidiar efectivamente con las demandas (estímulos) del medio ambiente, influenciado esto a su vez por las creencias que la persona tenga de las mismas (Cooper, Russell & George, 1988). El marco de referencia principal desde esta perspectiva es la teoría del aprendizaje social cuyo supuesto principal sostiene que todo comportamiento humano es aprendido como resultado de las interacciones de la persona con el medio-ambiente (Rotgers, 1996).

Desde esta perspectiva se han propuesto diversas teorías y modelos para explicar cómo surge el deseo o urgencia *(craving)* por usar drogas (Drummond, 2001). Una de las teorías que más se ha adoptado, particularmente como base para tratamientos, es la teoría del aprendizaje social-cognitivo *(cognitive social learning theory)* (Drummond, 2001; Marlatt & Gordon, 1985; Niaura, 2000). Esta teoría parte del reconocimiento de que los seres humanos vivimos en un mundo social y cognitivo y plantea que la manera en que pensamos afecta la manera en que nos comportamos y viceversa (Niaura, 2000). Aplicada a la adicción a las drogas, en esta teoría se plantea que el deseo o urgencia por usar drogas influye en el riesgo a la recaída y en otros procesos cognitivos como la racionalización y la negación. Esa urgencia está mediada por las expectativas que la persona tenga con relación a los efectos inmediatos de las drogas, los cuales usualmente se anticipan como efectos positivos (Niaura, 2000).

En resumen, hay variadas explicaciones para la etiología de la adicción que surgen de la dimensión psicológica. En unas se concibe la adicción a drogas como un problema de la personalidad y del carácter. La persona adicta se ve como un ser egocéntrico e individualista el cual obedece sólo al comando de sus propios impulsos (Butcher, 1988). En otras explicaciones, la adicción aparece como el producto de traumas psicológicos irresueltos en alguna de las primeras etapas del desarrollo (Corey, 1989; Fals-Stewart, 1992; Hirschman, 1992; Khantzian & Schneider, 1986; Milby, 1981; Winick, 1986). Hay quienes han llegado a sugerir que existe una predisposición psicológica a la adicción (Corey, 1989). Por último, hay enfoques desde los cuales la adicción se concibe como una conducta aprendida socialmente mediante la observación de las demás personas.

Explicar la adicción a las drogas sólo desde estas perspectivas es limitado ya que usualmente se subestiman los efectos y la interacción que las drogas tienen sobre el cerebro, y el rol del ambiente social. Como veremos a continuación, existe amplia evidencia que indica que el ambiente social es un factor muy influyente para explicar cómo se produce la adicción a drogas.

Dimensión social

Desde la dimensión social, podemos identificar dos perspectivas principales a partir de las cuales se ha pretendido explicar la adicción a drogas: 1) la perspectiva sociológica; y 2) la perspectiva socio-cultural. Desde la perspectiva sociológica se ha enfocado la identificación de los factores de riesgo que influyen en la etiología de la adicción, así como las razones socio-psicológicas que existen para el consumo de drogas. Desde esta perspectiva se identifican las dimensiones de riesgo que influyen en la respuesta que constituye la conducta adictiva y se analiza a partir del surgimiento de una "subcultura". Según Engel (1974) analizar la adicción a drogas como una subcultura "sugiere que el uso de drogas no es una actividad peculiar individual o un fenómeno idiosincrásico, sino una actividad grupal compartida" (p. 112, traducción). Winick (1974) ha propuesto que la incidencia del uso de drogas será mayor en aquellos grupos que reúnan las siguientes tres condiciones: 1) "acceso a sustancias que producen dependencia, 2) poco respeto hacia las prohibiciones por su uso, y 3) roles forzados y/o privación de roles" (p. 4, traducción). En recientes investigaciones se enfatiza el rol del contexto social (Johnson & Jennison, 1992; Oxford, 2001) y de los factores ambientales (Brook, Whiteman, Balka, & Hamburg, 1992) en la constitución de la adicción a drogas.

Por otro lado, a partir de la perspectiva socio-cultural, Milby (1981) sostiene que las dimensiones que inciden en la adicción son aquellas que tienen que ver con lo social y con lo económico. Sobresalen las consideraciones relacionadas con la disponibilidad de las drogas, las clases sociales, el desempleo, el estatus escolar, y

la estructura familiar, entre otros. En términos de la disponibilidad de las drogas, en algunos estudios se indica que a mayor disponibilidad, mayor consumo (Milby, 1981). Es decir, que el uso de drogas es mayor en aquellas sociedades donde ésta es más disponible. La importancia de esta aseveración estriba en que recalca la necesidad de apoyar intervenciones dirigidas a impactar la disponibilidad de las drogas. No debemos confundirla, sin embargo, con una explicación única ni excluyente de la adicción.

Milby (1981) señaló que, antes de la década de 1960, la clase social se consideraba un elemento precipitante de la adicción. Sin embargo, luego de la "epidemia" de uso de drogas de la década de 1960 esa idea se contempla con cuidado ya que en algunos estudios se señaló que la correlación entre clase social y adicción no era tan estrecha. El desempleo de igual modo, se consideró un elemento de riesgo. En cuanto a la relación entre el estatus escolar y la adicción a drogas, se ha encontrado una alta incidencia de uso de drogas en personas o grupos con niveles educativos bajos (Milby, 1981). Por último, las consideraciones económicas tienen que ver con el precio, abastecimiento, demanda y consumo de las drogas. Milby (1981) sostiene que cuando el costo de la droga es bajo, la disponibilidad es mayor. En los lugares de alto consumo, los precios tienden a bajar dada la competencia por el control del mercado.

Hasta este punto, hemos observado cómo cada dimensión explica la adicción a drogas. Es evidente que en cada una se consideran diferentes aspectos. Sin embargo, desde estos modos de explicación, en su carácter independiente, es imposible explicar la complejidad del fenómeno. Ante esta situación, es necesario buscar un modelo que nos ayude a explicar de una manera integradora las aportaciones principales que cada dimensión hace sobre cómo se constituye la adicción a drogas. El modelo que a continuación proponemos intenta responder a este reto.

Modelo biopsicosocial

El modelo biopsicosocial surge como alternativa a las limitaciones impuestas por el paradigma cartesiano en el cual se conciben el cuerpo y a la mente como entidades independientes en su funcionamiento y propiedades constitutivas (Bravo-Vick, 1989; Bravo, Serrano-García & Bernal, 1991; Serrano-García & Bravo Vick, 1998). De acuerdo con Serrano-García y Bravo Vick (1998), este modelo parte de "una visión abarcadora que incluye la dimensión individual, social y ecológica y da énfasis a la salud del individuo total como el objeto apropiado de la investigación y la práctica médica" (p. 10).

Este modelo se ha discutido ampliamente desde diversas disciplinas del quehacer científico a partir de la segunda mitad de la década del 1970. Esto ha sido así, tanto para promulgar su consideración (Bravo-Vick, 1989; Bravo, et al., 1991; Brody, 1990; Donovan, 1988; Levin, 1990; Marlatt, 1992; Medalie, 1990; Serrano-García & Bravo Vick, 1998; Vasile, Samson, Bemporad, Bloomingdale, Creasey, Fenton, et al. 1987), como para cuestionar su utilidad (Burkett, 1991). En sus inicios, el modelo se propuso como uno que permitía sobreponer las limitaciones impuestas por el modelo biomédico imperante en la medicina y en la psiquiatría (Engel, 1977).

El modelo biopsicosocial se ha aplicado al análisis de fenómenos biológicos como son la angina de pecho (Medalie, 1990), el síndrome de fatiga crónica (Johnson, 1998), las enfermedades gastrointestinales (Drossman, 1998), la diabetes (Peyrot, McMurry, & Kruger, 1999), y las enfermedades del corazón (Marusic, Gudjonsson, Eysenck, & Stara, 1999). También se ha aplicado a fenómenos de corte más psicológicos como son los desórdenes afectivos (Vasile, et. al., 1987), y el manejo

del estrés (Bravo-Vick, 1989; Bravo, et al., 1991). Por último, también se ha propuesto para entender problemas sociales como la violencia doméstica (McKenry, Julian, & Gavazzi, 1995), el racismo (Clark, Anderson, Clark, & Williams, 1999), y el suicidio en adolescentes (Overholser, Spirito, & Adams, 1999). Según Engel (1977), una de las bondades de este modelo es que provee las bases para entender los determinantes de la enfermedad y permite considerar el proceso de salud-enfermedad a partir de la interacción de los componentes biológicos, psicológicos y sociales. El modelo se nutre de las aportaciones de la teoría general de sistemas la cual sostiene que todos los niveles de una organización están relacionados entre sí en una relación jerárquica, de manera que el cambio en un nivel afecta el cambio en los otros.

Desde este modelo las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, se ven como cruciales (Vasile et.al., 1987). Según Medalie (1990), "el modelo biopsicosocial es un marco teórico para el entendimiento de la integración e interacción de las dimensiones biológicas, psicológicas, y sociales de la salud, enfermedad, y el cuidado de la salud" (p. 273, traducción). No sólo se trata de la explicación de la enfermedad, sino que el modelo puede aplicarse a cualquier fenómeno humano ya que las dimensiones biológicas, psicológicas, y sociales no interactúan únicamente para constituir la salud o la enfermedad, sino que las tres interactúan para producir el estado general de bienestar humano.

Implicación del modelo biopsicosocial en la etiología de la adicción a drogas

Desde la perspectiva biopsicosocial, la adicción a drogas ya no puede verse exclusivamente como una enfermedad del cerebro; ni como un desorden de la psiquis humana, de la personalidad o de la conducta; ni como un problema de desigualdad social y de pobreza. Esto es así ya que una de las condiciones más importantes que impone este modelo es el rechazo a las explicaciones fragmentadas y reduccionistas. En este sentido, toda definición que parta desde esta perspectiva tiene que considerar la adicción a drogas como un fenómeno multidimensional (Wallace, 1992). Reconocer que la adicción a drogas causa daños a nivel cerebral, no debe implicar que ésta sea una enfermedad del cerebro cuyo origen está en el cerebro mismo. Implica reconocer que toda condición de salud guarda una estrecha relación con las condiciones materiales de existencia y que por lo tanto el elemento social es igualmente importante. Por otro lado, reconocer que pueda haber traumas psicológicos irresueltos o debilidades en la personalidad y que esto predisponga al uso de drogas, no tiene porqué negar el efecto que éstas tendrán en el cerebro, ni tampoco que el desarrollo de la personalidad se da ajeno del ambiente social.

Una definición de adicción a drogas desde esta perspectiva nos permite reconocer que los seres humanos nacemos, nos desarrollamos e interactuamos continuamente dentro de un contexto social el cual nos moldea y, hasta cierto punto, nos define. En este sentido, ninguna condición humana puede entenderse al margen de ese contexto. Por ello, no es casualidad que un gran sector de las personas adictas a drogas provienen de áreas de extrema marginación social y pobreza, donde las oportunidades para desarrollar al máximo su potencial han sido truncadas casi desde el momento de nacimiento. No obstante, también sabemos que las drogas no discriminan por clase social. Es en este punto que conviene preguntarnos, ¿por qué hay personas pobres o marginadas socialmente que no son adictas a drogas? Aquí entra en juego otra dimensión de nuestro modelo, la dimensión psicológica.

Este plano nos permite reconocer y validar el rol y la importancia "lo psicológico". Esta capacidad puede ser determinante cuando una persona decide si usa drogas o

no. Mientras la constitución psicológica de unas personas se caracteriza por ser débil y vulnerable a las influencias del medio ambiente, para otras se caracteriza por ser fuerte e invulnerable al momento de tomar decisiones asertivas y afirmativas. En este sentido, el aparato psicológico desempeña un rol importante ya que en última instancia la decisión de usar drogas está mediada por las fortalezas y debilidades que la persona pueda tener en el plano psicológico.

Finalmente, en el nivel biológico nos permite reconocer que el uso continuo de drogas produce cambios y adaptaciones a nivel cerebral los cuales juegan un rol importante en la cronicidad del problema. De este modo, entendemos por qué es más difícil dejar de usar drogas cuando la persona ha entrado en una etapa de cronicidad o uso continuo.

A partir de lo antes expuesto vemos que la aplicabilidad del modelo biopsicosocial en la explicación de la etiología de la adicción a drogas es un reto. Este consiste en identificar y crear nuevas alternativas que nos permitan trabajar con los problemas complejos a los cuales nos enfrentamos. Aún existen muchas preguntas sin contestar y otras sin formular. Nos parece que futuras investigaciones deben proveer respuestas a preguntas tales como: ¿Cómo interactúan los factores biológicos, psicológicos y sociales para generar la etiología de la adicción a drogas? ¿Varía esta interacción dependiendo de las características del sujeto y de su ambiente? ¿Qué peso diferencial tiene cada factor y cómo se va afectando por condiciones individuales o ambientales? ¿Cuál de los factores requiere aún más desarrollo teórico? ¿Qué investigaciones es menester y prioridad desarrollar para contestar la pregunta de la etiología de la adicción a drogas?

En la medida en que los esfuerzos teórico-prácticos que se realicen para entender la adicción a drogas se sustenten en análisis reduccionistas y unidimensionales, estaremos destinados/as a análisis e intervenciones destinadas al fracaso. Si este trabajo aporta a la búsqueda de un modo de explicación e intervención multidimensional, el esfuerzo valió la pena.

APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A UN CASO DE INFECCIÓN POR EL VIH

María Paz Bermúdez
Inmaculada Teva
Universidad de Granada -España

Introducción

La infección por el VIH constituye un problema para la persona que la sufre dado que lleva asociada, en muchos casos, la estigmatización y el rechazo y pueden aparecer trastornos psicológicos de diferente índole. Igualmente, la interpretación

distorsionada que el paciente realice sobre su condición de seropositivo ocasiona malestar emocional intenso que requiere intervención psicológica. No siempre es necesaria dicha intervención, sin embargo, sí resulta útil llevar a cabo algunas sesiones de *counselling.* Es importante considerar que los trastornos psicológicos, en ocasiones, están presentes en la persona antes de que ésta se infecte por el VIH (American Psychiatric Association [APA], 2001), constituyendo un factor de riesgo que se debe tener en cuenta a escala preventiva. En cuanto a la prevalencia de los trastornos psicológicos, se debe indicar que las personas infectadas por el VIH son del 30% al 73% (Gallego Deike y Gordillo Álvarez-Valdés, 2001). Los trastornos que producen un mayor malestar son la fatiga, la depresión, el dolor, las náuseas y los vómitos, los trastornos del sueño, las disfunciones sexuales y las alteraciones de la imagen corporal (Web y Norton, 2004).

Con el objetivo de ejemplificar la problemática psicosocial que afecta a aquellos que padecen la infección por VIH/SIDA, se presenta en este capítulo el caso de un varón infectado al que se le realiza una intervención cognitivo-conductual. El proceso seguido, tanto para la evaluación como para la intervención, se relata detalladamente. Finalmente, se extraen unas conclusiones generales sobre la aplicación de la terapia cognitivo-conductual al área del VIH/SIDA.

Descripción del caso

J.P.S. es un varón de 28 años con estudios de nivel medio que trabaja en el sector de la hostelería, concretamente es camarero en un restaurante. J.P.S. de orientación homosexual convive con su pareja, un joven de 30 años fontanero de profesión, al que conoció durante unas vacaciones en un lugar costero. Desde hace año y medio viven en una ciudad no muy grande, alejada de la costa y, forman una pareja estable que comparte un piso y un coche cuyas cuotas abonan mensualmente. La relación entre ambos es muy buena, existe una gran complicidad y confianza. Pasan todo el tiempo que pueden juntos y comparten aficiones como ir al cine, montar en bicicleta y leer. Antes de iniciar la relación ambos contaban con un numeroso grupo de amigos de los que se fueron alejando al consolidarse la relación. Tanto J.P.S. como su compañero, desde muy jóvenes tuvieron problemas de aceptación social dada su orientación sexual. Sus respectivas familias no aprobaban ni su homosexualidad ni el tipo de convivencia que habían establecido, por tanto, ellos se distanciaron de sus familiares con los que mantenían una relación fría y distante.

Con respecto a sus relaciones sexuales, al comienzo de iniciar la relación sentimental utilizaban siempre preservativos cuando mantenían relaciones sexuales, a medida que la relación se iba afianzando y la confianza mutua aumentaba, dejaron de utilizarlos ya que confiaban plenamente uno en el otro.

Desde hace unos meses, la pareja de J.P.S. empezó a encontrarse mal de salud. Había comenzado a aparecer en su piel unas manchas por lo que decidió ir al dermatólogo. Este especialista le recomendó que se realizara las pruebas del VIH puesto que eran indicativas de un tipo de cáncer que suele aparecer en personas portadoras del VIH en estadio avanzado. La reacción de J.P.S. y de su pareja ante la recomendación facultativa fue de máxima alerta dado que aunque tenían pocos conocimientos sobre la infección, existía un miedo generalizado entre el colectivo de homosexuales al SIDA. No obstante, siempre habían pensado que aun siendo homosexuales, por el tipo de pareja que habían elegido se encontraban a salvo de esta infección. Por tanto, la pareja de J.P.S. se realizó la prueba del VIH pensando que el resultado sería negativo. Sin embargo, y para su sorpresa, los resultados indicaron que era portador del virus. Este hecho hizo que se pusiera en contacto con un especialista en enfermedades infecciosas el cual le indicó que se encontraba

en un estadio muy avanzado y que era necesaria su hospitalización. Bajo recomendaciones médicas, J.P.S. se sometió a las pruebas del VIH cuyos resultados fueron positivos. La pareja de J.P.S. murió a los cinco meses del diagnóstico. J.P.S. sufrió en soledad toda la enfermedad de su pareja.

Pasados seis meses de la muerte de su compañero, J.P.S. continuaba encontrándose muy triste y preocupado por su futuro. La incertidumbre y preocupación sobre cómo afrontaría los gastos económicos de su casa y su coche no le permitían conciliar el sueño, se encontraba de mal humor y muy nervioso. A su vez, los pensamientos acerca de la proximidad de su muerte le obsesionaban de tal manera que se sentía muy angustiado y tenía gran dificultad para concentrarse. J.P.S. pasaba gran parte del tiempo intentando encontrar una explicación de lo ocurrido, él que nunca había dudado de su pareja pensaba en ocasiones que tal vez su compañero lo había engañado puesto que, cabía la posibilidad de que conociera su condición de seropositivo cuando iniciaron su relación y se lo ocultó. J.P.S. inició el tratamiento con fármacos antirretrovirales, no obstante presentaba baja adherencia al mismo debido a que él pensaba que poco se podía hacer por su vida y que moriría pronto. El médico de J.P.S. le recomendó que visitara a un psicólogo para tratar sus problemas emocionales.

Evaluación cognitivo-conductual del caso

J.P.S. acude a la consulta del psicólogo para superar la tristeza que le impide hacer su vida normal.

El proceso de evaluación que se siguió con J.P.S. para recabar información pertinente sobre el caso fue el que se describe a continuación basado en las pautas indicadas por Paniagua (1998) (véase Cuadro 1).

Evaluación inicial:

Se realizó una primera entrevista con J.P.S. en la que se recogieron datos referentes a los aspectos que se detallan a continuación.

Información sociodemográfica

Edad: 28 años

Sexo: hombre

Estado civil: soltero

Profesión: camarero

Lugar de residencia: Jaén (España)

Con quién vive: solo

Nivel de estudios: medios

Motivo principal por el que acude a consulta

J.P.S. acude a consulta aquejado de una gran tristeza por la pérdida inesperada de su compañero sentimental. Informa de una gran preocupación por la inminencia de su muerte a causa de su infección por el VIH.

En función de lo manifestado por J.P.S. el psicólogo decide incidir mediante entrevista y aplicación de auto informes sobre los aspectos que se describen a continuación.

Información general sobre la percepción de la infección.

En primer lugar, es importante conocer los siguientes datos: a) Tiempo transcurrido desde que el paciente se infectó por el VIH; b) tiempo que hace desde que conoció su condición de seropositivo; y, por último, c) saber si en el momento actual, se encuentra bajo tratamiento médico para la infección.

Disponer de esta información aporta una visión general sobre cómo percibe el paciente su infección dado que, por ejemplo, en función del tiempo transcurrido desde que se infectó, la vida para la persona seropositiva adquiere un significado diferente. Igualmente, estar bajo tratamiento médico trae consigo un aumento en la esperanza de vida dado que los fármacos antirretrovirales suponen un freno para el avance de la infección.

J.P.S. sospecha que se infectó del VIH a raíz de mantener relaciones sexuales sin usar preservativos con su última pareja que murió a consecuencia del SIDA. Por tanto, según afirma podría llevar infectado, aproximadamente, veinte meses. J.P.S. se realizó las pruebas del VIH al mes siguiente de que su compañero fuera informado de su condición clínica de SIDA, por tanto desde hace ocho meses sabe que es seropositivo.

Cambios sociales consecuentes

Es importante evaluar este aspecto debido a que en función de los cambios sociales que se hayan producido de otras personas hacia él como consecuencia del conocimiento de su condición de seropositivo, el afrontamiento y la percepción de la infección será diferente.

J.P.S. manifiestó no haber experimentado cambios sociales importantes con respecto a su grupo de amigos ya que en los últimos tiempos se habían distanciado mucho y, no conocen su estado. Sin embargo, su madre se ha acercado mucho a él, de tal manera que se ha ido a pasar una temporada con él y le ha brindado todo su apoyo y cariño. De hecho, ha sido ella la que ha insistido en que acuda al psicólogo.

Percepción de la progresión de la infección

Es importante evaluar la percepción que la persona tiene sobre cómo progresa la infección ya que, en función de cómo perciba la evolución de la enfermedad, la actitud que muestre ante la misma va a ser diferente. Si percibe que la evolución es rápida, afrontará su situación con ansiedad e indefensión y, por tanto, su estado de ánimo influirá de forma negativa sobre su sistema inmune.

J.P.S. percibe la evolución de la infección como rápida, imparable y cuyo fin es la muerte. La causa de esta percepción es la experiencia vivida con su compañero.

Etapa emocional

En función del tiempo que haya transcurrido desde que la persona conoce su diagnóstico de seropositividad, se pueden establecer una serie de etapas emocionales a través de las cuales la persona va adaptándose a su situación. Concretamente, se pueden diferenciar tres etapas: 1) *Crisis inicial*, tiene lugar tras el diagnóstico. Esta fase se caracteriza por negación de la infección y por la aparición de síntomas de depresión y ansiedad. 2) *Adaptación psicológica al diagnóstico*. Durante esta etapa la persona intenta controlar las emociones y aceptar su diagnóstico, sin embargo, no siempre lo consigue. 3) *Aceptación del diagnóstico*. Finalmente la persona acepta su estado de seropositividad y aprende a vivir siendo portadora del VIH, adoptando hábitos de vida saludables.

A J.P.S. le comunicaron que era VIH+ hace ocho meses. Desde ese mismo momento, J.P.S. se negó a aceptar la realidad. Piensa que él no puede estar infectado, puede que se trate de un error pues él se encuentra bien y no cree que esto le pueda ocurrir. No obstante, en ocasiones recuerda lo que le ha sucedido a su pareja y cree que a él le puede ocurrir lo mismo. Por tanto, se encuentra en una etapa inicial de crisis durante la cual no acepta el diagnóstico y experimenta ansiedad y depresión.

Percepción del locus de control

La atribución que realice la persona sobre cuál es el origen de la infección va a determinar en gran medida tanto el sentimiento de culpabilidad como las medidas preventivas que va a adoptar para evitar la reinfección del VIH. La percepción de un *locus* de control externo para la infección ("mi pareja ha tenido la culpa de que me haya infectado", "Dios ha querido que yo me infecte" o "he tenido mala suerte y por eso me he infectado") facilita que la persona no se sienta responsable de haberse infectado y, a su vez, al percibir que no tiene control sobre la infección, piensa que no puede hacer nada para prevenir la reinfección. La percepción de un *locus* de control interno para la infección ("yo tengo la culpa de haberme infectado") provoca un gran sentimiento de culpabilidad en la persona infectada y, a su vez, ayuda a la persona a entender y controlar la infección, aumentándose su implicación en la prevención de la reinfección por el VIH. La adaptación castellana de la escala sobre *locus* de control de salud modificada para el SIDA (Bermúdez, Sánchez y Buela-Casal, 2000a) es un instrumento adecuado para la evaluación del *locus* de control para la infección por el VIH tanto en adolescentes como en adultos.

Tras la entrevista mantenida con J.P.S. y la aplicación de la adaptación castellana de la escala sobre *locus* de control de salud modificada para el SIDA (Bermúdez et al., 2000a), se pone de manifiesto que J.P.S. presenta un *locus* de control externo para la infección por el VIH. Considera que el responsable de haberse infectado ha sido su pareja, cree que de ésta es el 100% de la culpabilidad. Tras el análisis de resultados obtenidos en la escala sobre *locus* de control a la que ha respondido, se pone de manifiesto que J.P.S. piensa que en el futuro tampoco podrá evitar reinfectarse del VIH ya que no depende sólo de lo que él haga sino que también depende de lo que su pareja sexual quiera hacer.

Estigma del paciente infectado por el VIH/SIDA

El estigma percibido por el paciente se refiere a la interpretación que realiza éste con relación a lo que los demás opinan sobre el hecho de que él presente la infección por el VIH/SIDA. Algunas de las consecuencias de la estigmatización percibida por el paciente son depresión, ansiedad, pérdida de apoyo social, soledad y disminución de la autoestima (Berger, Ferrans y Lashley, 2001). Por lo tanto, resulta muy importante evaluar este aspecto dadas sus repercusiones a nivel psicológico. Un instrumento de evaluación que se podría utilizar es *The HIV Stigma Scale* (Berger et al., 2001).

Tras la aplicación de *The HIV Stigma Scale* (Berger et al., 2001) se concluyó que J.P.S. no presenta una percepción del estigma que interfiera en su funcionamiento familiar, social y/o laboral.

- Apoyo social (interpersonal e institucional)Es importante evaluar el apoyo social, tanto interpersonal como institucional, con el que cuenta la persona infectada por el VIH ya que, en ocasiones, la persona puede no necesitar tratamiento psicológico pero sí necesitar apoyo social e institucional, entre otros motivos porque la falta de apoyo puede facilitar la emisión de conductas de riesgo. Igualmente, existen investigaciones en las que se demuestra que existe una correlación positiva entre el apoyo social y una mayor defensa del sistema inmune (Miyazaki et al., 2003). La evaluación del apoyo social se puede realizar mediante la aplicación del Cuestionario de apoyo social, SSQ (*Social support questionnaire*), de la Escala de apoyo social, SS-B (Vaux, Riedel y Stewart, 1987) o del Cuestionario de apoyo social percibido, PSS (*Perceived social support*).

Los datos facilitados por J.P.S. indican que dispone de buen apoyo social procedente de su madre, aunque no del resto de su familia. Sobre el apoyo procedente de sus amigos, destacar que dadas las escasas relaciones de amistad que tanto J.P.S. como su pareja mantenían, en el momento actual no se identifica un grupo de amigos de referencia. Con respecto al apoyo social procedente de instituciones, tampoco se ha identificado que exista dicho apoyo e incluso se pone de manifiesto que J.P.S. presenta cierto rechazo a acudir a instituciones que puedan servirle de ayuda.

Relación de conductas de riesgo

Identificar las conductas de riesgo a los que está expuesto el sujeto es un aspecto muy importante para conocer y prevenir las posibilidades de infectar a otras personas y de reinfectarse.

A partir de la información de la que se dispone sobre el estilo de vida de J.P.S. se considera necesario recabar información sobre las características de su vida sexual actual. También es importante saber si J.P.S. consume drogas por vía intravenosa en el momento presente. Según J.P.S., desde que murió su pareja no ha vuelto a mantener relaciones sexuales ni tiene interés en hacerlo. Por tanto, en la actualidad no mantiene ningún tipo de relación sexual con otra persona, ni de forma esporádica ni de manera estable. Sobre el consumo de drogas, J.P.S. manifiesta que no consume drogas por vía intravenosa aunque fuma de manera esporádica hachís.

Evaluación de la competencia personal

Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH

La información, aun siendo una condición necesaria para que las personas adopten estrategias preventivas frente a la infección, no es suficiente para conseguir

comportamientos orientados a la prevención de la infección y reinfección del VIH (Bayés, 1995). No obstante, se debe evaluar el conocimiento que sobre transmisión y prevención del VIH posee la persona. Igualmente, se debe realizar la evaluación de las ideas erróneas que posea sobre cómo se transmite y sobre qué se debe hacer para evitar la infección, ya que en muchas ocasiones son las ideas erróneas las que provocan que en último extremo la persona adopte una conducta de riesgo. La adaptación castellana del cuestionario VIH/SIDA-164 (Bermúdez, Sánchez y Buela-Casal, 2003) es un instrumento adecuado para evaluar tanto el conocimiento como las ideas erróneas sobre prevención y transmisión del VIH, así como otras variables relacionadas con la competencia social a las que se hará referencia con posterioridad.

J.P.S. respondió al Cuestionario VIH/SIDA-164, y los resultados tras la corrección de las subescalas que evaluaban conocimiento correcto e ideas erróneas indicaron que J.P.S. tiene una gran falta de información sobre aspectos relacionados sobre cuáles son las conductas mediante las cuales se puede infectar una persona del VIH (concretamente, respondió de forma incorrecta al 50% de los ítems). Sin embargo, sólo respondió de forma incorrecta al 10% de los ítems sobre estrategias de prevención adecuadas. Con respecto a los resultados obtenidos en la subescala que evaluaba ideas erróneas, J.P.S. contestó de forma incorrecta al 15% de los mismos.

Actitudes hacia aspectos relacionados con el VIH/SIDA

Un factor de riesgo importante para la infección por el VIH son las actitudes que adopte la persona ante temas relacionados con el VIH/SIDA, por ejemplo, las actitudes generales hacia el uso del preservativo y la experiencia sobre el uso del mismo son predictores significativos para su utilización en posteriores ocasiones. La adaptación castellana del cuestionario VIH/SIDA-164 (Bermúdez et al., 2003) es un instrumento adecuado para evaluar las actitudes tanto positivas como negativas sobre aspectos relacionados con el VIH/SIDA.

J.P.S. respondió a la subescala sobre actitudes del cuestionario VIH/SIDA-164 (Bermúdez et al., 2003), la corrección de la misma indicó que presentaba una actitud positiva hacia temas relacionados con el SIDA.

Auto eficacia

La percepción de auto eficacia está determinada por las creencias de las personas sobre sus capacidades para producir actos consecuentes (Bandura, 2003) y, en general, se ha encontrado que los comportamientos que promueven la salud están asociados con la auto eficacia (Brown y Lourie, 2001). Evaluar la percepción de auto eficacia que posee la persona para llevar a cabo conductas orientadas a la prevención de la infección es un aspecto fundamental para tener conocimiento sobre si dichas conductas se van a llevar a la práctica. La adaptación castellana del Cuestionario VIH/SIDA-164 (Bermúdez et al., 2003) es un instrumento idóneo para evaluar la auto eficacia para llevar a cabo estrategias preventivas para la infección.

Tras el análisis de los resultados correspondientes a la subescala que evalúa auto eficacia para la prevención del VIH del cuestionario VIH/SIDA-164, se pone de manifiesto que J.P.S. no es capaz de llevar a la práctica estrategias preventivas que impliquen una alta percepción de auto eficacia. Por ejemplo, indica que no sería capaz de pedirle a su pareja sexual que utilizase un preservativo.

Susceptibilidad para la reinfección

Las personas tienden a ser irrealmente optimistas sobre su propia susceptibilidad al daño. Es posible que no manifiesten abiertamente que son invulnerables pero sí reconocen que las probabilidades que tienen de sufrir acontecimientos negativos son más bajas que las probabilidades que tiene su grupo de iguales (Weinstein, 1989). La falta de riesgo percibido para la infección por el VIH es uno de los factores de riesgo que se ha identificado como determinante para no utilizar el preservativo en las relaciones sexuales (MacPhail y Campbell, 2001; Meekers y Klein, 2002). Por tanto, es fundamental evaluar la percepción de susceptibilidad que tiene la persona a la infección por el VIH. En el caso que nos ocupa, dado que J.P.S. ya está infectado, se evaluará la susceptibilidad que tiene a la reinfección. Nuevamente se recomienda la aplicación del cuestionario VIH/SIDA-164 para evaluar la susceptibilidad a la reinfección.

J.P.S. no se siente susceptible a la reinfección. Esta percepción de no susceptibilidad a la infección entre otras posibles razones estaría justificada por la falta de información que posee sobre las consecuencias graves que tendría el volver a infectarse. J.P.S. considera que si ya está infectado no puede volver a infectarse. Cuando se le solicita que responda a los ítems intentando situarse en el pasado, antes de conocer su estado de seropositivo, los resultados indican que J.P.S. percibía una baja susceptibilidad a la infección ya que consideraba que siempre había tenido una habilidad especial para saber elegir a simple vista y de forma adecuada a las personas con las que se relacionaba íntimamente. Esas personas eran sanas, honestas y sinceras y, por tanto, se encontraban a salvo de problemas de enfermedades que correspondían a otro tipo de personas con un perfil diferente.

Autoestima

Existen investigaciones que indican que tener un bajo nivel de autoestima aumenta la probabilidad de exponerse a factores de riesgo para la infección por el VIH (Salazar et al., 2004). Igualmente, las investigaciones indican que aquellas personas infectadas con el VIH que presentan un bajo nivel de autoestima tenderán a mostrar una menor adherencia al tratamiento tanto médico como psicológico que aquellas personas que poseen un buen nivel de autoestima. Por tanto, es fundamental evaluar el nivel de autoestima de la persona para tener una idea sobre cómo va a afrontar el tratamiento y si va a existir una tendencia a exponerse a factores de riesgo. Un instrumento adecuado para evaluar el auto concepto es el Cuestionario AF-5. Auto concepto Forma-5 (A) (García y Musitu, 1999) que evalúa el auto concepto presente en el sujeto en sus contextos social, académico y profesional, emocional, familiar y físico.

Tras la aplicación del Cuestionario AF-5. Autoconcepto Forma-5 (A) (García y Musitu, 1999) a J.P.S. se pone de manifiesto que presenta un pobre auto concepto en el área social, laboral, emocional y físico.

Habilidades de afrontamiento al estrés

La persona infectada por el VIH tiene que enfrentarse a situaciones nuevas que generan niveles muy elevados de estrés. A su vez, el estrés debilita el sistema inmunitario (Trujillo, Oviedo-Joekes y Vargas, 2001). Los estímulos estresantes a los que debe exponerse con mayor frecuencia son: noticias de prensa y televisión, enfermedad o muerte de algún amigo a causa del SIDA, o el hecho de no encontrarse bien físicamente (Espada Sánchez y Quiles Sebastián, 2002). Es importante evaluar la habilidad que tiene la persona para afrontar situaciones estresantes pues en el caso de que no tenga esas habilidades adquiridas, sería necesario entrenarla para ello ya que repercutirá de forma positiva sobre su salud. El Cuestionario de afrontamiento del estrés, CAE (Sandín y Charot, 2003) aporta información sobre esa variable.

Tras la aplicación del Cuestionario de afrontamiento del estrés, CAE (Sandín y Charot, 2003) a J.P.S. se concluye que posee habilidades cognitivas y conductuales adecuadas para afrontar el estrés.

Intención de cambio de conductas de riesgo

Según el Modelo transteórico del cambio de Prochaska, Diclemente y Norcross (1992), las personas no llevarán a cabo cambios en las conductas de riesgo si no presentan disposición para ello. Según el citado modelo, la persona pasa por una serie de etapas que preceden y siguen a la toma de decisión sobre una conducta preventiva en cuestión. Por tanto, es necesario saber en qué etapa del proceso de cambio se encuentra el individuo para establecer si va a tener lugar la emisión de conductas preventivas. Otro aspecto importante a evaluar con respecto a la intención de cambio de conducta de riesgo, es el relacionado con las circunstancias particulares en las que se tiene que emitir la conducta preventiva. Por ejemplo, la persona puede estar dispuesta a utilizar el preservativo durante sus relaciones sexuales, sin embargo si dichas relaciones sexuales tienen lugar bajo efectos del alcohol no lo utilizarían. Un instrumento de evaluación adecuado para evaluar la intención de cambio de conducta de riesgo es la adaptación castellana de la Escala de intención de cambio de conducta (Bermúdez, Sánchez y Buela-Casal, 2000b).

J.P.S. fue evaluado con respecto a la intención de cambio de conducta mediante la adaptación castellana de la Escala de intención de cambio de conducta (Bermúdez et al., 2000b). Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que J.P.S. no presenta ninguna intención de cambiar las conductas de riesgo.

Evaluación de trastornos psicológicos

Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos clínicos más frecuentes en personas VIH/SIDA son de forma combinada la ansiedad (Vera-Villarroel, Pérez, Moreno y Allende, 2004) y la depresión (Church, 1998). Las causas suelen ser la aparición de varios acontecimientos estresantes de forma simultánea. Por ejemplo: La persona recibe el diagnóstico de que presenta una enfermedad progresiva y crónica; en la mayoría de los casos tiene lugar la ruptura de una relación de pareja; se produce la pérdida del empleo y puede tener lugar el rechazo social lo cual conlleva al aislamiento social forzado. Un nivel elevado de depresión en la persona portadora del VIH indica que presenta una visión negativa del presente, del pasado y del futuro, y que, por tanto, el deseo de vivir no es grande, por lo que no le importa usar preservativos para evitar infectarse o reinfectarse ni tampoco le importa si su pareja los utiliza o no. Por tanto, un aspecto importante por evaluar es el nivel de depresión que presenta la persona. La adaptación del Inventario de depresión de Beck (BDI) realizada por Vázquez y Sanz (1991) es recomendada para evaluar la depresión y

la Escala de Hamilton para la depresión (HRSD) (Hamilton, 1960) para evaluar la severidad de la depresión y recabar información relevante sobre síntomas somáticos. Igualmente, con independencia del estadio de la enfermedad y del estado emocional del paciente, se debe evaluar en todos los casos el riesgo al suicidio tanto de ideación suicida como de intento.

Los datos obtenidos mediante la aplicación de las dos escalas mencionadas indican que J.P.S. presenta una depresión grave pero no existe riesgo de suicidio. Posteriormente se procedió a la elaboración del análisis funcional de las conductas problema siguiendo el modelo propuesto por Bas y Andrés (1994).

Trastornos de ansiedad

Ya se indicó en el apartado anterior que los síntomas depresivos suelen aparecer de forma combinada junto a síntomas de ansiedad. Por ello, es fundamental evaluar la presencia de ansiedad en el paciente, un instrumento adecuado es el Cuestionario ansiedad estado-rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) que mediante dos subescalas aporta información sobre cómo se siente la persona generalmente (ansiedad rasgo) y sobre cómo se siente en el momento actual (ansiedad estado) lo cual permite detectar conductas de ansiedad en el momento actual. Otro instrumento complementario al anterior es el Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad, ISRA (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986) que permite la evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana lo cual facilita enormemente el proceso de intervención.

J.P.S. muestra unos niveles muy elevados de ansiedad que se manifiestan principalmente a nivel cognitivo.

Trastorno de personalidad

Algunos trastornos de personalidad han sido relacionados con la adopción de conductas de riesgo para la infección por el VIH. La impulsividad (Trobst, Herbst, Masters y Costa, 2002) y el autocontrol sexual (Eifler, 2004), por ejemplo, predicen los patrones de conducta sexual de riesgo para la infección por el VIH. Concretamente, el trastorno de personalidad antisocial conlleva un gran riesgo para la infección dado que el citado trastorno suele ir acompañado de consumo de drogas, impulsividad, agresividad y preferencia por múltiples parejas sexuales (Fuhrel y Kalichman, en prensa). Otro trastorno de personalidad vinculado al riesgo personal para la infección es el trastorno de personalidad histriónico dado que se caracteriza por la manifestación de conducta sexual inapropiada, seductora, provocativa, fácilmente influenciable por los demás y continua demanda de atención de otras personas (Paniagua, 1998). Finalmente, indicar que las personas con trastorno de personalidad dependiente muestran un gran miedo a ser rechazados por sus parejas sexuales lo que se traduce en una disminución de la auto eficacia para llevar a cabo conductas preventivas. El MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (c) (Hathaway y Mcklinley, 1999), puede ser utilizado como instrumento de evaluación de trastornos de personalidad.

La aplicación del MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (c) (Hathaway y Mcklinley, 1999), indicó que J.P.S. no presenta ningún trastorno de personalidad.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Es importante conocer si la persona ha sido anteriormente diagnosticada de algún trastorno psicótico, si existen antecedentes familiares o, bien, descartar su existencia mediante la entrevista inicial ya que la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son alteraciones que aumentan el riesgo para la infección por el VIH debido a la pérdida de contacto con la realidad que sufren estos pacientes (APA, 2001).

Según los datos disponibles relacionados con los antecedentes médicos y psicológicos de J.P.S. se puede afirmar que no ha sido diagnosticado anteriormente de ningún trastorno psicótico ni existe historia familiar de éstos. Igualmente, mediante la entrevista inicial no se recabaron datos indicativos de la presencia de estos trastornos.

Trastornos somatomorfos

El trastorno por somatización se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, pseudoneurológicos y dolor. Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia y si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar para la historia clínica (APA, 1995). En el caso de las personas con VIH/SIDA cualquier sintomatología física (dolor de cabeza temporal, sensación de cansancio, fiebre, etc.), deterioro social o laboral son magnificados si se los compara con lo que es esperable. A su vez, este trastorno puede dar lugar a la aparición de otros trastornos psicológicos como el trastorno obsesivo-compulsivo, la depresión grave, la hipocondría y el trastorno de dismorfia corporal.

J.P.S. recuerda que cuando su pareja murió estaba muy deteriorada físicamente. Especialmente observó una pérdida de peso significativa y la aparición de manchas en la piel, aspectos que le impresionaron de forma considerable y que asoció con síntomas de la enfermedad. Desde el momento en el que J.P.S. conoce los resultados de sus análisis de sangre comienza a experimentar un miedo exagerado hacia la pérdida de peso y la aparición de cualquier tipo de mancha en su cuerpo. Por tanto, comienza a pesarse todas las mañanas, anota el peso diariamente. Si alguna mañana, por la razón que fuese, no puede pesarse y anotar el peso, su ansiedad aumenta de manera que no puede dejar de pensar en otra cosa que no sea buscar una ocasión para pesarse. Incluso, algunas veces ha abandonado su puesto de trabajo para buscar una farmacia donde pesarse. Todas las noches realiza un análisis exhaustivo de la evolución de su peso y también realiza una comparación por semanas, dejando de lado cualquier actividad para llevar a cabo estas tareas. Igualmente, presenta una preocupación excesiva por la posible aparición de alguna mancha sobre su cuerpo que pueda ser indicativa de la enfermedad. Ocupa gran parte de su tiempo en comprobarlo y se mira continuamente al espejo.

Trastornos relacionados con el alcohol y otras drogas

El riesgo para la infección por el VIH se incrementa cuando la persona se encuentra bajo los efectos del alcohol u otras drogas ya que bajo esas condiciones existe una mayor dificultad para tomar decisiones razonables, controlar los impulsos sexuales y una mayor probabilidad de ser influenciado por los demás (Fuhrel y Kalichman, en prensa). Por ello, es importante recabar información sobre la historia de consumo de alcohol de la persona evaluada y realizar un análisis funcional sobre dicha conducta.

Sobre la historia de consumo de alcohol de J.P.S. los datos recabados no indican que exista un abuso en el consumo de alcohol ni de otras drogas. Mediante la entrevista mantenida con J.P.S. también quedó patente que no asocia el consumo de alcohol ni otras drogas con las relaciones sexuales.

Trastornos sexuales

Algunas investigaciones indican que después de ser informado del diagnóstico de VIH, la persona infectada presenta un descenso en el deseo sexual (Lallemand, Salhi, Linard, Giami y Rozenbaum, 2002) o incluso un rechazo hacia las relaciones sexuales. Estos problemas son más frecuentes entre las personas con VIH que viven en pareja en el momento de la seroconversión. Estas personas suelen manifestar preocupación sobre la posibilidad de transmitir el VIH a sus parejas. Entre aquellas personas que no tienen pareja estable, no es sólo la ausencia de deseo lo que impide la intimidad sexual, sino también los problemas relacionados con la declaración de que está infectado y las preocupaciones sobre las reacciones de las potenciales parejas sexuales (Maticka-Tyndale y Adam, 2002). En la conducta sexual, factores como el deseo, la activación y la ejecución, así como la satisfacción con cada uno de estos elementos puede estar seriamente afectados debido a la infección por el VIH (Remor y Ulla, 2002).

J.P.S. manifiesta no tener ningún interés por las relaciones sexuales, esta inhibición del deseo puede deberse al estado depresivo en el que se encuentra. Por tanto, se considera más importante abordar el problema de la depresión.

Cuadro 1- Resumen del proceso de evaluación aplicado a un caso de VIH (Adaptado de Paniagua, 1998)

- Información sociodemográfica

- Información general sobre la percepción de la infección:
  - *Tiempo transcurrido desde que conoció su condición de seropositivo*
  - *Cambios sociales consecuentes*
  - *Percepción de la progresión de la infección*
  - *Etapa emocional*
  - *Percepción del locus de control*
  - *Estigma del paciente infectado por el VIH/SIDA*
  - *Apoyo social (interpersonal e institucional)*
  - *Relación de conductas de riesgo*

- Competencia personal
  - *Conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH*
  - *Actitudes hacia aspectos relacionados con el VIH/SIDA*
  - *Autoestima*
  - *Auto eficacia*
  - *Susceptibilidad para la reinfección*
  - *Habilidades de afrontamiento al estrés*
  - *Intención de cambio de conductas de riesgo*

- Trastornos psicológicos
  - *Trastornos del estado de ánimo*
  - *Trastornos de ansiedad*
  - *Trastorno de personalidad*
  - *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*
  - *Trastornos somatomorfos*
  - *Trastornos sexuales*
  - *Trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas*

Intervención cognitivo-conductual sobre el caso

Tras los resultados obtenidos a partir del proceso de evaluación anteriormente indicado, se concluye que la intervención con J.P.S. debe ir dirigida en primer lugar, hacia el tratamiento de la depresión grave que padece ya que el estado emocional en el que se encuentra provoca un desinterés general, falta de motivación para el cambio y de colaboración en el proceso terapéutico. Por tanto, sería inútil comenzar con otros aspectos de la intervención hasta que no mejore el estado de ánimo del paciente. Después de que se observen mejoras en el estado de ánimo del paciente se procederá a informarle sobre aquellos aspectos en los que el conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH es deficitario. Posteriormente, y aprovechando algunas de las sesiones dedicadas a la transmisión de la información, se destinarán algunas actividades al aumento de la susceptibilidad, modificación del *locus* de control externo por interno y a aumentar la intención para el cambio de conducta de riesgo para la infección por el VIH. A continuación, la intervención se centrará en el tratamiento de los problemas de ansiedad y, por último, se procederá al entrenamiento en habilidades sociales haciendo especial énfasis en el aumento de la auto eficacia para llevar a cabo conductas preventivas.

Tratamiento de la depresión

Dada la efectividad demostrada de la terapia cognitivo-conductual al tratamiento de la depresión en los pacientes con VIH/SIDA (véase Church, 1998) se procedió a la aplicación de una serie de técnicas de reestructuración cognitiva con el objetivo de modificar sus pensamientos erróneos sobre la proximidad de su muerte. Para ello se utilizó la técnica de las tres columnas y la detención del pensamiento (para una descripción de dichas técnicas, véase Buela-Casal, Sierra y Cano, 2004). Igualmente se utilizaron técnicas de solución de problemas para enseñar a J.P.S. a adoptar estrategias para solventar las dificultades cotidianas. Simultáneamente se procedió a la aplicación de técnicas conductuales con el fin de conseguir un aumento de refuerzos positivos. Se diseñó junto con J.P.S. una programación de actividades positivas y gratificantes.

Terapia de grupo y aplicación de un módulo sobre información relacionada con la infección por el VIH

Se decidió que J.P.S. se integrara en una terapia de grupo dadas las ventajas que este tipo de intervención tiene sobre las personas con VIH/SIDA ya que los mismos participantes pueden servir como modelos para ayudarse mutuamente en la solución de problemas y disminuye la sensación de aislamiento. Se asignó a J.P.S. a un grupo de pacientes cuyas características eran homogéneas, por ejemplo, se trataba de personas con VIH en etapas iniciales de la infección, todos se habían infectado del VIH mediante la misma vía de transmisión, todos eran homosexuales y pertenecían al mismo grupo de edad.

La intervención grupal se orientó principalmente a aportar información sobre transmisión y prevención del VIH y, curso de la enfermedad. Aumento de la susceptibilidad mediante la exposición de casos de otros pacientes que se han reinfectado, haciendo referencia a otros casos de personas infectadas por vías de

transmisión diferentes a la propia, y de diferentes edades y estratos socioeconómicos. Paralelamente, en algunas ocasiones de forma individual y en otras de forma grupal, se llevaron a cabo ejercicios de reestructuración cognitiva para modificar las creencias relacionadas con la no susceptibilidad a la reinfección.

Modificación del estilo atribucional

Un objetivo importante es la modificación del *locus* de control para la infección percibido por J.P.S. dado que tras la evaluación realizada se puso de manifiesto la presencia de un *locus* de control externo. Para ello, se comenzó explicándole a J.P.S. qué son las atribuciones, los distintos estilos atribucionales que se pueden utilizar para explicar un hecho en sí y cómo puede influir el estilo atribucional que se utilice sobre el comportamiento de cada persona. Se le hace ver la diferencia que existe entre utilizar un estilo atribucional interno y estable para explicar por qué se infectó del virus y si tiene reinfecciones y utilizar un estilo atribucional externo e inestable para explicar estos hechos con el objetivo de que finalmente realice un cambio en la responsabilidad que atribuye a las distintas causas de la infección y reinfección. De esta manera se pretende que la persona se sienta responsable al 100% para evitar la reinfección.

Intervención dirigida a la intención de cambio de conducta

A pesar de que J.P.S. en el momento en que se llevó a cabo la intervención psicológica no emitía conductas de riesgo, se consideró necesario con fines preventivos, el abordaje de la intención de cambio de conducta en función de los resultados obtenidos en la evaluación. Dicha evaluación mostró que J.P.S. se aproxima al cambio de conductas de riesgo pero, sin embargo, los déficit en habilidades sociales y auto eficacia le impiden llevar a cabo el cambio de conducta ya que los problemas principales surgen cuando tiene que hablar sobre el VIH con su pareja y cuando ésta no está dispuesta a usar preservativos.

Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo

Entrenamiento en habilidades sociales

El programa de entrenamiento en habilidades sociales se orientará principalmente a las siguientes áreas:

- Entrenamiento en asertividad

- Formulación adecuada de expresión de quejas

- Formulación adecuada de peticiones y rechazo de las mismas

- Identificación y solución adecuada de situaciones conflictivas

Cuadro 2- Resumen del proceso de intervención seguido con el paciente (J.P.S.)

- *Tratamiento de la depresión*
- *Terapia de grupo y aplicación de un módulo sobre información relacionada con la infección por el VIH*
- *Modificación del estilo atribucional*
- *Intervención dirigida a la intención de cambio de conducta*
- *Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo*
- *Entrenamiento en habilidades sociales*

- Tratamiento de la depresión

- Terapia de grupo y aplicación de un módulo sobre información relacionada con la infección por el VIH

- Modificación del estilo atribucional

- Intervención dirigida a la intención de cambio de conducta

- Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo

- Entrenamiento en habilidades sociales

Conclusiones

La aplicación de la terapia cognitivo-conductual resulta efectiva en el tratamiento de los trastornos psicológicos más frecuentes en los pacientes con VIH/SIDA, en la disminución del impacto emocional del diagnóstico y en la adaptación del paciente a su nueva situación. El éxito del tratamiento va a depender fundamentalmente de la realización de una evaluación exhaustiva y de un conocimiento profundo y actualizado de las técnicas disponibles. La intervención se realizará en función de las necesidades de cada paciente, aunque en términos generales se llevarán a cabo las terapias individual, familiar y de grupo. Con respecto a la terapia individual los aspectos centrales a tratar son los relacionados con la importancia de someterse a la prueba del VIH, en el caso de que exista sospecha de infección, la interpretación de los resultados de la misma y el impacto emocional del resultado positivo de la prueba. Igualmente se abordarían los trastornos psicológicos asociados, como por ejemplo ansiedad y depresión. Mediante la terapia familiar se pretende: aportar apoyo interpersonal a los familiares más próximos; modificar las actitudes negativas hacia el VIH/SIDA, si existieran; asesorar a la pareja sobre aspectos sexuales; promover de forma asertiva las expresiones de sentimientos negativos hacia el paciente; y, por último, conseguir que los familiares se adapten a la ausencia del paciente cuando muera. En cuanto a la terapia de grupo, ésta es muy recomendable porque el paciente se encuentra con otras personas en su misma situación y por tanto, disminuye la sensación de aislamiento.

Referencias

American Psychiatric Association (APA) (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. (Orig. 1994).

American Psychiatric Association (APA) (2001). Practice Guideline for the treatment of patients with HIV/AIDS. Washington: American Psychiatric Association.

Bandura, A. (2003). Self-efficacy. En Encyclopedia of Psychological Assessment (Vol. 1, pp. 848-853). Londres: Sage.

Bas, F. y Andrés, V. (1994). Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento. Madrid: Fundación universidad-empresa.

Bayés, R. (1995). Sida y psicología. Madrid: Martínez Roca.

Berger, B.E., Ferrans, C.E. y Lashley, F.R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale. Research in Nursing & Health, 24, 518-529.

Bermúdez, M.P., Sánchez, A.I. y Buela-Casal, G. (2000a). Adaptación castellana de la escala sobre locus de control de salud modificada para el SIDA. Revista Mexicana de Psicología, 17, 29-35.

Bermúdez, M.P., Sánchez, A.I. y Buela-Casal, G. (2000b). Escala de intención de cambio de conducta. Ciencia Psicológica, 7, 20-29.

Bermúdez, M. P., Sánchez, A. I. y Buela-Casal, G. (2003). Adaptación castellana del cuestionario VIH/SIDA-164. Revista Mexicana de Psicología, 20, 95-111.

Brown, L. K. y Lourie, K. J. (2001). Motivational interviewing and the prevention of HIV among adolescents. En P. M. Monti, Colby, S. M. y O´leary, T. A. (eds.). Adolescents, alcohol, and substance abuse. Reaching teens through brief interventions. Nueva York: The Guilford Press.

Buela-Casal, G., Sierra, J.C. y Cano, M.C. (2004). Evaluación y tratamiento de la depresión. En G. Buela-Casal y J.C. Sierra (eds.), Manual de evaluación y tratamientos psicológicos (pp. 271-339). Madrid: Biblioteca Nueva.

Buela-Casal, G., Sierra, J.C. y Bermúdez, M.P. (2001). Evaluación y tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos. En G. Buela-Casal y J.C. Sierra (Dirs.), Manual de evaluación y tratamientos psicológicos. Madrid: Biblioteca Nueva.

Church, J. (1998). The application of cognitive-behavioural therapy for depression to people with human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Psyco-Oncology, 7, 78-88.

Eifer, S. (2004). Rational choice, personality, and HIV-preventive behavior in the presence to opportunities. Journal of Applied Social Psychology, 34, 1251-1280.

Espada Sánchez, J.P. y Quiles Sebastián, M.J. (2002). Prevenir el sida. Guía para padres y educadores. Madrid: Pirámide.

Fuhrel, A. y Kalichman, S. (en prensa). Biological, social, and psychological risk factors for HIV infection. En M.P. Bermúdez y G. Buela-Casal (Eds.), Recent Advances in HIV Infection Reseach. Nueva York: Nova Publishers.

Gallego Deike, L. y Gordillo Álvarez-Valdés, M.V. (2001). Trastornos mentales en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Anales de Medicina Interna, 18, 47-54.

García, F. y Musitu, G. (1999). AF-5. Autoconcepto Forma-5 (A). Madrid: Tea Ediciones.

Hamilton (1960). A rating escale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 12, 56-62.

Hathaway, S.R. y Mcklinley, J.C. (1999). MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (c). Madrid: TEA**.**

Lallemand, F., Salhi, Y., Linard, F., Giami, A. & Rozenbaum, W. (2002). Sexual dysfunction in 156 ambulatory HIV-infected men receiving highly active antiretroviral therapy combinations with and without protease inhibitors. Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome, 30, 187-190.

MacPhail, C. y Campbell, C. (2001). "I think condoms are good but aai, I hate Those things": Condom use among adolescents and young people in a southern African township. Social Science and Medicine, 52, 1613-1627.

Maticka-Tyndale, E. y Adam, B.D. (2002). Sexual desire and practice among people living with HIV and using combination anti-retroviral therapies. The Canadian Journal of Human Sexuality,11, 33-40.

Meekers, D. y Klein, M. (2002). Determinants of condom use among young people in urban Cameroon. Studies in Family Planning, 33, 335-346.

Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A.R.(1986). ISRA, Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. Madrid: TEA.

Miyazaki, T., Ishikawa, T., Iimori, H., Miki, A., Wenner, M., Fukunishi, I. & Kawamura, N. (2003). Relationship between perceived social support and immune function. Stress and Health, 19, 3-7.

Overholser, J.C. (1999). Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. Journal of Contemporary Psychotherapy, 29, 369-382.

Paniagua, F.A. (1998, mayo). Medical, Psychological, and Social Aspects of HIV Disease. Curso organizado por la American Psychological Association HIV Office for Psychology Education (HOPE) y la Spanish Association of Behavioral Psychology (AEPC), Granada (España).

Prochaska, O, Diclemente, C. y Norcross, J. (1992). I search of how people change. American Psychologists, 47, 1120-1113.

Remor, E.A. y Ulla, S. (2002). Sexuality, perceived illness and quality of life in Spanish gay and bisexual men living with HIV. Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, 6, 41-45.

Salazar, L.F., DiClemente, R., Wingood, G.M., Crosby, R.A., Harrington, K., Davies, S. et al. (2004). Self-Concept and Adolescents' Refusal of Unprotected Sex: A Test of Mediating Mechanisms Among African American Girls. Prevention Science, 5, 137-147.

Sandín, B. y Charot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8, 39-54.

Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). TEA: Madrid.

Trobst, K. K., Herbst, J. H., Masters, H. L., III, & Costa, P. T., Jr. (2002). Personality pathways to unsafe sex: Personality, condom use, and HIV risk behaviors. Journal of Research in Personality, 36, 117-133.

Trujillo, H.M., Oviedo-Joekes, E. y Vargas, C. (2001). Avances en psiconeuroinmunología. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology, 1, 413-474.

Vera-Villarroel, P., Pérez, V., Moreno, E. y Allende, F. (2004). Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. International Journal of Clinical and Health Psychology, 4, 55-67.

Vauxx, A., Riedel, S. y Stewart, D. (1987). Modes of social support: The Social Support Behaviors Scale (SS-B). American Journal of Community Psychology, 15, 209-237.

Vázquez, C. y Sanz, J. Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck. Comunicación presentada en el III Congreso de Evaluación Psicológica, Barcelona, 1991.

Weinstein, N.D. (1989). Perceptions of personal susceptibility. En V.M., Mays, G.W., Albee y S.F., Schneider (Eds.), Primary prevention of AIDS. Psychological approaches (PP. 142-167). Newbury Park: Sage Publications.

NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO

Enrique Echeburúa
Universidad del País Vasco

Javier Fernández-Montalvo
Universidad Pública de Navarra

Introducción

El juego de apuestas o de dinero es un fenómeno viejo pero que ha irrumpido de una forma nueva en nuestra época. La afición a los juegos de azar (loterías, quinielas, etc.) o de habilidad (cartas, apuestas diversas, etc.) está muy arraigada y no es, en modo alguno, una circunstancia de hoy. Lo que sí es un fenómeno nuevo es la irrupción de las máquinas tragaperras -denominadas eufemísticamente

recreativas-, así como la incorporación de los adolescentes a unos juegos que hasta ahora estaban reservados a los adultos (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

La presencia incontrolada de máquinas tragaperras en bares y lugares de ocio, junto con la oferta abundante de bingos, casinos y de los juegos más tradicionales (quinielas, loterías, cupones, carreras de caballos, etc.), ha hecho aumentar considerablemente la ludopatía. La indefensión ante esta avalancha de juegos afecta especialmente a los adolescentes y a las personas más vulnerables psicológicamente.

La ludopatía es una forma de adicción sin droga. Las adicciones no se limitan exclusivamente a las conductas generadas por sustancias químicas, como los opiáceos, los ansiolíticos, la nicotina o el alcohol. Lo cierto es que de conductas normales -incluso saludables-, como jugar, comer o utilizar el ordenador, se pueden hacer usos anormales en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de dinero invertida y, en último término, en función del grado de interferencia negativa en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas (Echeburúa y Corral, 1994).

En España, la tasa de prevalencia de la ludopatía oscila entre el 2% y el 3% de la población adulta (Becoña, 1993; Irurita, 1996; Tejeiro, 1996). El trastorno es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, pero éstas son mucho más reacias a buscar ayuda terapéutica por la censura social existente. A diferencia de otras conductas adictivas, el juego patológico se distribuye por todas las clases sociales y por todas las edades. No obstante, la edad de acceso al juego ha descendido en los últimos años. De hecho, cada vez son más los adolescentes que buscan tratamiento por problemas de juego (Báez y Echeburúa, 1995).

Los ludópatas, al menos en España, muestran una dependencia fundamentalmente a las máquinas tragaperras (tragamonedas), ya sea sólo a éstas o en combinación con otros juegos. La dependencia en exclusiva a otros juegos de azar es mucho menor (Báez, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1994). Este hecho no es fruto de la casualidad, sino que obedece a una serie de aspectos psicológicos implicados en el funcionamiento de este tipo de máquinas (Echeburúa, 1992): su amplia difusión; el importe bajo de las apuestas con posibilidad de ganancias proporcionalmente cuantiosas; la brevedad del plazo transcurrido entre la apuesta y el resultado; la manipulación personal de la máquina (que genera una cierta ilusión de control); y las luces intermitentes de colores, que, junto con la música y el tintineo estrepitoso de las monedas, suscitan una tensión emocional y una gran activación psicofisiológica.

Desde una perspectiva psicopatológica, la depresión y el abuso de alcohol están asociados con frecuencia al juego patológico (Báez et al., 1994; McCormick, Russo, Ramírez y Taber, 1984). De hecho, la tasa de prevalencia del consumo abusivo de alcohol u otras drogas entre los ludópatas oscila alrededor del 15%-20% (Báez et al., 1994; Lesieur y Heineman, 1988; Rodríguez-Martos, 1989).

Como ocurre en todos los trastornos adictivos, el impacto del juego patológico va más allá del propio paciente. En concreto, la familia, los amigos y el ambiente laboral están profundamente afectados por la problemática del juego del sujeto (McCormick y Ramírez, 1988). Es más, el deterioro puede extenderse en algunos casos a la pareja del jugador, en forma de aumento de la bebida y del tabaco, de trastornos de la conducta alimentaria o de conductas impulsivas (Lorenz y Yaffee, 1988).

En definitiva, el jugador patológico se caracteriza por una dependencia emocional del juego, una pérdida de control y una interferencia negativa en el funcionamiento normal en la vida cotidiana (Echeburúa y Báez, 1994).

Tratamiento del juego patológico

Al haberse considerado la ludopatía como una adicción, se ha recurrido a la utilización de técnicas terapéuticas que han mostrado su utilidad en el control del alcoholismo y de la drogadicción (Becoña, 1996). De hecho, los primeros programas de tratamiento estructurados han sido en régimen de internamiento y comunes a los llevados a cabo con alcohólicos (McCormick y Ramírez, 1988).

Ha habido un desarrollo ulterior de programas más específicos para ludópatas. Así, por ejemplo, los tratamientos más utilizados han sido la desensibilización imaginada (McConaghy, Armstrong, Blaszczynski y Allcock, 1983, 1988), la reestructuración cognitiva (Ladouceur, Boisvert y Dumont, 1994) y la exposición en vivo y el control de estímulos (Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994). Asimismo, más recientemente, se han comenzado a aplicar programas específicos de intervención psicofarmacológica (Grant y Kim, 2002).

Sin embargo, si bien son abundantes las técnicas empleadas, resultan escasos los estudios publicados en los que se haya puesto a prueba la eficacia diferencial de distintas aproximaciones terapéuticas. Por otra parte, los estudios aluden generalmente a combinaciones de técnicas de las que no siempre puede aislarse el componente efectivo.

Objetivo terapéutico

Por lo que se refiere al objetivo terapéutico, la mayor parte de los estudios tienen como meta la abstinencia total del juego. No obstante, como ha ocurrido también en el caso del alcoholismo, se ha planteado la posibilidad de crear programas terapéuticos con el objetivo de lograr, si no la abstinencia total, al menos un mayor control: el juego controlado (Rosecrance, 1988).

Este tipo de programas resultan sugerentes, al menos para cierto tipo de jugadores, pero todavía no se han puesto a prueba de una forma controlada y se carece, por tanto, de un respaldo empírico a los mismos. Por ello, en la actualidad parece aconsejable considerar la abstinencia total del juego como principal objetivo terapéutico (Blaszczynski, 1995).

Técnicas conductuales

Las técnicas mejor estudiadas hasta la fecha son la desensibilización imaginada (variante de la desensibilización sistemática en la que las escenas no se presentan en un orden jerárquico), la reestructuración cognitiva y la exposición en vivo con prevención de respuesta, junto con el control de estímulos (tablas 1 y 2).

Tabla 2- Resultados obtenidos en los principales estudios controlados sobre el tratamiento del juego patológico.

TRATAMIENTOS	TÉCNICAS UTILIZADAS
Tratamientos conductuales	* Desensibilización imaginada * Relajación * Control de estímulos * Exposición *en vivo* con prevención de respuesta
Tratamientos cognitivos	* Reestructuración cognitiva
Tratamientos farmacológicos	* Clomipramina * Naltrexona * Fluvoxamina * Litio * Nefazadona

Tabla 3- Resultados obtenidos en los principales estudios controlados sobre el ratamiento del juego patológico.

INVESTIGADORES	TÉCNICAS	CASOS	RESULTADOS	SEGUIMIENTOS
Greenberg y Rankin, 1982	Exposición con prev. de respuesta + control estimular	26	19% controlados 27% mejorados	9 meses a 5 años
McConaghy *et al*., 1988	Desensibilización imaginada	10	10% abstinentes 40% mejorados	1 año
	Relajación	10	10%	1 año

			abstinentes 60% mejorados	
McConaghy *et al.*, 1991	Exposición prolongada	4	1 abstinente 1 controlado	2 a 9 años
	Relajación	14	43% abstinentes 14% mejorados	2 a 9 años
	Exposición breve	14	17% abstinentes 50% controlados	2 a 9 años
	Desensibilización imaginada	33	30% abstinentes 48% mejorados	2 a 9 años
Echeburúa *et al.*, 1996	Exposición con prev. de respuesta + control estimular	16	69% abstinentes	1 año
	Terapia cognitiva grupal	16	37% abstinentes	1 año
	Exposición con prevención de respuesta + control estimular + terapia cognitiva grupal	16	37% abstinentes	1 año
Echeburúa *et al.*, 2000	Exposición con prevención de respuesta + control estimular	23	52% abstinentes	1 año
	Exposición con prevención de respuesta + control estimular + prevención de	23	82% abstinentes	1 año

	recaídas individual			
	Exposición con prevención de respuesta + control estimular + prevención de recaídas grupal	23	78% abstinentes	1 año
Sylvain *et al.*, 1997	Reestructuración cognitiva + entrenamiento en solución de problemas + entrenamiento en habilidades sociales + prevención de recaídas	14	57% abstinentes	1 año
Ladouceur *et al.*, 2001	Terapia cognitiva centrada en la percepción errónea de la probabilidad de ganar Objetivo: juego responsable	66	86% mejorados (pero con un 47% de abandonos)	1 año

Desensibilización imaginada y relajación

La utilización de técnicas reductoras de ansiedad -la desensibilización imaginada, principalmente- está estrechamente relacionada con el "mecanismo de ejecución conductual" como teoría explicativa del mantenimiento del juego. Según esta teoría, en el Sistema Nervioso Central se establece un mecanismo neurofisiológico de ejecución de una conducta cuando dicha conducta se convierte en habitual. Este mecanismo es activado cuando la persona está en presencia de estímulos que preceden a la realización de la conducta habitual o cuando la persona piensa en llevar a cabo dicho comportamiento. Si la cadena de conductas no es completada -más aún en el caso de comportamientos ilícitos o generadores de sentimientos de culpa- cuando el sujeto es estimulado para llevarla a cabo, el mecanismo de ejecución conductual produce un aumento de activación y, por tanto, de tensión subjetiva. El malestar producido por esta situación fuerza al sujeto a completar la conducta, incluso aunque no desee hacerlo.

En consonancia con esta hipótesis explicativa McConaghy et al. (1983), diseñaron un programa de intervención con 20 sujetos, en el que asignaron 10 a una modalidad de desensibilización imaginada y otros 10 a una modalidad de terapia aversiva.

En la modalidad de desensibilización imaginada los sujetos, en primer lugar, tenían que describir cuatro situaciones que les impulsaban a jugar, pero sin culminar en la conducta de juego. A continuación, se les enseñaba a tranquilizarse con un método breve de relajación. Después, los sujetos, en estado de relajación, tenían que imaginarse la primera de las cuatro situaciones, y así sucesivamente hasta que se completaban las cuatro escenas. En la modalidad de terapia aversiva los pacientes, en primer lugar, escribían en tarjetas doce frases relacionadas con aspectos excitantes de la conducta de juego y otras tres relacionadas con conductas incompatibles con el juego (por ejemplo, "ir a casa en busca de mi mujer"). A continuación, se presentaban a los pacientes las tarjetas de forma aleatoria. Los sujetos recibían choques eléctricos en los dedos cada vez que leían alguna de las doce frases relativas a la conducta de juego, pero no así cuando les correspondía leer alguna de las tres frases restantes relacionada con actividades incompatibles. Los pacientes de ambas modalidades recibieron 14 sesiones de tratamiento de 20 minutos en un período de 1 semana en régimen de internamiento.

Tras la evaluación de los pacientes al mes y al año del tratamiento con un evaluador independiente, un 70% de los sujetos tratados con desensibilización imaginada ya no mostraban un deseo vehemente de jugar ni jugaban (o lo hacían moderadamente), frente a un 20% de los sujetos tratados con terapia aversiva.

En un estudio posterior de este mismo grupo (McConaghy et al., 1988), descartada ya la terapia aversiva, se asignaron 10 sujetos a una modalidad de desensibilización imaginada y otros 10 a una modalidad de relajación. El tratamiento se llevó a cabo en régimen de internamiento durante 1 semana. Ambas modalidades terapéuticas se mostraron efectivas para la reducción del impulso vehemente de jugar y de la conducta de juego (con tasas de éxito total o parcial del 50% al 70% de los casos al cabo de 1 año de seguimiento), así como para la disminución del grado de ansiedad, pero no hubo diferencias significativas entre ellas. Por otra parte, un alto nivel de ansiedad-estado al mes de seguimiento era un predictor de fracaso terapéutico al año de seguimiento.

En un estudio más reciente de revisión de resultados terapéuticos a largo plazo (con una media de 5 años) del grupo de McConaghy (McConaghy, Blaszczynski y Frankova, 1991), se confirma la potencialidad terapéutica de la desensibilización imaginada, especialmente desde la perspectiva de costes y beneficios, que se muestra superior incluso a otras técnicas conductuales, como las técnicas aversivas, la relajación y la exposición en vivo. Lo más interesante, sin duda, de este estudio es que un programa terapéutico que implica a un único terapeuta, que dura sólo 1 semana y que no requiere más de 14 horas de tratamiento, pueda tener una tasa de éxito global cercana al 66% de los casos tratados al cabo de 5 años de seguimiento. Resulta, sin embargo, cuestionable el hecho de llevarlo a cabo en régimen de internamiento, ya que la sencillez de la intervención terapéutica permite ejecutarla en un ámbito ambulatorio (Echeburúa y Báez, 1994). Por ello, los pacientes elegidos, que están necesitados de una buena motivación para el internamiento, pueden no ser representativos de los pacientes que demandan ayuda terapéutica habitualmente.

Control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta

Respecto a la exposición en vivo con prevención de respuesta y control de estímulos, en el trabajo de Greenberg y Rankin (1982) se reflejan los resultados conseguidos a lo largo de 8 años en una clínica en el tratamiento del juego patológico con técnicas de exposición o de control de estímulos. Los resultados obtenidos fueron modestos. Tras un tratamiento de 6 sesiones, con asistencia irregular, con un 50% de abandonos de la terapia y con un nivel medio de

seguimiento no sistemático de 8,5 meses, de los 26 pacientes tratados 5 (el 19%) se mantenían abstinentes y 7 (el 27%) habían mejorado (recaían de forma intermitente), pero 14 (el 54%) seguían jugando de forma descontrolada.

No obstante, este estudio presenta varios problemas metodológicos (Echeburúa y Báez, 1994). En primer lugar, y a pesar de que los resultados se presentan de forma unitaria, hubo en realidad dos programas de tratamiento y con dos terapeutas distintos. En un programa se hacía hincapié en el control de estímulos: evitar las rutas "peligrosas", no llevar apenas dinero encima, hacer otras actividades en lugar de jugar, etc. Y en el otro, el terapeuta acompañaba al paciente en las primeras sesiones en la tarea de exposición al juego, pero sin permitirle jugar, para ir retirándose progresivamente en las sesiones posteriores, a medida que el paciente era capaz de resistir la urgencia de jugar. Se utilizaban como técnicas complementarias para facilitar la resistencia a los impulsos de juego, y a modo de estrategias de autocontrol, estímulos aversivos ligeros (estirar y soltar una goma enrollada en la muñeca) y sensibilización encubierta (imaginación de una consecuencia desastrosa asociada a la conducta de juego). En uno y otro programa se solicitaba la participación en la terapia del familiar más allegado.

Y en segundo lugar, la interpretación de los resultados es equívoca. La descripción unitaria del 19% de los casos como el porcentaje de éxito de una terapia combinada de control de estímulos y de exposición con prevención de respuesta puede enmascarar la superioridad de un método sobre otro, puesto que ambos métodos se aplicaron por separado.

Más recientemente, en el estudio de Echeburúa et al. (1994) se compara la eficacia diferencial de tres modalidades terapéuticas con el objetivo de la abstinencia del juego: a) tratamiento individual de control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta; b) terapia de grupo cognitivo-conductual; y c) una combinación de ambas modalidades terapéuticas. La importancia de este estudio radica en el tamaño de la muestra (64 jugadores), en la homogeneidad del juego (máquinas tragaperras), en la brevedad del tratamiento (6 semanas) y en que, por primera vez, se utiliza un grupo de control (con una duración de 6 meses) con el que se pueden comparar los resultados de los grupos terapéuticos.

En esta investigación el control de estímulos se refiere fundamentalmente al manejo del dinero y a la evitación de las situaciones o circuitos de riesgo. A medida que el tratamiento avanza, se procede a una atenuación gradual del control de estímulos y se da paso a la exposición. Con la exposición gradual en vivo y la prevención de respuesta se fuerza al sujeto a que experimente deseos de jugar y a que aprenda a resistir esos deseos de forma gradualmente más autocontrolada. Con la repetición de la exposición sistemática a las situaciones de riesgo, éstas pierden la potencia de inducción al juego.

A su vez, en la terapia de grupo cognitivo-conductual los objetivos fundamentales son los siguientes: reestructurar las distorsiones cognitivas presentes, facilitar el contacto con otras personas que están en la misma situación, permitir la comunicación de las dificultades con el juego a otras personas con una problemática similar, buscar soluciones y estrategias de afrontamiento comunes y darse apoyo mutuo.

Por último, en el tratamiento combinado los pacientes reciben los dos tratamientos ya descritos. A diferencia de los sujetos pertenecientes a las dos condiciones experimentales anteriores, los pacientes acuden a la terapia dos veces por semana. Si bien la duración del tratamiento es la misma, el número total de horas es el doble que en el resto de las modalidades.

En los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento no existen diferencias significativas entre las tres modalidades terapéuticas, que son superiores al grupo de control. Todas ellas son eficaces para detener rápidamente la conducta de juego. No obstante, en el seguimiento realizado a los 6 meses, se comienzan a observar diferencias significativas entre los grupos. En la comparación de los éxitos (abstinencia del juego) con los fracasos (recaída o abandono del tratamiento), el tratamiento individual (75% de abstinencia) es homogéneo al tratamiento grupal (62,5% de abstinencia) y significativamente mejor que el tratamiento combinado (37,5% de abstinencia) y que el grupo de control (25% de abstinencia).

En el estudio de seguimiento posterior de Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo (1996) se informa de los datos de esta investigación correspondientes al seguimiento de los 12 meses. Los resultados se mantienen en la misma dirección que en el control de los 6 meses, con la excepción de que ahora el tratamiento individual (68,8% de abstinencia), además de ser superior al tratamiento combinado (37,5% de abstinencia), es también superior al tratamiento grupal (37,5% de abstinencia). La terapia individual (exposición en vivo con prevención de respuesta y control de estímulos) se configura, por tanto, como la opción terapéutica más efectiva.

Además de estas investigaciones controladas, se han publicado algunos estudios de casos, que ponen a prueba las técnicas de exposición, junto con el control de estímulos, en el tratamiento del juego patológico. Los resultados obtenidos son igualmente satisfactorios (Arribas y Martínez, 1991; Báez y Echeburúa, 1995; Symes y Nicki, 1997).

Técnicas cognitivas

La utilización de técnicas cognitivas en el tratamiento de la ludopatía ha sido llevada a cabo principalmente por el grupo de Ladouceur en Québec (Canadá). En concreto, este grupo (Ladouceur, 1993) propone un programa multimodal en el que se pone el acento en una intervención básicamente cognitiva. Dicho programa consta de 5 componentes terapéuticos fundamentales: información sobre el juego, corrección de las creencias erróneas, entrenamiento en solución de problemas relacionados con el juego, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas.

Sin embargo, a pesar de que los autores informan de resultados alentadores, son escasos los datos disponibles sobre la eficacia de dicho programa. Se han publicado los resultados correspondientes a 4 jugadores adolescentes a los que se aplicó este tipo de intervención (Ladouceur et al., 1994). En el seguimiento de los 6 meses los 4 jugadores se mostraban abstinentes. Si bien estos resultados son realmente alentadores, se trata prácticamente de un estudio de caso debido al escaso tamaño de la muestra utilizada.

En otro estudio realizado por el mismo grupo (Bujold, Ladouceur, Sylvain y Boisvert, 1994) se utiliza la terapia cognitiva, junto con el entrenamiento en solución de problemas y la prevención de recaídas, en el tratamiento de 3 jugadores patológicos. Con arreglo a los resultados obtenidos, los 3 sujetos se mostraban abstinentes a los 9 meses de seguimiento. Las limitaciones de este estudio son similares a las del anterior.

En una investigación controlada posterior (Sylvain, Ladouceur y Boisvert, 1997) se compara la eficacia de una intervención cognitiva (reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas) con un grupo de control. La muestra total de este estudio

constaba de 29 sujetos (14 en el grupo terapéutico y 15 en el grupo de control). Los resultados en el seguimiento de los 12 meses mostraron una tasa de éxitos del 57% (9 sujetos).

Los últimos estudios del grupo de Ladouceur se centran en el objetivo terapéutico del juego controlado o responsable (según su terminología). La terapia cognitiva, en estos casos, pone el énfasis en la corrección de la percepción errónea del concepto de probabilidad de ganar y en las estrategias para prevenir las recaídas. En un primer estudio no controlado con 5 sujetos (Ladouceur, Sylvain, Letarte, Giroux y Jacques, 1998) se consiguen buenos resultados en 4 de ellos: disminuye el deseo de jugar, mejora la percepción de control y desaparecen los criterios diagnósticos del DSM-IV para el juego patológico. Los resultados se mantienen en un seguimiento ulterior a los 6 meses.

En una investigación controlada con este mismo enfoque (Ladouceur, Sylvain, Boutin, Lachance, Doucet, Leblond y Jacques, 2001), en donde se compara una terapia cognitiva de un máximo de veinte sesiones (N=66) con un grupo de control de lista de espera (N=29). El 86% de los pacientes tratados experimentan una mejoría clara, que se mantiene en un seguimiento a los 12 meses. No obstante, hay dos limitaciones importantes en este estudio: el nivel de abandonos es muy alto (el 47% de los pacientes tratados, lo cual rebaja considerablemente el porcentaje de éxito señalado por los autores) y el grupo de control es una lista de espera (en lugar de ser una alternativa de tratamiento efectiva).

Se han publicado también algunos estudios de casos en los que se aplica la terapia racional-emotiva junto con la sensibilización encubierta y Valium (Bannister, 1977) y la terapia cognitiva de Beck (Toneatto y Sobell, 1990). Se trata, sin embargo, de estudios no controlados, que abarcan programas multimodales y muestran casos poco representativos.

En relación con estos resultados, se ha propuesto que la presencia de sesgos cognitivos en los jugadores patológicos indica la necesidad de contemplar la intervención cognitiva como parte de un tratamiento completo de la ludopatía (Labrador y Fernández-Alba, 1998; Ladouceur y Walker, 1998; Toneatto, 2002). Sin embargo, la presencia de sesgos cognitivos en el pretratamiento se ha mostrado independiente del éxito terapéutico a los 12 meses de seguimiento (cfr. Fernández-Montalvo, Báez y Echeburúa, 1996). Por otra parte, en la investigación de Echeburúa et al. (1994), comentada previamente en el apartado dedicado a la exposición, la reestructuración cognitiva se mostró inferior a un tratamiento combinado de control de estímulos y de exposición en vivo.

Por lo tanto, si bien la presencia de distorsiones cognitivas en el juego patológico resulta mucho más abrumadora que en el resto de los trastornos adictivos, no hay -al menos hasta el momento y para todos los casos- un apoyo empírico inequívoco a la utilización de técnicas cognitivas en el tratamiento de la ludopatía.

Terapia farmacológica

El tratamiento farmacológico se ha aplicado a los jugadores patológicos cuando éstos presentaban sintomatología depresiva, con riesgos o intentos de suicidio, y ansiedad elevada (González, 1989). Así, los psicofármacos que se contemplan como aplicables al juego patológico pueden agruparse en torno a dos grandes grupos (Bombín, 1992): los ansiolíticos y los antidepresivos, que tratan de neutralizar, respectivamente, la angustia y la depresión concomitantes con el impulso patológico al juego.

No obstante, en los últimos años se han comenzado a aplicar programas psicofarmacológicos específicos en el tratamiento del juego patológico. Los fármacos utilizados han sido, fundamentalmente, antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina.

En un estudio de caso bien controlado (Hollander, Frenkel, DeCaria, Trungold y Stein, 1992) se ha aplicado clomipramina, con una dosis de 125-150 mg/día, a una mujer de 31 años (con una fobia social discreta y ciertos rasgos de personalidad obsesiva) dependiente de juegos múltiples y que había sido previamente tratada, sin éxito, mediante la participación en Jugadores Anónimos y psicoterapia individual. La paciente redujo la conducta de juego considerablemente al cabo de 3 semanas de tratamiento y la interrumpió por completo al cabo de 10 semanas. La abstinencia se mantuvo, con la excepción de un episodio aislado de recaída en la semana decimoséptima de tratamiento.

En el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Bellvitge de Barcelona, se llevó a cabo un estudio en el que se trataba a 30 pacientes con dosis progresivas de naltrexona (antagonista bloqueador de los receptores opioides) que alcanzaban unas cifras de mantenimiento equivalentes a 150 mg en días alternos (Turón, Salgado, González y Vicente, 1990). La hipótesis subyacente es que el juego es una adicción no ligada al uso de sustancias, y que la sobreproducción de opioides endógenos (endorfinas) desempeña un papel importante en la génesis de todas las patologías adictivas y del control de los impulsos. Los pacientes fueron controlados semanalmente durante las primeras ocho semanas y pasaron posteriormente a un control mensual en los ocho meses restantes. Al cabo de 10 meses, la tasa de abstinencia era de un 56% de los pacientes tratados (un 20% desde el período de evaluación previo al tratamiento y un 36% desde el inicio de la terapia). El porcentaje de recaídas fue del 20% y hubo un 17% de abandonos. El 6% de los pacientes presentaron intolerancia a la naltrexona. No obstante, la ausencia de un grupo de control, con el que comparar los datos obtenidos en el grupo experimental, obliga a una interpretación cautelosa de los resultados. Ha habido otros estudios recientes con este mismo fármaco (Kim, Grant, Adson y Shin, 2001), comparándolo con el placebo, con resultados positivos pero no concluyentes.

Por otra parte, se intentó realizar un estudio mediante la utilización de fluvoxamina (un antidepresivo con efectos potentes sobre la transmisión serotoninérgica) en el tratamiento de jugadores patológicos (Saiz-Ruiz, 1992), basado en la hipótesis de la existencia de un nivel bajo de serotonina en este tipo de pacientes. Los sujetos eran asignados al azar a uno de estos dos grupos: a) fluvoxamina + psicoterapia de grupo centrada en el problema; b) placebo + psicoterapia de grupo centrada en el problema. La duración del programa era de un año y las dosis de fluvoxamina eran de 100 a 200 mg/día. Sin embargo, este estudio finalmente no se pudo terminar por las complicaciones metodológicas del diseño.

Por último, ha habido cuatro estudios recientes del grupo de Hollander. En el primero de ellos (Hollander, DeCaria, Mari, Wong, Mosovich, Grossman y Begaz, 1998), se trató a 10 jugadores patológicos con fluvoxamina. Al finalizar el tratamiento, 7 de ellos consiguieron dejar de jugar. En el segundo (Hollander, DeCaria y Finkell, 2000) se ha comparado la fluvoxamina con el placebo, con una superioridad significativa en el caso del fármaco activo. En el tercero (Pallanti, Baldini-Rosi, Sood y Hollander, 2002) se ha puesto a prueba la nefazadona (un antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina y de noradrenalina) en un ensayo no controlado con 12 sujetos, con resultados moderadamente positivos en el 75% de la muestra. Y en el cuarto (Pallanti, Quercioli, Sood y Hollander, 2002) se ha ensayado el litio, como estabilizador del estado de ánimo, en el tratamiento de la ludopatía, con unos resultados también moderadamente positivos.

No obstante, este enfoque ha sido objeto de diversas críticas (Bombín, 1992). En primer lugar, el déficit de serotonina de los jugadores patológicos pueden ser causa, pero también consecuencia del trastorno de conducta. En este supuesto sólo se estaría tratando un síntoma parcial del juego. En segundo lugar, la baja proporción de serotonina también está asociada a otros síntomas clínicos que aparecen en el juego patológico (ansiedad, depresión, ideación suicida, etc.). Así, cabe preguntarse si la alteración bioquímica referida se asocia en realidad al juego patológico o más bien a los síntomas psicopatológicos que con frecuencia lo acompañan. Por otra parte, por mucho que estén presentes alteraciones bioquímicas, no se pueden soslayar los importantes factores de aprendizaje, de control de estímulos, de distorsiones cognitivas, etc., que contribuyen a mantener las conductas de juego.

En resumen, si bien es prematuro obtener conclusiones definitivas, las terapias psicológicas constituyen la primera línea de tratamiento del juego patológico (Echeburúa y Báez, 1994). A modo complementario, el tratamiento farmacológico puede estar indicado sólo en aquellos casos de ludopatía con depresión grave y fuerte ansiedad, ideación suicida y conductas impulsivas descontroladas (Bombín, 1992; Echeburúa, Corral y Salaberría, 1998).

Prevención de las recaídas

Durante los últimos años ha cobrado una especial importancia el estudio de las recaídas en las conductas adictivas (cfr. Casas y Gossop, 1993). En todas las adicciones los dos tercios, aproximadamente, de todas las recaídas se producen en los tres primeros meses tras la terminación del tratamiento. Y el fracaso en el mantenimiento de la abstinencia, independientemente del trastorno adictivo concreto, aparece frecuentemente asociado a las mismas tres situaciones de alto riesgo: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social (Brown, 1987, 1989; Marlatt y Gordon, 1985).

Por lo que se refiere específicamente al juego patológico, las situaciones precipitantes de la recaída, según el estudio de Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez (1999), han resultado ser, por orden de importancia, las siguientes: el manejo inadecuado del dinero, los estados emocionales negativos, el consumo abusivo de alcohol, la avidez por el juego (el "craving") y, por último, la presión social (tabla 3).

Tabla 3- Factores precipitantes de la recaída en los jugadores patológicos (n=35) (Fernández-Montalvo et al., 1999)

Factores precipitantes	N (%)
Manejo inadecuado del dinero	17 (48,6%)
Estados emocionales negativos	9 (25,7%)

Consumo abusivo de alcohol	5 (14,3%)
Avidez por el juego (*"craving"*)	2 (5,7%)
Presión social	2 (5,7%)

En concreto, casi la mitad de todas las recaídas se han producido por un control inapropiado del dinero (disponibilidad de unos ingresos económicos inesperados, vigilancia excesiva del dinero por parte de la familia, terminación del pago de las deudas, etc.). El segundo factor en importancia ha sido la presencia de estados emocionales negativos (aburrimiento/tristeza, ansiedad/estrés, ira/discusiones, etc.), que explica el 25% de las recaídas. El resto de categorías (consumo abusivo de alcohol, "craving" y presión social), si bien son también importantes, explican un porcentaje menor de los fracasos terapéuticos.

El estudio de los factores precipitantes es fundamental para el diseño de estrategias eficaces de prevención de las recaídas. En el ámbito del juego patológico existen pocos estudios en este sentido. Es inicialmente McCormick (1993) quien propone un plan de prevención de recaídas en la ludopatía. En este programa se incluye un análisis de los factores de predisposición a la recaída y se proporcionan a los jugadores estrategias básicas de afrontamiento, así como acciones específicas para llevar a cabo si la recaída ocurre. Sin embargo, todavía no se dispone de información acerca de su eficacia.

En una investigación controlada reciente de Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez (1999, 2000) se puso a prueba la efectividad de dos modalidades de prevención de recaídas -grupal e individual- basadas en el modelo de Marlatt y Gordon (1985), en relación con un grupo de control. Para ello, se utilizó una muestra de 69 jugadores tratados, en una fase previa, mediante exposición en vivo con prevención de respuesta y control de estímulos. Posteriormente, una vez conseguida la abstinencia, recibían la intervención en prevención de recaídas. Los resultados obtenidos en el seguimiento de los 12 meses mostraron la superioridad de los grupos terapéuticos en relación con el grupo de control (tabla 4). En concreto, en este seguimiento los dos grupos terapéuticos eran homogéneos entre sí, con una tasa de éxitos del 82% en la modalidad individual y del 78% en la grupal, y significativamente superiores al grupo de control (52%) (X^2=6,05; $p<0,05$). Una descripción detallada de la guía de tratamiento utilizada para la prevención de recaídas, con el diario de sesiones correspondiente y los instrumentos de evaluación empleados, puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

Tabla 4- Tasa de éxitos y resultados de x2 en los distintos momentos de evaluación (n=69) (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 2000).

Evaluación	**Tratamiento individual** ---------- **N (%)**	**Tratamiento grupal** ---------- **N (%)**	**Grupo de control** ----------	***X^2***

			N (%)	
Post.	23 (100%)	23 (100%)	21 (91,3%)	4,11
1 mes	22 (95,7%)	21 (91,3%)	17 (73,9%)	5,36
3 meses	21 (91,3%)	21 (91,3%)	14 (60,9%)	9,28 **
6 meses	20 (87%)	20 (87%)	13 (56,5%)	7,97 *
12 meses	19 (82,6%)	18 (78,3%)	12 (52,2%)	6,05 *

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Por otra parte, en cuanto a las variables predictoras del fracaso terapéutico, en este estudio la menor satisfacción con el tratamiento, el mayor grado de consumo de alcohol y el neuroticismo, como variable de personalidad, eran predictores de fracaso terapéutico a largo plazo (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 2001).

Conclusiones

Los estudios referidos a la terapia del juego patológico prueban que este cuadro clínico responde bien a los tratamientos ofertados. Desde una perspectiva general, se han obtenido unas tasas de éxito superiores al 50% de los casos tratados con un control mínimo de seguimiento de 6 meses. Además, esta tasa de éxito puede aumentar incluso hasta el 80% cuando se aplican técnicas conductuales -control de estímulos y exposición en vivo con prevención de respuesta, principalmente- seguidas de una intervención cognitivo-conductual en prevención de recaídas (cfr. Echeburúa et al., 1999, 2000). En la actualidad este tipo de técnicas constituyen, sin duda, el tratamiento de elección de la ludopatía.

El empleo de técnicas cognitivas no parece ser tan necesario para conseguir la abstinencia del juego. Independientemente del número elevado de distorsiones cognitivas que presentan los jugadores patológicos (cfr. Fernández-Montalvo et al., 1996), la eficacia de los tratamientos a largo plazo no aumenta cuando se incluyen este tipo de intervenciones cognitivas (cfr. Echeburúa et al., 1996).

Si bien el tratamiento psicológico es prioritario en el ámbito de la ludopatía, queda pendiente, desde una perspectiva psicofarmacológica, el estudio de las situaciones concretas en las que el empleo de medicación (por ejemplo, la paroxetina u otro IRSS), de forma combinada con la terapia psicológica, potencia la eficacia terapéutica -jugadores con un nivel elevado de impulsividad, por ejemplo-. En nuestro país, se han realizado algunos intentos en este sentido (cfr. Saiz-Ruiz, 1992; Turón et al., 1990), pero los resultados obtenidos hasta la fecha no se han concluido satisfactoriamente. (Grant y Kim, 2002; Grant, Kim y Potenza, 2003).

Hay muchas cuestiones que no están todavía suficientemente resueltas. Por ejemplo, el estudio de la ludopatía en función del sexo se ha hecho de una forma

muy incompleta. En general, los hombres tienden a jugar más por excitación y para ganar dinero; las mujeres, para hacer frente a problemas personales (soledad, depresión, etc.) y familiares. Pero estas diferencias no se han tenido en cuenta a la hora de diseñar tratamientos específicos. De hecho, son muy pocas las mujeres que han formado parte de las investigaciones clínicas publicadas hasta la fecha.

En este sentido, un reto de futuro es diseñar estrategias motivacionales para el tratamiento con el objetivo de atraer a la terapia a personas que niegan o minimizan su dependencia del juego (Hodgings, Currie y El-Guebaly, 2001), así como hacer un estudio específico de los abandonos del tratamiento (Ladouceur, Grosselin, Laberge y Blaszczynski, 2001). También resultaría de interés diseñar tratamientos concretos para tipos de juegos específicos (Raylu y Oei, 2002).

Desde otra perspectiva, resulta de interés el tratamiento de los trastornos duales. En las investigaciones controladas sobre la terapia del juego patológico se utilizan, por razones metodológicas, jugadores puros, sin otro trastorno psicopatológico concomitante. No obstante, la experiencia clínica demuestra la existencia, en numerosas ocasiones, de comorbilidad e incluso de un diagnóstico dual en el ámbito de la ludopatía (alcoholismo, esquizofrenia y deficiencia mental, principalmente, en el eje I; trastorno antisocial y borderline de la personalidad, en el eje II) (Blaszczynski y Steel, 1998; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2001). En estos casos, las técnicas terapéuticas propuestas no se muestran tan útiles como en los jugadores puros. Se requiere más investigación a este respecto.

Por último, una cuestión de gran interés es la referida a las diferencias individuales. ¿Necesitan todos los jugadores patológicos tratamiento para controlar su hábito? Aunque prácticamente no hay investigaciones controladas sobre la evolución espontánea de los pacientes no tratados, algunos, como ocurre también en el caso de ciertos bebedores excesivos y de ciertos fumadores, pueden dejar de jugar por sus propios medios; otros, por el contrario, no responden ni al mejor de los tratamientos disponibles. En el estudio de Echeburúa et al. (1994), por ejemplo, el 25% de los pacientes pertenecientes al grupo de control habían dejado de jugar a pesar de no haber recibido ninguna intervención terapéutica durante un período de 6 meses.

En otras palabras, la adaptación de los objetivos clínicos (abstinencia total o juego controlado) y de los programas de tratamiento a las necesidades individuales, así como el papel terapéutico mismo de los manuales de autoayuda (por ejemplo, Blaszczynski, 1998, Milton, 2001 o Hodgins, 2002, en el ámbito anglosajón, y Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997, en el ámbito hispanohablante), constituyen una cuestión no resuelta que requiere una detallada investigación (Blaszczynski y Nower, 2002).

Referencias

Arribas, M.P. y Martínez, J.J. (1991). Tratamiento individual de jugadores patológicos: descripción de casos. Análisis y Modificación de Conducta, 17, 255-269.

Báez, C. y Echeburúa, E. (1995). El control de estímulos y la exposición con prevención de respuesta como tratamiento psicológico de la ludopatía en un adolescente. Análisis y Modificación de Conducta, 21, 125-145.

Báez, C., Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1994). Características demográficas, de personalidad y psicopatológicas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un estudio descriptivo. Clínica y Salud, 5, 289-305.

Bannister, G. (1977). Cognitive and behaviour therapy in a case of compulsive gambling. Cognitive Therapy and Research, 1, 227-237.

Becoña, E. (1993). El juego compulsivo en la comunidad autónoma gallega. Santiago de Compostela. Junta de Galicia.

Becoña, E. (1996). La ludopatía. Madrid. Aguilar.

Blaszczynski, A.P. (1995). Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. Journal of Gambling Studies, 11, 195-220.

Blaszczynski, A.P. (1998). Overcoming compulsive gambling. A self-help guide using cognitive behavioral techniques. London. Robinson.

Blaszczynski, A.P. y Steel, Z. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. Journal of Gambling Studies, 14,51-71.

Blaszczynski, A.P. y Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. Addiction, 97,487-499.

Bombín, B. (1992). Enfoques farmacológicos. Serotonina y ludopatía. En B. Bombín (Ed). El Juego de Azar. Patología y Testimonios. Valladolid. Junta de Castilla y León.

Brown, R.I.F. (1987). Classical and operant paradigms in the management of gambling addictions. Behavioural Psychotherapy, 15, 111-122.

Brown, R.I.F. (1989). Relapses from a gambling perspective. En M. Gossop. Relapse and addictive behaviour. New York. Routdge.

Bujold, A., Ladouceur, R., Sylvain, C. y Boisvert, J.M. (1994). Treatment of pathological gamblers: an experimental study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25, 275-282.

Casas, M. y Gossop, M. (1993). Recaída y prevención de recaídas. Barcelona. Citrán.

Echeburúa, E. (1992). Psicopatología, variables de personalidad y vulnerabilidad psicológica al juego patológico. Psicothema, 4, 7-20.

Echeburúa, E. y Báez, C. (1994). Tratamiento psicológico del juego patológico. En J.L. Graña (Ed.). Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento. Madrid. Pirámide.

Echeburúa, E., Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1994). Efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del juego patológico. Análisis y Modificación de Conducta, 20, 617-643.

Echeburúa, E., Báez, C. y Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: long-term outcome. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 24, 51-72.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. Clínica y Salud, 5, 251-258.

Echeburúa, E., Corral, P. y Salaberría, K. (1998). Terapia de conducta y tratamientos psicofarmacológicos. En M.A. Vallejo (Ed.). Manual de terapia de conducta (vol. 1). Madrid. Dykinson.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (1999). Prevención de recaídas en la terapia del juego patológico: eficacia diferencial de tratamientos. Análisis y Modificación de Conducta, 25, 375-403.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (2000). Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: long-term outcome. Behavior Therapy, 31, 351-364.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (2001). Predictors of therapeutic failure in slot-machine pathological gamblers following behavioural treatment. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29, 379-383.

Fernández-Montalvo, J., Báez, C. y Echeburúa, E. (1996). Distorsiones cognitivas de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras en tratamiento: un análisis descriptivo. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 37, 13-23.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta. Madrid. Pirámide.

Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Báez, C. (1999). Las recaídas en el juego patológico: un estudio de las situaciones precipitantes. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 4, 115-121.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2001). Trastornos de personalidad y juego patológico: una revisión crítica. Psicología Conductual, 9, 527-539.

González, A. (1989). Juego Patológico: Una Nueva Adicción. Madrid. Tibidabo.

Grant, J.E. y Kim, S.W. (2002). Pharmacotherapy of pathological gambling. Psychiatric Annals, 32, 186-191.

Grant, J.E., Kim, S.W. y Potenza, M.N. (2003). Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. Journal of Gambling Studies, 19, 85-109.

Greenberg, D. y Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in treatment. British Journal of Psychiatry, 140, 364-366.

Hodgins, D.C. (2002). Becoming a winner. Defeating problem gambling. Calgary, Canadá.

Hodgins, D.C., Currie, S.R. y El-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 50-57.

Hollander, E., DeCaria, C.M., Mari, E., Wong, C.M., Mosovich, S., Grossman, R. y Begaz, T. (1998). Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. American Journal of Psychiatry, 155, 1781-1783.

Hollander, E., DeCaria, C.M. y Finkell, J.N. (2000). A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. Biological Psychiatry, 47, 813-817.

Hollander, E., Frenkel, M., DeCaria, C., Trungold, S. y Stein, D.J. (1992). Treatment of pathological gambling with clomipramine. American Journal of Psychiatry, 149, 710-711.

Irurita, I.M. (1996). Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía. Sevilla. Comisionado para la Droga, Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía.

Kim, S.W., Grant, J.E., Adson, D.E. y Shin, Y.C. (2001). Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. Biological Psychiatry, 49, 914-921.

Labrador, F.J. y Fernández-Alba, A. (1998). Juego patológico. En M.A. Vallejo (Ed.). Manual de terapia de conducta (vol. 2). Madrid. Dykinson.

Ladouceur, R. (1993). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y de dinero. Psicología Conductual, 1, 361-374.

Ladouceur, R., Boisvert, J.M. y Dumont, J. (1994). Cognitive-behavioral treatment for adolescent pathological gamblers. Behavior Modification, 18, 230-242.

Ladouceur, R., Sylvain, C., Letarte, H., Giroux, I. y Jacques, C. (1998). Cognitive treatment of pathological gamblers. Behaviour Research and Therapy, 36, 1111-1119.

Ladouceur, R. y Walker, M. (1998). Cognitive approach to understanding and treating pathological gambling. En A.S. Bellak y M. Hersen (Eds.). Comprehensive clinical psychology. New York. Pergamon.

Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J. y Jacques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. Journal of Nervous and Mental Disease, 189, 774-780.

Ladouceur, R., Grosselin, P., Laberge, M. y Blaszcynski, A. (2001). Dropouts in clinical research: Do results reflect clinical reality?. Behavior Therapist, 24, 44-46.

Lesieur, H.R. y Heineman, M. (1988). Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. British Journal of Addictions, 83, 765-771.

Lorenz, V.C. y Yaffee, R.A. (1988). Pathological gambling. Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. Journal of Gambling Behavior, 4, 13-26.

Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change. New York. Guilford Press.

McConaghy, N., Armstrong, M.S., Blaszczynski, A. y Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitization in compulsive gambling. British Journal of Psychiatry, 142, 366-372.

McConaghy, N., Armstrong, M.S., Blaszczynski, A. y Allcock, C. (1988). Behavior completion versus stimulus control in compulsive gambling. Implications for behavioral assessment. Behavior Modification, 12, 371-384.

McConaghy, N., Blaszczynski, A. y Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling. A two- to nine-year follow-up. British Journal of Psychiatry, 159, 390-393.

McCormick, R.A. y Ramírez, L.F. (1988). Pathological gambling. En J.G. Howells (Ed.). Modern perspectives in psychosocial pathology, New York. Brunner/Mazel Inc.

McCormick, R.A., Russo, A., Ramirez, L. y Taber, J. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. American Journal of Psychiatry, 141, 215-218.

Milton, S. (2001). Stop gambling. A self-help manual for giving up gambling. Sydney, Australia.

Pallanti, S., Baldini-Rossi, N., Sood, E. y Hollander, E. (2002). Nefadozone treatment of pathological gambling: A prospective open label controlled trial. Journal of Clinical Psychiatry, 63,1034-1039.

Pallanti, S., Quercioli, L, Sood, E. y Hollander, E. (2002). Lithium and valproate treatment of pathological gambling: A randomized single-blind study. Journal of Clinical Psychiatry, 63, 559-564.

Raylu, N. y Oei, T. (2002). Pathological gambling. A comprehensive review. Clinical Psychology Review, 22, 1009-1061.

Rodríguez-Martos, A. (1989). Estudio piloto estimativo de la prevalencia de juego patológico entre los pacientes alcohólicos que acuden al Programa DROSS. Revista Española de Drogodependencias, 14, 265-275.

Rosecrance, J. (1988). Active gamblers as peer counselors. The International Journal of Addictions, 23, 751-766.

Saiz-Ruiz, J. (1992). No hagan juego, señores. Interviú, marzo de 1992, nº 829, 24-28.

Sylvain, C., Ladouceur, R. y Boisvert, J.M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 727-732.

Symes, B.A. y Nicki, R.M. (1997). A preliminary consideration of cue-exposure, response-prevention treatment of pathological gambling behaviour: two cases studies. Journal of Gambling Studies, 13, 145-157.

Tejeiro, R. (1996). Estudio sobre el juego de azar en Algeciras. Prevalencia y características sociodemográficas. Algeciras. JARCA.

Toneatto, T. (2002). Cognitive therapy for problem gambling. Cognitive and Behavioral Practice, 9, 191-199.

Toneatto, T. y Sobell, L.C. (1990). Pathological gambling treated with cognitive behaviour therapy: a case report. Addictive Behaviors, 15, 497-501.

Turón, J.V., Salgado, P., González, A. y Vicente, P. (1990). Tratamiento farmacológico del juego patológico. Actas de la XV Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (Córdoba), 368-375.

LA MUSICOTERAPIA COMO MÉTODO PARA LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD:

Una investigación piloto sobre el canto materno cual instrumento de prevención y de terapéutica precoz finalizadas a la estabilización neuro-comportamental y psico-afectiva de recién nacido prematuro

Elisabetta M. Chiusano
Luciano F. F. Peirone
Elena Gerardi

Introducción general

La musico terapia es un punto de conjunción entre psicología clínica y psicología de la salud. La musicoterapia es un método científico como una técnica de intervención que últimamente se vine consolidando. La experimentación (sea en el ámbito de la investigación pura, como en el ámbito clínico-aplicativa) confirma una lenta pero seguro avance de este instrumento.

Nacida de una manera obvia, como muchos otros instrumentos, con finalidades directamente "curativas", la músico terapia instrumental-vocal se va enriquecendo progresivamente de finalidades más esfumadas y más amplias: en pocas palabras, este ramo de la psicología (que funde psicodinámica y orientaciones hipnóticas) se coloca hoy , a lo largo de su proceso de maduración, en el punto de convergencia entre la psicología clínica y la psicología de la salud. Esto será el fundamento de este ensayo, centrado sobre un uso en términos de intervención precoz/prevención, realizado sobre recién nacidos prematuro, sometidos cabalmente a un tratamiento hospitalario de estabilización neuro-comportamental y emotivo-afectiva.

Por lo demás, antes de entrar en lo vivo de la investigación empírica, es oportuno delinear algunos aspectos de orden macro teórico-metodológico, al fin de

comprender mejor el sentido por lo que la musico terapia ha sido aplicada: los autores -en particular Chiusano (2004) por los aspectos concernientes la metodología y ejecutivos de la intervención musico terapéutica han utilizado la terapia vocal, sea como tratamiento de un problema patológico (el nacimiento pretérmino), sea como instrumento de construcción preventiva por el binomio bienestar-salud en el recién nacido y en su relación con la madre.

Obrar sobre el ser humano mediante la terapéutica musical-vocal constituye un modo para administrar el paciente en un sentido "clínico", es decir, en primer lugar con el fin de diagnosticar el malestar y, en segundo lugar, de eliminar el malestar. La potente acción del instrumento musical o de la voz humana es capaz de estimular sea la fantasía como la imaginación, en particular sugiriendo creativas percepciones-sensaciones-visualizaciones que, obrando sobre todo a un nivel subliminal, trasladan la psique desde la área del malestar al área del bienestar. A su vez, la positiva intervención musical-vocal no directamente terapéutica, utiliza el mismo método (inmersión en estados de conciencia casi primitivos-profundos, inconscientes, típicos de los procesos psicoanalíticos primarios), yendo a construir (literalmente a "pro-mover") condiciones benéficas de vida, aunque independientes del fin "mal-levador". En este sentido, estamos en presencia de una modalidad en la que el ser humano es un cliente-usuario (no paciente) sometido a una intervención en términos de "salud".

Claramente, de un lado se ha realizado diagnosis y terapéutica (con una intervención ex post respecto al problema) y del otro, se ha realizado prevención del mal, como también tutela y promoción del bien (con una intervención ex ante respecto al problema). Sin prolongarse demasiado sobre el tema de la "sistematización abstracta", entendemos, sin embargo, remachar algunos aspectos de meta-nivel que hacen de fondo a nuestra concreta investigación empírica efectuada en el sector de la terapéutica intensiva en neonatología.

El tradicional concepto de "sanidad" se ha alejado progresivamente, dando a extenderse hacia el concepto de "salud": así, está siempre más subrayado el peso de la psicología, como ciencia de la subjetividad y de la participación activa del ser viviente: para "hacer salud" en medida óptima, se necesita de un sujeto sabedor, activo, partícipe; la salud es, en primera instancia, un hecho psíquico.

Varios autores (Stone, Cohen & Adler, 1979; Matarazzo, 1980; Giovannini, Ricci Bitti, Sarchielli & Speltini, 1982; Bertini, 1988; Gerardi & Peirone, 1989; Peirone & Gerardi, 1991; Oblitas & Becoña, 2000; Cohen, McCharque & Collins, 2003; Oblitas, 2003), indican con claridad la naturaleza de la psicología de la salud.

Además, varios autores indican con claridad, las semejanzas, las diferencias, las confluencias, y sobre todo, la entretejedura-embricación entre psicología clínica y psicología de la salud (Korchin, 1976; Kendall & Norton-Ford, 1982; Peirone, 1995 & 1997; Oblitas, 2004).

Estamos, entonces, en presencia de una lógica modelistica (o sea concerniente el modelo) que se inserta a título lleno en la epistemología de la complejidad, caracterizada por confines, superposiciones, inclusiones, implicaciones. Un ejemplo muy importante sobre las interfachas de las dos disciplinas es aquello del acercamiento terapéutico ecléctico y trans-teorético de Prochaska (1984) y Norcross (1986): oportunamente reinterpretado por uno de nosotros (Peirone, 1995 & 1997), eso lleva a un ensanchamiento del discurso concerniente la metodología, hacia la complejidad, con fecundas aberturas propio hacia la psicología de la salud.

Menor especialismo, menor reduccionismo, mayor capacidad de "movimientos transversales" entre las varias disciplinas/subdisciplinas, mejor sensibilidad "multidisciplinalinterdisciplinal", una más refinada atención metodológica; estas son las ventajas de unacercamiento enriquecido bajo el perfil lógico-epistemológico. Estas son las peculiaridades de un asiento realizado según los dictámenes de la "health psychology". En síntesis, la "psicología para los sanos" constituye un lógico y actual desarrollo de la "psicología para los enfermos", con las dos disciplinas que mantienen cada una su propia individualidad, pero que se descubren estrechamente "emparentadas". Y eso, entre otras cosas, como subraya Oblitas (2004), es típico de cuanto acaece en el contexto hospitalario.

En definitiva, en la investigación piloto en cuestión, el recién nacido ha sido tomado en consideración sea como "pequeño paciente" sea (y sobre todo) como "pequeño cliente-usuario no enfermo": he explicado aquí el sentido, ya sea del tratamiento precoz del malestar, sea de la prevención del malestar, como de la promoción del bienestar. De esto resulta evidente el "alejamiento" que privilegia la metodología de la salud respecto a la metodología clínica.

Métodos y objetos de la intervención musico terapéutica con el uso de la voz materna.

La musico terapia es un tipo de método sensorial que utiliza el elemento sonoro con finalidades terapéuticas: es una forma de psicoterapia o de reeducación; la técnica utilizada, que emplea el sonido y la música – bajo todas sus formas– como medio de expresión, de comunicación, de estructuración y de análisis de la relación (Lecourt, 1992 & 1994). Se puede definir la musico terapia de dos maneras: la una considera el aspecto científico, la otra considera el aspecto terapéutico (Benenzon, 1982). Desde el punto de vista científico, la musico terapia es "una disciplina científica que se ocupa del estudio y de la investigación del complejo 'sonido-ser humano', con el objetivo de investigar elementos de diagnosis y métodos terapéuticos". De la presente definición podemos deducir que la musico terapia así concebida haya hoy una importancia que va mucho más allá de lo que la misma palabra sugiere, por lo tanto, se puede decir que no se reduce a la sola sintomatología patológica. Desde un punto de vista terapéutico, en cambio, la musico terapia es "una disciplina paramédica que utiliza el sonido, la música y el movimiento para provocar efectos regresivos y abrir canales de comunicación, con el objetivo de activar, por sus trámite, el proceso de socialización y de inserción social" (Benenzon, 1982).

Desde un punto de vista dinámico y a la luz de su larga experiencia clínica, Benenzon resume así el concepto de esta disciplina: "La musico terapia es una técnica psicoterapéutica que utiliza el sonido, la música, el movimiento y los instrumentos corpóreos, sonoros y musicales para desarrollar, elaborar y analizar un vínculo o una relación entre musico terapeuta y el paciente (o grupo de pacientes) con el objetivo de mejorar la calidad de vida, de rehabilitarlo/s y recobrarlo/s para la inserción social" (Benenzon, 1982).

La musico terapia es un recurso terapéutico no tradicional, que va a integrar las disciplinas concernientes a la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de diferentes formas de des-habilidad, así como el campo de la salud mental (Delli Ponti & Luban Plozza, 1996): puede, por lo tanto, considerarse una entre las terapias posibles en términos de psicología de la salud.

La musicoterapia postula el uso del sonido y de la música como parámetros relacionales no verbales, a través los cuales es posible construir una relación

terapéutica: la intervención musico terapéutica es finalizada a la expresión y a la maduración del mundo interior del paciente, como también al mejoramiento de sus potencialidades adaptativas respecto al mundo real.

De todos los instrumentos, el más potente y accesible es la voz humana; ese es el instrumento más fácil con qué expresar la propia intención, y con qué canalizarla. La voz materna representa el elemento capaz de dar continuidad a la discontinuidad que marca el nacimiento, sobre todo si es prematuro. De los estudios de Mancia (1982), emerge la importancia de la voz materna como elemento de resalto entre los ritmos y los movimientos del mundo prenatal. Se trata del material sensorial que contribuye a determinar en el niño primeramente la construcción del Sí neurofisiológico – o sea la representación que él tiene de sí mismo como organismo que funciona, capaz de recibir y de emitir respuestas adecuadas – y después la definición del Sí mental, o sea la representación de sí mismo como ser pensador a través la relación con su madre.

Fornari también evidencia la influencia de la voz materna sobre el vivido originario eindica en ésta uno de los elementos de continuidad experiencial entre la vida prenatal y aquella que sigue a la cesura del nacimiento (Fornari, 1970 & 1984).

El sonido se impone al niño antes de su nacimiento: el mundo sonoro intrauterino representa una especie de baño de sonidos (Fornari, 1984), constituido de ruidos intestinales y respiratorios, voces externas y ruidos del ambiente, filtrados por el líquido amniótico. De estos elementos se evidencia una estructura rítmico-fónica primaria constituida por el latido cardíaco y por la voz materna (Mancia, 1990). Esta estructura es compuesta de estímulos dotados de forma y llenos de afectividad. El feto -y sucesivamente el recién nacido -introyecta tal forma significante y se encamina hacia la construcción de un mundo simbólico personal.

En el inconsciente materno reside lo que Benenzon llama el ISO gestaltico (ISO = Identidad Sonora), o sea aquel núcleo profundo que resume el vivido sonoro desde las formas arquetípicas hasta aquellas de la historia más reciente (Benenzon, 1982 & 1997). Su origen es común a todos los seres humanos: se encuentran las sonoridades del latido cardíaco, de la respiración, de la voz y del agua. A éstas se añaden los vividos del nacimiento y de la crecida, como también aquellos ligados a la pertenencia al grupo familiar, social y cultural.

Anzieu sostiene que en la experiencia sonora que acompaña el amamantamiento se forma el primer núcleo del Sí constituido como envoltura sonora. "Antes que la mirada y la sonrisa de la madre, que le nutre y le cura, reenvíen al niño una imagen de sí que le sea visiblemente perceptible y que él interiorice para constituirse como individuo original y diferenciarse de los otros; el baño melódico del ambiente pone a su disposición un primer espejo sonoro del cual hace uso primeramente con sus propios gritos y, por fin, con sus juegos de articulación vocal" (Anzieu, 1987).

Imberty afirma que el recién nacido, a través las sonoridades ambientales y las sensaciones procuradas de éstas, constituye progresivamente la unidad del Yo "como envoltura conteniente", permitiendo al aparato psíquico de desarrollar su capacidad de significar y de simbolizar (Imberty, 1981 & 1986).

Sobre la base de estas consideraciones, en el ámbito de esta investigación nos hemos puesto de un lado, el objetivo de evidenciar cuanto el universo sonoro y vocal del recién nacido sea sobre todo un universo afectivo y humano y que adquiera significado en la relación que el niño tiene con su propia madre y, a través la madre, con si mismo; por otro lado, el objetivo de evaluar, a través la

intervención musicoterapéutica, los efectos de la escucha de la voz materna como facilitación de la estabilización de los diferentes subsistemas del recién nacido prematuro de peso al nacimiento inferior a 1500 gramos.

En 1935, la American Academy of Pediatrics y, sucesivamente, en 1949 la Organización Mundial de la Sanidad (OMS), han asumido como único criterio por la definición de la prematuridad el peso al nacimiento inferior o igual a 2500 gramos. Sin embargo, en el curso de los años, la práctica clínica ha evidenciado que los recién nacidos incluidos en la categoría "prematuros" eran heterogéneos entre ellos relativamente a sus condiciones clínicas y a las intervenciones terapéuticas necesarias para su supervivencia; esto impedía trazar unas líneas guía para el tratamiento del recién nacido prematuro que fueran aplicables indistintamente a todos estos niños. Se ha puesto, en consecuencia, la necesidad de especificar ulteriormente la definición de prematuridad, incluyendo también la referencia a la edad gestacional del recién nacido.

En 1969, la OMS ha definido nuevamente la categoría de la prematuridad sobre la base de la aplicación de los dos los criterios: el peso al nacimiento inferior a 2500 gramos y la edad gestacional inferior a 37 semanas, correspondientes a 259 días de gestación (NHMRC, 2000).

Lubchenco ha propuesto una clasificación de los recién nacidos con base al peso y a la edad gestacional, representándola gráficamente en los así llamados "papeles de crecida intrauterina" (Lubchenco, 1979). Este sistema de clasificación prevé tres categorías generales, definidas sobre la base de la edad gestacional (abreviada: e.g.):

- Nacidos a término: e.g. 37-42 semanas;

- prematuro: e.g. < 37 semanas;

- post-prematuro: e.g. > 42 semanas.

Cada una de estas tres categorías resulta subdividida en tres subcategorías, sobre la base del adecuado peso al nacimiento respecto a la edad gestacional:

- small for gestational age: SGA;

- appropriate for gestational age: AGA;

- large for gestational age: LGA.

Los extremos de la crecida están expresos en centiles (10°, 5° o 3°) o en desviaciones estándar de manera que se pueda identificar a los niños con significativas desviaciones de la norma. Estos papeles son hoy ampliamente utilizados ya sea en la práctica clínica ,ya en la investigación, evidenciando tres áreas correspondientes a tres categorías:

- recién nacidos pequeños por la e.g. (SGA) = peso inferior al 10° centil;

- recién nacidos adecuados a la e.g. (AGA) = peso al nacimiento comprendido entre

el 10° y el 90° centil;

- recién nacidos grandes por la e.g. (LGA) = peso al nacimiento mayor del 90° centil.

En general, existe una relación inversamente proporcional entre edad gestacional y peso al nacimiento de un lado y incremento de la morbididad y de la mortalidad del otro.

En otros términos, excluyendo algunos casos particularmente graves que presentan, por ejemplo, anomalías congénitas, infecciones intrauterinas, etc., la baja edad gestacional es asociada a un peso al nacimiento otro tanto bajo; a tal condición, a menudo, se añaden elementos de riesgo o de patología importantes y determinantes para el éxito evolutivo del niño (NHMRC, 2000; Faranoff, 2001; Southgate & Pittard, 2001; Baldini et al., 2002).

El parto, y en particular aquel prematuro, constituye una brusca e improvisada interrupción de la relación simbiótica, por lo que tal ruptura (como también frustración) contribuye a la creación de la díada: por este motivo se ha escogido de utilizar –cual factor de estabilización afectiva- la voz materna, así pronto reconocida y buscada, aquella voz que el niño percibe en el interior de una relación simbiótica de cambio y que constituye el 'trait d'union' en esta delicada fase de paso de la vida intrauterina a la vida extrauterina.

Independientemente de su propio estado de salud, el recién nacido prematuro no es simplemente un niño "pequeño" a causa de la baja edad gestacional, sino que ha nacido con sistemas poco desarrollados que todavía no están completamente aptos a la vida extrauterina.

El desarrollo del sistema sensorial parece también influido para una adecuada estimulación: la experiencia del recién nacido durante la vida extrauterina juega un rol fundamental en el facilitar y mantener la maduración neuronal precoz y en el determinar el comportamiento.

Materiales y métodos. El estímulo sonoro humano

Para el estudio han sido reclutados 23 recién nacidos prematuros de peso muy bajo (peso neonatal inferior a 1500 gramos), acogidos al nacimiento en la Terapéutica Intensiva Neonatal de la Cátedra de Neonatología de la Universidad de Turín (Hospital S. Anna), Italia.

Han sido excluidos los niños afectados por graves malformaciones y síndromes genéticas, recién nacidos sometidos a sedantes o con graves condiciones clínicas al nacimiento y persistentes después de la primera semana de vida.

Ha sido también seleccionada una población de control (23 recién nacidos), por lo cual no se había previsto la intervención musicoterapéutica, que presentara las mismas características respecto a los casos, al fin de poder efectuar una

confrontación, ya sea desde el punto de vista cuantitativo (estadístico), ya desde aquello cualitativo (relacional).

Para el primero grupo se ha utilizado como estimulación la voz materna, del vivo, directa a su propio niño y con melodía igual por todas las madres. Se había previsto un período de observación de la duración total de 21 minutos, repartidos así:

- antes de la escucha: 7 minutos

- durante la escucha: 7 minutos

- después de la escucha: 7 minutos

La duración de la observación –sea de la población tomada en consideración como aquella de control- ha sido establecida confrontando diferentes investigaciones efectuadas en los Estados Unidos de América sobre el recién nacido prematuro.

Las observaciones, por cada recién nacido, han sido desenvueltas cada día, al empezar de la segunda semana de vida hasta la dimisión.

Las condiciones de base de la observación eran:

- recién nacido puesto en la incubadora o en la cuna;

- ambiente posiblemente tranquilo;

- luces tenues;

- portilla de la incubadora abierta;

- postura de ijada con la cara vuelta hacia el seno;

- solo body, sin trajecito;

- tela puesta sobre la incubadora, solevantada.

Para estandarizar los parámetros de observación ha sido elaborada una ficha según el modelo teórico propuesto de Als (Als, Lester, Tronick & Brazelton, 1982) para comprender y evaluar la individualidad y la especificidad del niño al afrontar el proceso de desarrollo.

Según el modelo sinactivo del desarrollo del recién nacido prematuro (Als, 1986, 1991 & 1992), los cinco subsistemas (neurovegetativo – motriz – estados comportamentales – atención/interacción – autorregulación) maduran según una determinada secuencia, y segundo un proceso interactivo, en que la estabilidad y el buen funcionamiento de un sistema facilitan la maduración del sucesivo, mientras la instabilidad de un sistema influye negativamente la maduración de los otros.

Al interior de tal modelo, el sistema neurovegetativo (autónomo) representa el "fundamento" y el sistema motor representa un "potente estabilizador": la estabilidad de este último, en efecto, es esencial para favorecer una motilidad más organizada y por eso un desarrollo psícomotriz global más armónico.

Para poder comprender las potencialidades de desarrollo del recién nacido prematuro, y por otro lado establecer los éxitos de una eventual intervención, es necesario evaluar las señales comportamentales de desorganización y de organización.

Lo que se ha querido evaluar es el efecto de la intervención musicoterapéutica (la voz materna) sobre la organización de los subsistemas del recién nacido de peso muy bajo, sobre su estabilización afectiva y si el efecto eventual se mantiene también después del momento de la misma intervención.

Por cada recién nacido se ha registrado, al momento del comienzo del estudio, algunos datos anamnésticos y clínicos: tipo de parto, sexo, peso neonatal, e.g. al momento del nacimiento, puntuación de Apgar, diagnosis de nacimiento, ventilación y tipo de ventilación (SIMV, HFVO, cPAP, O2 flujo libre), alimentación y modalidad de alimentación (OGC, en bolos, por succión), ecografía cerebral en el momento del nacimiento (normal o patológica: hiperecogenicidades periventriculares, hemorragias, leucomalacias).

Por cada evaluación se ha registrado sobre expresa ficha: datos anamnésticos diarios (peso diario, edad cronológica, edad correcta, ventilación y tipo de ventilación, alimentación y modalidad de alimentación, ecografía cerebral), parámetros vitales (frecuencia cardíaca, saturación transcutánea de oxígeno), señales de stress y instabilidad (regurgitación, vómito, sollozo, startles, tremores, clonias, visajes, boca abierta flácida, abertura en abanico de los dedos de las manos) y señales de estabilización (sonrisa, succión no nutritiva) antes, durante y después de la estimulación.

Todos los datos se han registrado utilizando Microsoft Access 97 y se han analizado con el programa SPSS utilizando, para establecer la significación estadística, el test de Pearson.

Resultados y discusión. La voz humana contra el malestar y para el bienestar

Inicialmente se ha tomado en consideración la población de todos los 23 recién nacidos sometidos a la escucha (1° grupo: casos), confrontando los tres momentos en los que se ha repartido la observación (antes, durante y después de la escucha del canto). Sucesivamente se han confrontado los recién nacidos de edad gestacional al nacimiento inferior o igual a 28 semanas con los recién nacidos de edad gestacional superior a 28 semanas y los recién nacidos de edad gestacional inferior a 32 semanas en el momento de la observación con los recién nacidos de edad gestacional superior o igual a 32 semanas.

Luego se han confrontado los 23 recién nacidos objeto de estudio con los 23 niños tomados como controles (2° grupo: control) subdividiéndoles en dos fajas de edad

gestacional en el momento de la observación: inferior o igual a 28 semanas y superior a 28 semanas.

Tomando en consideración el entero conjunto de las observaciones relativas al grupo de los recién nacidos a los cuales se ha propuesto la intervención músico terapéutica, se puede notar que los niños son ya de por sí estables desde el punto de vista neurovegetativo visceral: la presencia de regurgitación y sollozo es ya baja antes de la intervención (4,9% y 3,8% respectivamente) y no varía en modo significativo ni en el curso de la intervención ni después de la intervención.

También la frecuencia cardiaca y la saturación del oxígeno se mantienen estables urante y después de la escucha.

Tales observaciones no asombran, ya que se trata de sujetos que han superado la fase intensiva post-natal y que tienen una edad gestacional media en el momento de las observaciones, de 33 semanas, época en la que es por lo general adquirida la estabilidad del sistema neurovegetativo y inicia el desarrollo del sistema de la atención-interacción, así importante para la relación con el ambiente externo.

Es interesante notar, en cambio, cómo la escucha de la voz materna influye de manera positiva la estabilidad motriz (tab. 1): la incidencia de tremores y startles es en efecto significativamente más baja durante la escucha (47,4% vs. 66,0% y 13,4% vs. 31,4% respectivamente). El efecto positivo se mantiene, ya sea por los tremores como por los startles, también una vez concluido el tiempo de escucha (49,9% vs. 66,0% y 15,2% vs. 31,4% respectivamente).

El efecto sobre el sistema motriz debe considerarse de extrema importancia, porque, como ya afirmado en precedencia, la estabilización de tal subsistema es fundamental para el desarrollo sucesivo.

Una ulterior relevante observación es aquella relativa a la succión no nutritiva, que es considerada un señal de organización de parte del recién nacido, además que una "preparación" a la succión nutritiva, a la capacidad de nutrirse adecuadamente y de relacionarse ulteriormente con la madre a través el eventual apego al seno.

De los resultados se puede notar como la succión no nutritiva presente un notable aumento durante la escucha (86,6% vs 43,0%), que se mantiene también sucesivamente (85,1% vs 43,0%).

Otro resultado interesante es la global mayor disponibilidad a la interacción con la madre durante la intervención musicoterapéutica; tal fenómeno es en efecto demostrado por el aumento de la sonrisa (48,8% vs 34,3%) y de la reducción de las señales de stress, como la abertura en abanico de las manos (5,5% vs 25,6%) y de los visajes (34,0% vs. 50,3%). Se han mantenido estas diferencias también después del fin de la intervención (sonrisa: 47,8% vs. 34,3%; abertura en abanico de las manos: 6,7% vs 25,6%; visajes: 31,2% vs 50,3%).

Luego se han analizado separadamente los resultados relativos a los recién nacidos de edad gestacional al momento del nacimiento

Igual 28 semanas y aquellos de edad

gestacional mayor a 28 semanas.

En la población igual28 semanas (tab. 2), los efectos positivos que alcanzan la significación estadística durante la escucha son aquellos relativos a la reducción de los startles y de los tremores (17,5% vs 36,0% y 55,5% vs. 71,6% respectivamente) y al aumento de la succión no nutritiva (88,6% vs. 45,5%).

En esta población también, durante la escucha presenta una mayor disponibilidad a la interacción, demostrada por el aumento de la sonrisa (48,8% vs. 34,6%) y por la disminución de la abertura en abanico de las manos (7,6% vs 29,9%) y de los visajes (28,9% vs 44,5%).

Las diferencias relativas a todos los parámetros considerados se han mantenido también después de la fin de la intervención (startles: 18,5% vs. 36,0%; tremores: 58,3% vs. 71,6%; succión no nutritiva: 86,7% vs 45,5%; sonrisa: 45,0% vs. 34,6%; abertura en abanico de las manos: 10,4% vs 29,9%; visajes: 27,5% vs. 44,5%).

En la población mayor de 28 semanas (tab. 3), se observa el mismo fenómeno: la escucha de la voz materna tiene un efecto estabilizador desde el punto de vista motriz que se mantiene de manera significativa también después de la fin de la intervención (tremores: 36,4% vs. 57,1%; startles: 9,8% vs. 24,1%).

En esta faja de edad gestacional al nacimiento es interesante observar que los señales de instabilidad motriz empiezan de cualquier modo de valores más bajos respecto a la faja de e.g. igual 28 semanas (tremores 57,1% vs. 71,6%).

También en la población de sujetos mayores de 28 semanas, la succión no nutritiva presenta un notable incremento ya sea durante la escucha (83,5% vs. 39,1%), como después de la escucha (82,6% vs. 39,1%).

La edad gestacional al nacimiento, por lo tanto, influye de por sí sobre la estabilidad motriz, pero la intervención musico terapéutica la mejora ulteriormente y se mantiene –entre ambas las fajas de edad gestacional– el efecto de la escucha sobre la succión no nutritiva.

También en esta población, durante la escucha es presente una mayor disponibilidad a la interacción, demostrada por el aumento de la sonrisa (48,9% vs. 33,8%) y por la disminución de la abertura en abanico de las manos (2,3% vs. 18,8%), de los startles (6,8% vs. 24,1%) y de los visajes (42,1% vs. 59,4%).

Las diferencias relativas a todos los parámetros considerados se han mantenido también después del fin de la intervención (startles: 9,8% vs 24,1%; tremores: 36,4% vs. 57,1%; sonrisa: 52,3% vs. 33,8%; abertura en abanico de las manos: 0,8% vs. 18,8%; visajes: 37,1% vs. 59,4%).

La importancia de la edad gestacional en el momento de la intervención es demostrada por el análisis separada de los datos relativos a las observaciones conducidas sobre los recién nacidos menores de 32 semanas y sobre los recién nacidos igual a 32 semanas.

Cuando la edad gestaciona, en el momento de la escucha, es inferior a 32 semanas (tab. 4), alcanza la significación estadística durante la escucha ya sea los efectos sobre la succión no nutritiva (94,4% vs. 46,7%), sea sobre la estabilidad motora tremores 71,1% vs. 84,4%; startles 28,9% vs. 55,6%), como sobre la disponibilidad a la interacción (sonrisa 48,9% vs. 25,6%; abertura en abanico de las manos 11,1% vs. 34,4%; visajes 21,1% vs. 43,3%). Una vez interrumpida la escucha, se mantienen los efectos sobre la succión no nutritiva (87,8% vs. 46,7%) y sobre la disponibilidad a la interacción (sonrisa 42,2% vs. 25,6%; abertura en abanico de las manos 14,4% vs. 34,4%; visajes 21,1% vs 43,3%), mientras es

solo parcial el efecto sobre la estabilidad motória, estadísticamente significativa por los startles (32,2% vs 55,6%), pero no por los tremores (72,2% vs 84,4%).

Los efectos de la escucha son en cambio aún más evidentes y se mantienen todos después de la intervención cuando la edad gestacional al momento de la observación es igual a 32 semanas (tab. 5).

Durante la escucha, en efecto, resultan significativos el aumento de la succión no nutritiva (83,9% vs 41,7%), el aumento de la estabilidad motoria (startles 7,9% vs. 22,8%; tremores 39,0% vs. 59,4%) y de la disponibilidad a la interacción (sonrisa 48,8% vs. 37,4%; abertura en abanico de las manos 3,5% vs. 22,4%; visajes 38,6% vs. 52,8%), pero sobre todo las diferencias se mantienen estadísticamente significativas por todos los efectos considerados, comprendidos los tremores (41,9% vs. 59,4%; startles 9,1% vs 22,8%; succión no nutritiva 84,2% vs. 41,7%; sonrisa 49,8% vs. 37,4%; abertura en abanico de las manos 4,0% vs. 22,4%; visajes 34,8% vs. 52,8%).

Se trata, por lo tanto, de recién nacidos no solo por sí más estables, sino más "prontos" a sacar ventaja de la interacción con el ambiente externo, en particular con sus propias madres, y por eso también a estabilizarse ulteriormente.

Todos los resultados conducidos sobre los recién nacidos sometidos a la intervención se han confirmados por la análisis de los datos relativos a la confrontación entre los casos y los controles (tab. 6 y tab. 7), o sea recién nacidos con las mismas características respecto a los casos, pero no sometidos a la intervención musico terapéutica.

Aquí también ha sido muy importante la edad gestacional al momento de la intervención. Si se analizan los recién nacidos de edad gestacional menor (igual a 28 semanas) o sea aquellos que, sí fueron sometidos a la intervención músico terapéutica, tienen todavía pocos días de escucha "por detrás", las diferencias entre los casos antes de la escucha y los controles no alcanzan la significación estadística. Por los niños con una edad gestacional más elevada (mayor a 28 semanas) – y por eso más grandes y mayormente estables por cuanto atañe el desarrollo -se puede suponer en cambio que la intervención de musico terapia, repetido cotidianamente, ya también antes de la escucha pueda traer una ventaja, alcanzando la significación estadística en la succión no nutritiva (44,0% vs. 30,9%) y en aquellos parámetros indicativos de la estabilización motora (startles 30,0% vs. 49,0%; tremores 64,5% vs. 89,6%), de la disponibilidad a la interacción (sonrisa 35,5% vs. 24,7%).

También los recién nacidos más pequeños, de cualquier modo, se aventajan, respecto a los controles de la escucha: en efecto, durante la escucha las diferencias respecto a los controles resultan significativas por la succión no nutritiva (100% vs. 11,5%), por la disponibilidad a la interacción (sonrisa 58,8% vs. 11,5%) y solo parcialmente por los parámetros de estabilidad motora (startles 35,3% vs. 73,1%). Se puede suponer que estas diferencias significativas –observadas en este momento durante la intervención musicoterapéutica– sean debidas al hecho de que los recién nacidos de la población objeto de estudio, aunque sí de baja edad gestacional y por lo tanto muy pequeños y todavía instables, han sido estimulados a la interacción con sus madres a través del canto: se puede pensar que, de alguna manera, saquen beneficio, yendo hacia una mayor estabilización.

Los recién nacidos más maduros, en vez, son más estables también desde el punto de vista motor y los casos presentan diferencias estadísticamente significativas por todos los parámetros.

Se debe notar que los efectos también se mantienen después de la escucha, y esto se verifica aunque en la edad gestacional baja al momento de la intervención (igual a 28 semanas) por todos los parámetros considerados.

Conclusiones de la investigación. Mecidos para la voz materna. En todas las análisis conducidas sobre los recién nacidos VLBW (Very Low Birth Weight), independientemente da la edad gestacional al nacimiento y de la edad gestacional al momento de la observación, durante la escucha de la voz materna se han encontrado, resultados estadísticamente significativos:

- un aumento de la succión no nutritiva,

- una mayor estabilidad motória (reducción de los tremores y de los

startles),

- una mayor disponibilidad a la interacción (aumento de la sonrisa, reducción de la abertura en abanico de las manos y de los visajes).

Tal conjunto de positivas reacciones –sea desde el punto de vista

fisiológico/comportamental y más aún desde el punto de vista psicodinámico– se verifica independientemente da la edad gestacional de nacimiento.

La edad gestacional al momento de la observación, en cambio, resulta importante al fin de prolongar los efectos de la escucha también después de su interrupción, en términos de estabilidad motora (reducción de los tremores y de los startles), aunque por los otros parámetros confluentes en la disponibilidad a la interacción (succión no nutritiva, sonrisa, etc.), los efectos se prolonguen en el momento del canto también en los recién nacidos de edad gestacional menor.

La confrontación entre casos y controles, además de confirmar los datos antedichos, ha demostrado cómo la intervención de musico terapia, se repite cotidianamente, aunque ya antes de la escucha pueda sacar una ventaja por todos los parámetros considerados, fenómeno que se verifica solo en los niños con una edad gestacional más elevada (mayor a 28 semanas) al momento de la intervención, que ya han escuchado el canto materno desde muchos días.

Una mención especial merece el aumento de la succión no nutritiva, en todas los análisis efectuados: la succión no nutritiva, propia en cuanto protoseñal afectivo, es considerada un óptimo "entrenamiento" por la que será la succión nutritiva antes al biberón y luego al seno de la madre, y por tanto el estadio inicial de todo el sucesivo recorrido de la capacidad dinámico-relacional a lo largo del entero ciclo de vida.

En el ámbito de nuestro estudio, la voz materna se ha demostrado por los recién nacidos de peso muy bajo, un eficaz y potente medio de interacción, un "puente" hacia una motricidad más armónica, hacia una más satisfactoria interacción madre-hijo y una promoción a través la succión no nutritiva, al amamantamiento al seno.

Sobre la base de estas consideraciones -que constituyen un punto de salida y que on susceptibles de ulteriores desarrollos -podemos suponer que todo lo que se ha sacado y medido lleve también, bajo el perfil psicodinámico, a una estabilización afectiva, o sea el estudio de la capacidad empática, la realización de un apego

seguro y el conseguimiento de la confianza de base al fin de la exploración del mundo externo.

En conclusión, la voz es una estructura importante entorno a la cual se organiza el desarrollo psicosomático del niño: el conocimiento de su propio cuerpo (y de su propia identidad) pasa también a través la inmisión/emisión del aliento que da sonoridad a su propia voz; a su vez, el oído se hace el canal con el que la voz de las figuras genitales es incorporada por el niño. Sea el feto (en los últimos meses de gestación) como el recién nacido modulan los albores de la personalidad en función del ambiente sonoro. Se puede bien comprender, por tanto, la importancia del ser "vocalmente mecidos". Reflejándose en la voz materna (mejor si "musicalizada" en sentido melódico-rítmico), el niño es facilitado en el adelantarse hacia el conocimiento del mundo externo y del mundo interior (primeramente aquello corpóreo). Embriones del Sí y de la subjetividad se forman por la "voz que mece".

No acaso ya, Aristóteles enfatizaba el cerrado vínculo entre alma y voz, reconociendo a esta última la función de vehículo emocional. El sonido caluroso y persuasivo se vuelve en un puente echado entre dos sujetos, entre dos generaciones: un puente que permite de transportar no pocas esenciales emociones eficaces/positivas/buenas, trasfiriéndolas de quien ya las posee hacia quien todavía no las posee. La voz constituye el instrumento de inducción por excelencia por el hipnotista/hipnoterapeuta. El sonido relaja, el sonido hechiza, el sonido "acerca", el sonido convence, el sonido cura. Y la Voz Musical Materna es el mejor sonido en absoluto: es el Sonido del Amor que da la Vida.

Sugestión hipnótica y afectividad en edad precoz

Una de las posibles escenas de ahondamiento y ensanchamiento del presente trabajo de investigación podría, por ejemplo, ser desarrollado en el ámbito del follow-up por los sujetos reclutados, evaluando la persistencia de la estabilización en el tiempo y su incidencia sobre el desarrollo psicomotório del niño.

Otra potencial escena podría ser aquella de evaluar empíricamente y experimentalmente el efecto combinado entre el factor "voz materna" y el factor "contacto corpóreo": en otras palabras, el canto de la mama realizado en contemporánea con la canguro-terapéutica (o sea Kangaroo mother care: modalidad de cura del niño consistente en el poner el niño desnudo en posición vertical a completo contacto con la piel de la madre), en sinergia tal de realizar un "contenedor afectivo multimodal".

Un ulterior sector de investigación podría consistir en el estudio de la eficacia de la intervención musico terapéutica en el tratamiento del retardo mental y/o motriz eventualmente determinado por el nacimiento precoz.

En línea con las indicaciones teórico-metodológicas de la psicología de la salud, la presente investigación se ha desarrollado sobre los recién nacidos prematuros

proveyendo una intervención de "ayuda" cuyo significado se ha progresivamente alejado desde el concepto de "cure" hacia el concepto de "care".

Se ha empezado de una manera obvia con la "cure = curar", o sea con la terapéutica precoz justificada por las necesidades clínicas de los pequeños pacientes, y luego se ha proseguido con la "care = cuidarse de", o sea con la ayuda musico terapéutica-vocal entendida intencionalmente como "global". En efecto, la sonoridad del canto humano precoz se configura como un más amplio "cuidarse del" neo-nacido, ofrecendole seguridad y bienestar, mediante la solicitud de positivas emociones relacionales, y por lo tanto una de las primeras oportunidades de estructuración afectiva.

En síntesis, en nuestro trabajo: "cuidarse es igual a estabilizar". Y como instrumento estabilizador puede ponerse al flanco de lo otros que también son fundamentales (contacto piel-piel, amamantamiento al seno), si no la vibración sonora materna ejercitada con el instrumento musical más natural-simple, o sea, la voz.

En conclusión, la sonoridad vocal obra – en nuestro caso de extrema precocidad psicoevolutiva – en calidad de "comunicación verbal de tipo para-lingüístico" (es decir a donde cuenta más la forma respecto al contenido). Esto reenvía un uso "de base" de los mecanismos interactivos-comunicativos: el sonido es casi puramente evocador, caracterizado por una sugestión plástica, donde los significados semánticos (típicos del lenguaje maduro) están reemplazados por un indistinto "ruido", el cual -propio porque así se ha específico- resulta grávido al poder emocional (y afectivo). Como demuestra nuestra investigación-intervención, se ha hecho una impresión auditiva posterior al parto mediante la cual el pequeño ser humano está de hecho inserido en un contexto de tipo hipnótico.

En efecto, el motor de la hipnosis, que por el adulto es constituido por el monoideismo (plástico sugestivo), por nuestro recién nacido se coloca en la vibración sonora (plástica sugestiva): no ideas/pensamientos de tipo adelantado sino primordiales sonidos generados del uso de la voz, mejor si aquella misma voz ya percibida en el regazo materno. Voz y sonido son, por tanto, los vectores de base que determinan el trance-concentración (Gerardi, 1990) de esta hipnosis heteroinducida del mundo externo: ejemplo de hipnosis precoz de tipo relacional, o -inviertendo -ejemplo de relación precoz de tipo hipnótico.

Modulando la voz, la "madre" (aquella biológica, o el ‘caregiver') contribuye al desarrollo de algunos parámetros precoces (el aparato neurofisiológico, la percepción del mundo externo, el comportamiento, la comunicación, la relación), los cuales sinergicamente contribuyen al resultado denominado "estabilización".

Por tanto –en la dúplice óptica de la "sanidad y salud" – en nuestra investigación-ntervención se ha intervenido ya sea sobre la área bio-somática como sobre la área psico-relacional. De tal manera, la hipnótica sugestión sonora se ha inserido al interior de un contexto específico hecho de terapéutica, atenciones, cariños, solicitudes: ésto, en definitiva, ha sido concreto y operativo para cuidar al recién nacido, al fin de "hacerlo estar bien" y al fin de limitar los daños y desventajas derivados del nacimiento prematuro.

Musicalidad, vocalidad e hipnosis elemental constituyen el núcleo operativo de nuestra intervención sobre el recién nacido necesitado de "cure/care": meciendo al "cachorrito" de manera corpórea y sonora, se inducen en él la calma profunda y la respiración se constituye en un soplo vital. Bienestar y salud brotan de la voz de su propia madre. Estamos en presencia de las raíces de la "afectividad sonora": la

vibración primordial "Om" toma substancia y corporeidad en el alma materna que dialoga con el alma de su propio hijo.

Referencias

Als H. (1986). A synactive model of neonatal behavior organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. Physical Occupational Pediatrics.

Als H. (1991). Advances in developmentally supportive neonatal ICU care; a comparison of two models. Developmental Interventions in Neonatal Care (conference). Daneville, CA: Contemporary Forums.

Als H. (1992). Individualized, familyfocused developmental care for the very lowbirthweight preterm infant in the NICU. In Friedman S.L., Sigman M.D., & Sigel I.E. (eds.), The psychological development of lowbirthweight children. Annual advances. Applied developmental psychology. Vol. 6, Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.

Als H., Lester B.M., Tronick E.C., & Brazelton T.B. (1982). Manual for the assessment of preterm infants' behavior (APIB). In: Fitzgerald H.E., Lester B.M., & Yogman M.W., (Eds). Theory and research in behavioral pediatrics. New York: Plenum Press, vol.1, 6513.

Anzieu D. (1987). L'IoPelle. Ed.Borla, Roma.

Baldini L. et al. (2002). Percorsi nello sviluppo del prematuro. Età evolutiva, 72, 3547.

Benenzon R.O. (1982). Manuale di musicoterapia. Roma: Edizioni Borla.

Benenzon R.O. (1997). La nuova musicoterapia. Roma: Phoenix Editrice.

Bertini M. (ed.) (1988). Psicologia e salute. Prevenzione della patologia e promozione della salute. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Chiusano E. (2004). Valutazione degli effetti del canto materno sul neonato pretermine: un'ipotesi di ricerca. In: Coluzzi R. (ed.) Musicoterapia e gravidanza. Roma, Il Minotauro, 127156.

Cohen L.M., McCharque D.E., & Collins F.L. (2003). The Health Psychology Handbook, Sage Publications, Inc.

Delli Ponti M., & Luban Plozza B. (1996). Il terzo orecchio. Dall'ascolto alla musicoterapia. Torino: Centro Scientifico.

Faranoff A.A. (ed.) (2001). Care of the highrisk neonate. Philadelphia: W.B.Saunders Company.

Fornari F. (1970). La vita affettiva originaria del bambino. Milano: Feltrinelli.

Fornari F. (1984). Psicoanalisi della Musica. Milano: Longanesi.

Gerardi E. (1990). Training autogeno e salute. Fra Oriente e Occidente una via verso il benessere.

Cuneo: Edizioni L'Arciere. Con audiocassetta.

Gerardi E., Peirone L. (1989). Vivere sani, vivere sereni. Per una psicologia della salute. Cuneo: Edizioni L'Arciere.

Giovannini D., Ricci Bitti P. E., Sarchielli G., Speltini G. (1982). Psicologia e salute. Bologna: Zanichelli.

Imberty M. (1981). Les écritures du temps. Sémantique psychologique de la musique. Paris: Ed. Bordas. Trad. it. (1990) Le scritture del tempo. Semantica psicologica della musica. Milano: Ricordi Unicopli.

Imberty M. (1986). Suoni, emozioni, significati. Bologna: CLUEB.

Kendall Ph. C., & NortonFord J. D. (1982), Clinical psychology. Scientific and professional dimensions. New York: Wiley.

Korchin S. J. (1976), Modern clinical psychology. Principles of intervention in the clinic and community. New York: Basic Books.

Lecourt E. (1992). La musicoterapia. Assisi: Cittadella Editrice.

Lecourt E. (1994). L'expérience musicale, résonances psychanalitiques. Paris: L'Harmattan.

Lubchenco L.O. (1979). Il neonato ad alto rischio. Roma: Il pensiero scientifico Editore.

Mancia M. (1982). Sull'inizio della vita mentale del feto. Neuropsichiatria Infantile, N.24647.

Mancia M. (1990). Nello sguardo di Narciso. RomaBari: Laterza.

Matarazzo J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. American Psychologist, 35: 807817.

NHMRC (2000). Clinical practice guidelines. Care around preterm birth. Commonwealth of Australia.

Norcross J. C. (ed.) (1986). Handbook of eclectic psychotherapy. New York: Brunner/Mazel.

Oblitas L.A., & Becoña E. (2000). Psicología de la salud. Plaza y Valdes.

Oblitas L.A. (ed.) (2003). Psicología de la salud y calidad de vida. Ciudad de Mexico: Thomson Learning.

Oblitas L.A (2004). Manual de psicología clinica y de la salud hospitalaria. Ebook. Ciudad de México: Psicologia Cientifica, PSICOM Editores.

Peirone L., & Gerardi E. (1991). La psicologia della salute. Famiglia Oggi, XIV, 49, 815.

Peirone L. (1995). Clinical Psychology and Health Psychology: Contemporary Developments and Methodological Specifications. Leadership Medica, XI, 6, 2429.

Peirone L. (1997). Right borders, wrong borders: two problems about psychologically oriented health care analysed from a logicalepistemological point of view. In: Gopinathan S., & Maier N. (eds.), 7th

International Conference on Thinking. Singapore: National Institute of Education & Nanyang Technological University, 155. Prochaska J. O. (1984). Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis. 2^ ed., Homewood: Dorsey Press.

Southgate W.M. & Pittard W.B. (2001). Classification and physical examination of the newborn infant. In: Klaus M.H. & Faranoff A. A. (eds.). Care of the high-risk neonate. Philadelphia: Saunders.

Stone G. C., Cohen F., & Adler N. E. (eds.) (1979). Health psychology: a handbook. San Francisco: Jossey-Bass.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA: LAS INTERVENCIONES APOYADAS EN LA EVIDENCIA

Pablo E. Vera-Villarroel
Universidad de Santiago de Chile

Introducción

Los estudios epidemiológicos demuestran que los trastornos psicológicos y psiquiátricos han ido en aumento en los diferentes países. Esto podría deberse a que, efectivamente, por diversas razones estas patologías se han desarrollado más en los últimos años o, por otra parte, las personas están consultando en mayor medida en los diversos centros de salud, lo que hace que se presenten altos indicadores en los estudios que evalúan los índices de consultas y demandas. Independiente de las causas, este estado genera una demanda que las ciencias de la denominada Salud Mental deben afrontar.

Esto significa, entonces, que disciplinas como la Psicología Clínica requieren desarrollar estrategias de intervención que sean efectivas para afrontar estos problemas. Sin embargo, en Psicología Clínica existen diversos tipos de terapias e intervenciones para la mayoría de los trastornos, principalmente en lo referente a los trastornos emocionales, y no siempre se cuenta con apoyo empírico para la mayoría de estas.

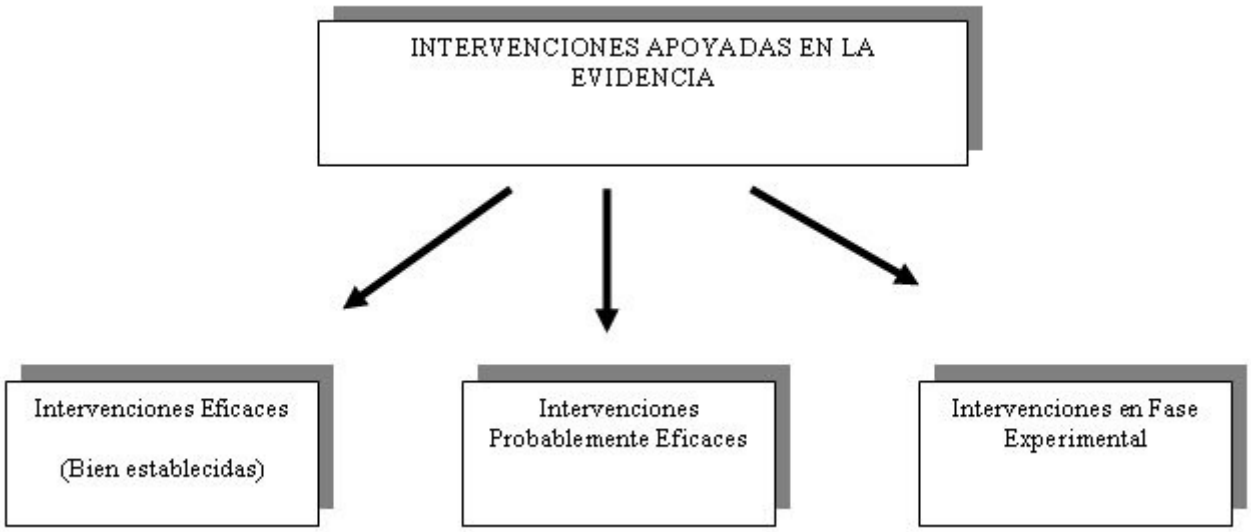
De acuerdo a Garfield (1980) en 1960 se contaba con al menos 60 tipos de Psicoterapias, durante la década del 70 y 80 se informa la existencia de cerca de 130 tipos de terapias diferentes (Parlof, 1976) y de alrededor de 250 tratamientos terapéuticos (Harink, 1980). Por su parte, Kazdin (1986) plantea la coexistencia de 400 terapias. Como se observa la tendencia ha ido en aumento en cuanto a la cantidad de terapias o estrategias de intervención. Lamentablemente este crecimiento no se ha desarrollado de la mano del avance científico si no por el contrario muchas de estas propuestas están basadas en modas e incluso de postulados ideológicos que distan mucho de una disciplina científica.

Al revisar la oferta de tratamientos se observa una amplia variedad de técnicas basadas en diferentes modelos teóricos con diferentes metas, objetivos y alcances. Sin embargo, es notorio la falta de antecedentes empíricos que avalen la verdadera efectividad de todas estas intervenciones, de modo que el número de antecedentes y literatura relacionadas con estudios empíricos acerca de la efectividad de las técnicas y procedimientos es bastante menor de lo que se podría esperar dada la cantidad de alternativas de intervenciones (Vera-Villarroel y Herrera, 2004).

Las intervenciones apoyadas en la evidencia

A partir de la necesidad de contar con intervenciones de probada validez empírica tanto en Medicina como en Psicología, se ha desarrollado en los últimos años una tendencia hacia la identificación de intervenciones con apoyo empírico o también conocido como intervenciones apoyadas en la evidencia. Esto ha significado que en ambas disciplinas se generen criterios independientes del tipo de intervenciones y a partir de ellos revisar el estado actual de modo de conocer el real estado de las intervenciones con las que se cuentan y saber cuales son eficaces o cuales hasta el momento no cuentan con suficiente apoyo empírico.

En este sentido en Psicología, se originó inicialmente en Estados Unidos y Canadá un movimiento para determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos mentales. Esto con el objetivo de elaborar guías sobre las terapias con las que se cuenta evidencia de que funcionan. Esto comenzó auspiciado por la División 12 (Psicología Clínica) de la Asociación Psicológica Americana y revisado hasta la fecha en dos ocasiones (Chambles, Sanderson & Shoham, 1996; Chambles, Baker & Baucom, 1998).



Los criterios que se han establecido han dado origen a tres tipos de tratamientos dependiendo de cómo se cumplan los criterios. Así, se cuenta en la actualidad con los denominados Tratamientos Bien Establecidos (o Tratamientos Efectivos), los Tratamientos Probablemente Eficaces y Tratamientos en Fase Experimental (Hamilton y Dobson, 2001).

Tratamientos Bien Establecidos (Eficaces):

Se considera que un tratamiento bien establecido es aquel que cumpla los siguientes criterios:

Cumplir con los criterios I o II pero además cualquiera sea la alternativa anterior, cumplir con los criterios III, IV y V:

I. Al menos dos estudios con diseño de grupo 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 (sobre 30 personas por grupo).

II. Demostrar eficacia mediante una serie amplia de estudios de caso único (N sobre 9). Estos estudios deben:

1. Tener un buen diseño experimental

2. Haber comparado la intervención dentro del modelo del diseño de caso único, con el placebo, con la intervención farmacológica o con otros.

III. Contar con un manual de tratamiento

IV. Las características de los sujetos (muestra) deben estar claramente identificadas

V La efectividad de la intervención debe ser demostrada por al menos dos investigadores diferentes o dos grupos de investigación independientes.

Tratamientos Probablemente Eficaces

Se considera un Tratamiento Probablemente Eficaz si cumple con los siguientes criterios:

I. Dos estudios han mostrado que el tratamiento es más eficaz que un grupo control que se encuentra en lista de espera.

II. En dos estudios se cumplen los criterios de tratamiento bien establecidos pero solo han sido demostrados por dos investigadores

III. Una pequeña cantidad de estudios de caso único (N=3 o menor)

Tratamientos en Fase Experimental

I. Tratamientos que no se pueden enmarcar en las categorías anteriores aunque existan indicios experimentales prometedores de que se pueden alcanzar los niveles de eficacia establecidos.

A partir de estos criterios se ha revisado toda la información disponible y de acuerdo a los resultados ya se cuenta con información sobre que terapias funcionan y para que trastornos.

Los resultados demuestran que sólo unas pocas intervenciones pueden ser consideradas efectivas siendo, sin lugar a dudas, las terapias conductuales y cognitivo conductuales las que cuentan con evidencia suficiente para ser consideradas intervenciones bien establecidas por sobre la mayoría de los demás modelos teóricos. Sólo unas pocas intervenciones de otros modelos teóricos específicos muestran en algunos casos evidencia de su efectividad.

Es necesario resaltar, que existen trastornos que aunque son muy estudiados y aparentemente existirían tratamientos para su intervención, no cuentan con evidencias de tratamiento eficaces para su abordaje, por ejemplo los trastornos de personalidad.

En este sentido, los resultados obtenidos por Chambless et al. (1996 y 1998; Norcross 2002; Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures ,1995; Mustaca, 2004;) muestran la superioridad de las terapias cognitivo-conductuales. De acuerdo a Chambless (1996 y 1998), dentro de los cuatro grupos de terapias efectivas para los trastornos de ansiedad los tratamientos conductuales reportan los mejores resultados. Para la depresión son dos de las cuatro existentes, para los trastornos sexuales y de pareja son tres de las cuatro más eficaces, para los trastornos de la conducta alimentaria una de las dos eficaces, para los trastornos adictivos encontramos tres de las cuatro y, para los trastornos sicóticos, son las dos más eficaces. Para los trastornos infantiles, los cuatro tratamientos eficaces son de la misma orientación (Echeburúa y Corral, 2001).

Resultados preliminares de un proyecto de investigación sobre intervenciones apoyadas en la evidencia

A continuación se presentan brevemente resultados preliminares realizados por el autor previamente y los resultados del proyecto de Investigación 03-0293VV de la Universidad de Santiago de Chile denominado "Diseño, Aplicación y Evaluación de Intervenciones Psicológicas Chilenas Basadas en la evidencia". Todos estos estudios consisten en diversas intervenciones, especialmente diseñadas para pacientes de escasos recursos económicos y principalmente consultantes de Centros de Salud Públicos. Se ha intentado seguir en lo posible los criterios de las intervenciones apoyadas en la evidencia. Esto ha significado el diseño de guías y manuales de intervención para cada problemática. Todas las intervenciones han sido desarrolladas para ser aplicadas en forma grupal y basadas en técnicas cognitivo conductuales, con una cantidad limitada de sesiones.

Todas las intervenciones que se presentan han demostrado su eficacia después de los análisis estadísticos respectivos con un nivel de significancia de al menos $p<0,05$.

Intervención cognitivo conductual aplicado a adolescentes embarazadas con sintomatología depresiva (Valdovinoitt, Olave, Quezada, Soto y Vera-Villarroel, 1999).

Cuando una adolescente se embaraza, le ocurren una serie de cambios significativos en diferentes esferas de su vida: físicos, afectivos y sociales. Uno de los problemas es presentar síntomas depresivos. Dada la condición es extremadamente relevante contar con intervenciones psicológicas, puesto que imposible en estos casos la posibilidad de intervenciones farmacológicas.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la efectividad de una intervención psicológica de tipo cognitiva-conductual. Los participantes fueron 32 adolescentes, 16 de ellas se asignaron al grupo experimental y 16 a un grupo control. La intervención se diseñó en forma grupal y con una extensión de seis sesiones de dos horas de duración cada una de ellas. Las técnicas utilizadas fueron: reestructuración cognitiva, ensayos conductuales, técnica de relajación y resolución de problemas.

Los síntomas se evaluaron mediante el inventario de depresión de Beck (BDI), tanto antes como después de la intervención. Diversos análisis estadísticos demostraron con un $p<0,05$ de significancia que la intervención fue efectiva parta la reducción de síntomas tanto en los análisis antes-después como en la comparación con el grupo control.

Intervencion cognitivo-conductual breve en mujeres con trastorno mixto ansioso - depresivo (Cáceres, Castillo, Morales, Pérez, 2000; Vera-Villarroel, Cáceres, Castillo, Morales y Pérez, 2001)

Investigaciones llevadas a cabo sobre epidemiología psiquiátrica en el Chile, señalan que los trastornos que afectan a un mayor número de personas corresponden a los trastornos depresivos, seguidos en prevalencia por los trastornos de ansiedad. Los resultados reportan, además, que dichos trastornos son más frecuentes en mujeres de nivel socioeconómico y educacional bajo.

Estudios recientes destacan la presencia de una comorbilidad y cosintomatología ansiosa-depresiva, que han dado paso a la descripción de un síndrome específico de ansiedad-depresión, que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) ha denominado como Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo.

La magnitud e impacto del trastorno queda demostrada en estudios internacionales que revelan que las personas diagnosticadas con este trastorno representan una población con alto riesgo para desarrollar formas más severas de trastornos afectivos o ansiosos, incrementando con ello la utilización de los servicios médicos.

Si bien la CIE –10 clasifica y diagnostica el Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo y el DSM IV propone criterios categoriales en investigación, aún no es posible disponer de información suficiente que permita aproximarse a esta problemática. En la búsqueda de formas más integrales de tratamiento se propuso realizar una intervención psicológica de orientación cognitivo-conductual y evaluar su efectividad. Esta intervención se estructuró como un taller grupal breve de ocho sesiones dirigido a mujeres diagnosticadas con Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo.

Las técnicas utilizadas fueron; relajación progresiva de Jacobson, ensayo conductual, reestructuración cognitiva, técnica de resolución de problemas, entrenamiento en asertividad e imaginería.

El análisis estadístico de los resultados permitió concluir con un $p < 0.004$ que el taller aplicado fue efectivo en la reducción de la sintomatología presente en Trastorno Mixto Ansioso–Depresivo. Es decir, tanto los síntomas ansiosos como depresivos disminuyeron tanto en las evaluaciones pre, post test, como en las comparaciones con el grupo control. Se encontró además que las variables estado civil, años de escolaridad y tratamiento farmacológico no intervinieron en la posible efectividad de la intervención.

Evaluación del efecto de una intervención cognitivo- conductual sobre los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en adultos mayores (Contreras, Moreno, Martínez, Araya, Livacic-Rojas y Vera-Villarroel, 2004)

Se presenta el diseño y evaluación de una intervención cognitivo-conductual breve dirigida a un grupo de adultos mayores con el objetivo de disminuir su sintomatología ansiosa y depresiva. El tratamiento duró un mes (dos sesiones semanales de dos horas cada una). Participaron 38 sujetos adultos mayores de la ciudad de Santiago con edades entre los 63 y 76 años de edad diagnosticados con depresión leve/moderada y sintomatología ansiosa, los cuales fueron asignados aleatoriamente a los grupos experimental y control. Las principales técnicas utilizadas fueron, relajación progresiva, reestructuración cognitiva, psicoeducación y programación de actividades agradables. Para el análisis de resultados se utilizó un diseño experimental multivariado de comparación de dos grupos, con mediciones pre, durante, post y seguimiento a las dos semanas y al mes de finalizada la intervención. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente

significativas entre los grupos experimental y control en todas las mediciones de tratamiento y seguimiento de las variables estudiadas $p<0,05$. El tamaño del efecto fue moderado-alto para ansiedad-estado (0,74) y depresión (0,68) y moderado para ansiedad-rasgo (0,52). Con relación a la Potencia, ésta fue alta para todas las variables estudiadas, presentando un valor de 1 al finalizar la investigación.

Intervención conductual cognitiva intensa para reducir los índices de depresión y timidez (Vera-Villarroel, 2004).

El objetivo de esta intervención fue evaluar el posible efecto de una intervención intensa y breve y evaluar el posible efecto en diversas variables psicológicas.

Se trabajó con un total de 10 sujetos con una edad promedio de 30 años y una desviación estándar de 2.3. Todos los sujetos eran profesores de secundaria y participaron en un taller de desarrollo personal. Todos los sujetos no presentaban trastornos ni estaban en tratamientos psicológicos al momento de las evaluaciones.

Los instrumentos utilizados fueron: Escala de depresión de Beck, Escala de Orientación Vital LOT-R, Escala de Timidez. Todos los sujetos contestaron los instrumentos en la primera sesión. Los sujetos participaron en un taller de cinco sesiones de cuatro horas de duración. Posteriormente los sujetos contestaron nuevamente los instrumentos luego de transcurridos al menos una semana después del término del taller. El taller estuvo estructurado utilizando las siguientes técnicas: Psicoeducación, Técnicas de Relajación, Técnicas de Reestructuración Cognitiva, Técnicas de Resolución de Problemas, Planificación de actividades, Ensayo Conductual.

Los resultados indicaron una disminución estadísticamente significativa $z= -2,530$ $p< 0,011$ y los niveles de timidez $Z= -1, 785$ $p<0,074$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de optimismo.

Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos (Moreno, Contreras, Araya, Martínez, Livacic-Rojas y Vera-Villarroel, 2004)

La presente investigación tuvo como objetivo diseñar y evaluar una intervención psicológica cognitivo-conductual breve dirigida a un grupo de adultos mayores hipertensos para disminuir los niveles de presión arterial sistólica y diastólica. El tratamiento duró un mes (dos sesiones semanales de dos horas cada una). Contó con la participación de 38 personas, distribuidos aleatoriamente entre casos y controles. Entre las técnicas utilizadas están la Relajación Progresiva de Jacobson, Reestructuración Cognitiva y Psicoeducación. Para el análisis de resultados se utilizó un diseño experimental multivariado de comparación de dos grupos, con mediciones pre, durante y post aplicación de la intervención. Los resultados globales exhiben diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles. $F = 2,641$ $p<0,023$. A su vez el modelo global reporta un tamaño del efecto mediano correspondiente al 0,504 y una alta potencia que alcanza al 0,873. De esta forma se puede plantear que la intervención realizada resulta efectiva en la disminución de niveles de presión arterial sistólica y diastólica en un grupo de adultos mayores hipertensos.

Comentarios Finales

Como se podrá observar, este tema tiene una importancia innegable en la Psicología Clínica, sin embargo la información disponible en cuanto a la efectividad es bastante pequeña en comparación con la cantidad de propuestas sobre supuestas intervenciones que funcionan. Un ejemplo claro de esto está dado por la realidad chilena. Recientemente se analizaron los artículos publicados en tres revistas de Psicología chilena en los últimos 10 años. Esta revisión se realizó de acuerdo a los criterios de la Psicoterapia basadas en la evidencia analizadas anteriormente. Los resultados indicaron 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. De la misma forma el estudio demostró una gran cantidad de artículos teóricos y una muy baja producción en cuanto a artículos aplicados, además, el bajo número de investigaciones centradas en el análisis de eficacia de intervenciones terapéuticas no cumple con los criterios necesarios para validar la eficacia de un tratamiento. (Ortiz y Vera-Villarroel, 2003).

Dado estos y otros antecedentes, llama la atención que en el medio psicológico contemos con una amplia gama de "propuestas" de intervenciones y que estas pasen a ocupar lugares predominantes entre la comunidad psicológica. Esto se ve reflejado en muchas ocasiones con asignaturas, conferencias, libros, etc., sin que los representantes de la disciplina exijan evidencia sobre la real utilidad de estas "propuestas". Lamentablemente se está observando que si las exigencias no se realizan desde dentro de la Psicología se están exigiendo, de igual modo, de otras fuentes. Así, los sistemas de salud, tanto privados como públicos, están exigiendo a los psicólogos evidencias de intervenciones eficaces y eficientes. Esto se hace más relevante en países como los nuestros donde los recursos, tanto humanos como económicos, son escasos y por lo tanto no se puede aplicar estrategias de dudosa efectividad.

Todo indica que la disciplina cada vez va hacia esta dirección ya sea por exigencias internas o externas. Esto no significa que existan intervenciones que no sirven (aunque es probable que algunas puedan entrar dentro de esta categoría) si no lo que se necesita es que se evalúen las intervenciones. Probablemente muchas de las intervenciones probablemente eficaces o en fase experimental podrían ser consideradas efectivas si sus representantes se esforzaran en evaluar sus intervenciones

Referencias

Cáceres,L., Castillo, C., Morales, D. y Pérez,S. (2000). Intervención Cognitivo-Conductual breve en mujeres con trastorno mixto ansioso-depresivo. Tesis para optar al título de Psicóllogo. Escuela de Psicología. Universidad de Santiago de Chile.

Chambles, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L. E., Calhoum, K. S., Crits-Christoph et al. (1998). Update on empirically validated therapies: II. The Clinical Psychologist, 51, 3-15.

Chambles, D.L., Sanderson, W.C., Shoham , V. (1996). An update on emprically validated therapies. The Clinical Psychologist, 49,5-18..

Contreras, D., Moreno, M., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas, P. y Vera-Villarroel, P.E. (2004). Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de sintomatologia ansiosa y depresiva en adultos mayores (enviado a publicación).

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/International Journal of Clinical and Health Psychology,1-181-204.

Garfield, S. L. (1980). Psychotherapy: An Eclectic Approach. New York: Wiley.

Hamilton, K.E. y Dobson, K.S. (2001). Empirically supported treatments in Psychology: Implications for International Promotion and Dissemination. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology,1-35-51.

Harink, R. (1980), The Psychotherapy Handbook: The A to Z guide to more than 250 different therapies in use today. Nueva York, New American Library.

Kazdin, A. E. (1986). Acceptability of Psychotherapy and Hospitalization for Disturbed Children: Parent and Child Perspectives. Journal of Clinical Child Psychology, 15, 333-340.

Moreno, M., Contreras, D., Araya, P., Martínez, N., Livacic-Rojas, P. y Vera-Villarroel, P.E. (2004). *Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos* (enviado a publicación).

Mustaca, E. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica.Revista latinoamericana de Psicología, 36,11-20.

Norcross, J. C. (2002). Psychotherapy Relationships that Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients. New York: Oxford University Press.

Ortiz, J. y 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, 61-66.

Parlof, M. B. (1976). Shopping for the Right Therapy, Saturday Review, 21, 14-16.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and Dissemination of Empirically-validated psychological treatments: Reports and Recommendations. The Clinical Psychologist, 48, 3-29.

Valdovinoitt, MªE., Olave, V. ,Quezada, M., Soto, P. y Vera-Villarroel, P.E. (1999). Intervención cognitivo conductual aplicado a adolescentes embarazadas con sintomatología depresiva. Revista Chilena de Psicología, 20 (1), 119-125.

Vera-Villarroel, P.E. (2004).Intervención conductual cognitiva intensa para reducir los índices de depresión y timidez (en preparación).

Vera-Villarroel, P.E. y Herrera, V. (2004). Las intervenciones apoyadas en la evidencia en Salud Pública. En Oblitas. L. Thomsom (en prensa)

Vera-Villarroel, P.E., Cáceres, L. Castillo, C., Morales, D. y Peréz, S. (2001). Intervención Cognitivo Conductual breve para mujeres con síntomas ansioso depresivos. 2º Encuentro chileno de investigación empírica en psicoterapia – Society for Psychoteraphy Research (SPR) – Clínica Psiquiátrica, Universidad de Chile 27 – 28 de Abril de 2001.

LA RETROALIMENTACION BIOLOGICA: UNA REFLEXION SOBRE SU USO EN LA PRÁCTICA CLINICA

Lic.Yalilis Castillero Amador MsC.
Marilín Pérez Lazo de la Vega
Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas

"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)

Introducción

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 como 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, solamente 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 fisiológicas 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 cardíaca, 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 a 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 disconfort 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 solo 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 que a su vez, contribuye al reforzamiento.

Un poco de historia

La evolución y el desarrollo de la biorretroalimentación, se ha 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 a 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 biorretroalimetación 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 como 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 le 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 este 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 psicosomáticos 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 imaginería 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.

- Trasmitir 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 lo que 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", editorial Félix Varela, La Habana.

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., "An overview of Biofeedback", (1997), a publication from de Bio Research Institute, tomado de internet www.bioresearchinstitute.com en 1998.

Wall S.,"Biointegration:advanced mind-body training and somatic conciousness", (1997), a publication from de Bio Research Institute, tomado de internet www.bioresearchinstitute.com en 1998.

HIPOCONDRÍA
PRESENTACIÓN CLÍNICA Y PAUTAS PARA SU PSICOTERAPIA

Héctor Fernández-álvarez
Amparo Belloch
Aiglé (Argentina)
Universidad de Valencia (España)

Introducción

Como se pondrá de manifiesto a lo largo de las páginas que siguen, el concepto de hipocondría ha evolucionado considerablemente a lo largo del tiempo, siguiendo la estela marcada por los avances que se han ido produciendo en el conocimiento de esta sicopatología en particular, y de los trastornos mentales en general. Estos avances han venido a situar la hipocondría en el terreno de los trastornos más inequívocamente "psicológicos", alejándolo así del campo de las insanias, tradicionalmente asociadas a una etiopatogenia biológica.

No obstante, estos vaivenes de lo "estrictamente psicológico" a lo "claramente biológico", han tenido su reflejo en las nociones legas sobre el trastorno: frente al *Licenciado Vidriera* de Cervantes súbitamente convencido, tras ingerir una poción amorosa, de haberse convertido en un frágil cristal, se encuentra el *Argán* de Moliere, que acuciado por innumerables problemas de índole amorosa, económica, y hasta social, va transformando estos problemas en malestares y preocupaciones físicas, para las que sin embargo no encuentra solución pese a las muchas pócimas, remedios y consultas a las que se somete (y le someten sus médicos). Su lenta pero inexorable transformación en *Enfermo Imaginario,* le lleva finalmente a convertirse él mismo en médico. Desde el punto de vista conceptual, Argán ha ganado la batalla a Vidriera: la hipocondría se sitúa hoy, como más adelante se verá, en el terreno de los trastornos mentales no sicóticos, o si se prefiere, de los claramente neuróticos. Y frente a la consideración de un inicio abrupto, con nula o escasa vinculación con acontecimientos vitales, se encuadra dentro del grupo de los trastornos de curso lento e insidioso, de largo recorrido, potenciados por el entorno, y consecuencia final de una acumulación de estresores vitales y necesidades personales no resueltas.

Por lo que se refiere a su expresión clínica, el peso de los factores culturales ha influido, como no podía ser de otro modo, en su forma de presentación, y puede que también en su génesis: el *Argán* actual ha sustituido las purgas, sangrías e irrigaciones, por analgésicos, diuréticos, y dietas. Ya no confía solo en los amables cuidados que le prodiga el atento *Purgón*, pues necesita las opiniones de más expertos, lo que lejos de calmar su inquietud, le lleva a buscar y demandar cuantos cuidados pueda ofrecerle el sistema sanitario incluyendo los más modernos y sofisticados instrumentos diagnósticos (analíticas, radiografías, resonancias, y escáneres varios). Y entre sus preocupaciones y desvelos se encuentran enfermedades inimaginables hace unos años, como el SIDA.

Pero pese al halo de sofisticación que envuelve la existencia de nuestros *enfermos imaginarios* actuales, sigue compartiendo con el buen *Argón* lo más sustancial:

haber hecho del miedo a la enfermedad y a la muerte el núcleo mismo de su existencia. Atrapado en ese miedo, busca denodadamente un imposible: la certeza de que está completamente sano.

La agitada historia de un trastorno y su concepto

Pocos trastornos mentales hay con tan dilatada historia en la sicopatología como la hipocondría. Pero menos todavía con una historia tan errática como la suya. La palabra misma, hipocondría, se ha utilizado tanto para designar un locus anatómico específico, como para referirse a un trastorno mental. Y ni en un caso ni en el otro, ha habido casi nunca acuerdo. Por ejemplo, Hipócrates la acuñó en el siglo V a. C. para referirse a la parte del abdomen que se encuentra debajo de la parrilla costal, pero Celsus la incluyó en el concepto más amplio de *área precordial* (Berrios, 2001).

Desde el punto de vista de su identificación como trastorno, las concepciones que se han venido planteando han sido también extraordinariamente variadas: desde las ideas de Thomas Willis (1621-1675), asumidas después por Thomas Sydenham (1624-1689) considerándola como el análogo masculino de la histeria, hasta las de George Cheyne (1671-1743), quien la catalogó como "La enfermedad Inglesa", atribuyendo su padecimiento a personas de gran inteligencia y clase social elevada. Su ubicación en el abanico de los trastornos mentales ha sido, asimismo, fuente de interminables debates: algunos, siguiendo la estela de Cullen, la consideraron como una modalidad de neurosis, mientras que otros, partidarios de las ideas de Fabre, la concibieron como una forma de demencia o insania.

Los fallidos intentos por demostrar la génesis somática de trastornos *nerviosos* como la hipocondría motivó la idea de un posible origen psicológico. Ya en el siglo XIX, el tratado *De l´Hypochondrie et du Suicide* de Falret, supuso un paso decisivo en esta dirección al sostener que las causas de la hipocondría eran de índole moral e intelectual (Baur, 1988). No obstante, pese a estas tentativas, durante la primera parte del siglo XIX coexistieron los conceptos de *hypocondria cum materia* e *hypocondria sine materia*, representando el primero aquellos casos en los que la sintomatología se derivaba de los órganos corporales en los que existía patología en los tejidos, y denotando el segundo aquellas situaciones en las que no era posible detectar esta anomalía y por tanto se presumía que los factores psicógenos eran los responsables de los síntomas (Nemiah, 1982). Como recuerda Berrios (2001), ya al final del s. XIX, Savage intentó conciliar ambos planteamientos tan extremos apelando a la extrema amplitud de posibilidades de presentación clínica del trastorno, que irían desde la hiper-sensibilidad hacia las enfermedades, hasta el delirio y las tendencias suicidas.

A finales del siglo XIX y principios del XX, las aportaciones de diversos autores contribuyeron decisivamente a que la hipocondría se escindiera conceptualmente de la histeria con la que hasta entonces había estado más o menos unida: ello dio pie a considerar la histeria como un trastorno mental "auténtico", mientras que la hipocondría se empezó a concebir como una condición situada a mitad de camino entre la enfermedad mental y la física. Con Charcot, la histeria quedó caracterizada como un trastorno que cursa con importantes alteraciones de la conciencia, las funciones motoras y sensoriales, reservándose el término hipocondría para las quejas subjetivas vagas y poco claras sobre molestias corporales (Nemiah, 1982).

Pero sin duda, fue Pierre Janet (1910) quien propuso las ideas más certeras acerca del trastorno: por un lado, conceptuó las *obsesiones* hipocondríacas como una modalidad de *neurosis psicasténica;* por otro, situó el miedo a la muerte en el centro mismo de la etiopatogenia del trastorno. Al concebirla como una psicastenia

(una obsesión, en términos actuales) abrió el camino para entender mejor su fenomenología, pues tal consideración conlleva la idea del hipocondríaco como un individuo cuyo pensamiento parece estar casi permanentemente ocupado por la preocupación acerca de su estado de salud. Y es precisamente ese estado de constante preocupación -que hoy se catalogaría como *worry patológico,* y que vincula este trastorno con el de ansiedad generalizada-, el que explica el comportamiento del hipocondríaco -búsqueda de reaseguro, evitación de situaciones potencialmente peligrosas o dañinas para la salud, hiper-vigilancia ante cualquier indicio de enfermedad o malestar-, así como su estado de ánimo, caracterizado por la angustia y la disforia. Por su parte, estas dos características del estado anímico, ejemplifican bien el significado de psicastenia: cansancio mental. Como más adelante se verá, estas ideas de Janet se hallan presentes en la caracterización clínica actual del trastorno hipocondríaco, así como en el debate acerca de su consideración como un trastorno de ansiedad.

Freud (1914) amplió la distinción entre los conceptos de histeria e hipocondría, planteando que en esta última se producía una retirada de la libido de los objetos externos y una concentración sobre los órganos centro de preocupación. No obstante, señaló que en este trastorno realmente se producían alteraciones orgánicas y lo catalogó, junto con la neurastenia y la neurosis de angustia, como *neurosis verdadera*. Esta conceptuación de la hipocondría dio paso a un período de su historia en el que, al encontrarse en "tierra de nadie", fue objeto de desatención tanto por parte de los fisiólogos como de los psicoanalistas.

El trastorno volvió a recobrar cierto interés a partir del trabajo de Gillespie (1928), quien, retomando las ideas de Janet, definió la hipocondría como *"una preocupación mental por un trastorno físico o mental real o supuesto; una discrepancia entre el grado de preocupación y las razones para ello, de modo que el primero es mucho mayor de lo que está justificado; y un estado afectivo caracterizado como una involucración con la convicción, y la consiguiente preocupación, así como la indiferencia hacia la opinión del entorno, incluida la no respuesta a la persuasión"* (citado en Barsky, Wyshak y Klerman, 1986, pág. 494). No obstante, como señala Nemiah (1982), a pesar de las contribuciones de autores como Gillespie, el uso del término durante los años 20 y 30 del pasado siglo estuvo muy restringido, considerándose en la mayor parte de las ocasiones que el trastorno era secundario a otras condiciones clínicas.

Las cinco décadas siguientes seguirían estando marcadas por el olvido casi completo de la hipocondría, del que las escasas publicaciones constituyen la prueba más evidente. Tal vez, la hegemonía del enfoque conductual de la psicología, en su expresión más radical sea, en parte, responsable de ello. Pero también, como indican Warwick y Salkovskis (1990), la desatención a la hipocondría por parte de la terapia de conducta tradicional, pudo deberse además a la influencia de ciertas perspectivas psiquiátricas tradicionales que la consideraban secundaria a otras alteraciones, y no solo a la dificultad de explicar este trastorno desde las formulaciones comportamentales.

Presentación clínica

Escuchar a los pacientes es para un clínico uno de los mejores modos de saber a qué nos estamos enfrentando cuando hablamos de hipocondría. Por eso mismo, antes de entrar en consideraciones diagnósticas y técnicas, remitimos al lector al examen de unos breves pero ilustrativos fragmentos recopilados de nuestros propios pacientes, pues en ellos se condensa, a nuestro parecer, lo verdaderamente nuclear de este padecimiento que tantas veces ha sido objeto de burla cuando no de una auténtica estigmatización y desprecio. En el Cuadro 1 se presentan estos relatos.

¿CÓMO EXPRESA SU MALESTAR EL PACIENTE HIPOCONDRÍACO?

Luis, 47 años, casado, abogado.
"De pequeño ya me preocupaban los problemas de salud ... Tenía muchos temores, sobre todo miedo a una enfermedad mortal y a morirme….No creo que tenga problemas médicos en sentido estricto… me trato de controlar y no acudir tanto como quisiera al médico... con el tiempo aprendí a controlarme más, pero las preocupaciones y los miedos los sigo teniendo, de hecho siento que organizan mi vida…"

Ana, 40 años, casada, médica.
"Soy una persona que ha gozado de buena salud pero pocos días me he sentido gozando de esa salud. Siempre me recuerdo mal por algo o temerosa de algo malo y esto me ha impedido disfrutar más plenamente de la vida. ... más que el miedo a sufrir, es el hecho de morirse, … es una sensación que me acompaña desde siempre, …se me hace tan pesado, son tantos años, tantas formas que ha ido tomando… estoy obsesionada con esto, y no puedo librarme a veces pienso que quizá no haya tenido preocupaciones importantes y eso haya hecho que me centrara más en mi…no tengo derecho a sentirme así..."

Pedro, 30 años, casado, reportero gráfico de televisión.
"Es como si algo me hubiera reventado en el cerebro….no estoy enfermo ahora pero pienso que puedo enfermar, tengo mucho miedo a morirme…. Me doy cuenta que estoy haciendo cosas que antes no hacía, tomarme el pulso, leer los prospectos de los medicamentos y me encuentro más atento a lo que siento en mi cuerpo…pero lo más pesado es que tengo una fuerte sensación de estancamiento,...."

Manuel, 26 años, soltero, estudiante.
"Desde que me levanto hasta que me acuesto, todo el día está la preocupación ahí dentro, rondando, es mi primera presencia cada día, un run-run continuo....la muerte, morirme...a veces consigo no pensar, pero en cuanto me descuido vuelve....siempre es igual. Ha tomado varias formas. Ahora es: ¿y si me contagié? ¿tuve bastante cuidado? ... pero en el fondo se que no tengo el SIDA, es imposible, no tengo ningún síntoma, no he hecho nada para contagiarme, tomo todas las posibles precauciones ..me hago análisis cada dos por tres, ya me conocen en todas partes....además, ahora es el SIDA pero hace dos años era un tumor cerebral...yo se que mi miedo es a morirme... se que el dolor se puede controlar, pero la muerte no hay forma de evitarla...no

quiero morirme.. me siento mal por no estudiar lo que debiera, no puedo decírselo a mi padre, después de todo lo que hace por mí....no puedo más, este miedo me está matando...."

Elvira, 34 años, casada, ama de casa.
"No me la puedo quitar de la cabeza, es como una obsesión, está todo el día ahí, haga lo que haga...cualquier cosa me alarma, una tos, un picor, un dolorcito, es tan pesado, toma tantas formas...no puedo soportar la idea de morirme y creo que por eso estoy todo el día pendiente de qué me pasa, ...por las noches es insoportable... a veces me despierto sobresaltada y necesito comprobar mi pulso, el ritmo de mi respiración....mi marido no sabe nada, no tengo derecho a cargarle con esto, bastante tiene con la empresa, trabaja todo el tiempo para que no nos falte de nada...Voy al médico y me dice que no tengo nada, pero algo tengo, esto no es normal, si me viene tanto a la cabeza, por algo será....."

Como puede observarse, los relatos difieren en algunos aspectos, pero son extraordinariamente coincidentes en otros cuatro: primero, el sentir la mente casi constantemente ocupada por pensamientos sobre el estado de la propia salud (preocupaciones); segundo, la presencia constante del miedo a morir y a la muerte; tercero, la tendencia a prestar una atención excesiva al propio cuerpo, acompañada de conductas de comprobación y dificultades, cuando no franca imposibilidad, para prestar atención (y disfrutar) de la vida; y cuarto, la expresión más o menos explícita de sentimientos de culpa y vergüenza, que en algunos casos lleva a ocultar sus temores y preocupaciones. Y, a consecuencia casi lógica de todo ello, un estado de ánimo dominado por el abatimiento y la desesperanza.

Ninguno de estos síntomas es, por sí mismo, exclusivo de la hipocondría. Quizá por ello, a pesar de los muchos esfuerzos por acotar y definir el trastorno, la hipocondría no parece haber logrado reunir hasta el momento la suficiente coherencia o unidad de signos y síntomas que han alcanzado otras entidades, como la ansiedad, la depresión, la esquizofrenia o el trastorno bipolar, por mencionar algunos. Se trata pues de un trastorno cuyos síntomas propios son a menudo vagos, difíciles de precisar, y que presentan a menudo límites borrosos tanto con las normales preocupaciones por la salud, el bienestar, o el miedo a morir, como con otros trastornos mentales: desde la nosofobia al delirio, pasando por la disforia, las somatizaciones, la ansiedad generalizada, o el trastorno obsesivo-compulsivo, por citar los más habituales. Esta difusión de límites se traduce en dificultades a la hora de su encuadre conceptual, pues se lo asocia con, al menos, tres complejos disfuncionales diferentes: trastornos somato formes, obsesivos, y fóbicos. Con los primeros comparte la presencia de síntomas físicos no explicados médicamente; con los segundos las intrusiones mentales (en forma de preocupaciones recurrentes sobre enfermedades) y los comportamientos de neutralización (rituales de comprobación, búsqueda de reaseguro); con las fobias el miedo patológico y las reacciones de ansiedad anticipatoria.

Con respecto a este último complejo disfuncional, hay que decir que existe una generalizada costumbre de definir la hipocondría como el temor a las enfermedades. Utilizando el esquema que se aplica a las fobias, tiende a verse en este trastorno un temor exagerado (y por lo tanto irreal) frente a una determinada

situación de amenaza ante la integridad física y la salud. Esta percepción aumentada (distorsión cognitiva) de una amenaza a la integridad corporal puede variar desde la manera en que la persona puede vivenciar un estado físico específico (por ejemplo, la aparición de una fiebre), hasta la representación ilusoria de signos físicos que sólo él o ella creen ser capaces de registrar. El primer reparo que los terapeutas encontramos frente a esta descripción es que los pacientes "verdaderamente" hipocondríacos no son personas que reaccionen de esa manera frente a cualquier enfermedad, sino exclusivamente ante aquellas situaciones que son visualizadas por el paciente como que pueden tener un desenlace fatal. Lo que el hipocondríaco teme no es la enfermedad en sí misma, sino a la muerte (los casos de *Ana* y *Manuel*, ilustran bien esta idea). Es el carácter terminal e irremediable de una enfermedad lo que despierta su reacción angustiosa, y lo que puede sumirlos en una verdadera depresión. Por lo que se refiere a la evitación, característica de las fobias, no es definitoria de la hipocondría. En una nosofobia, el paciente procura evitar cualquier situación o contexto que le recuerde su miedo patológico. El paciente hipocondríaco intenta comprobar que no está enfermo, y para ello no solo no evita informarse sobre la enfermedad que teme, ante cuyos signos y posibles indicios está particularmente atento, sino que además busca pruebas que no confirmen su temor. En última instancia, lo que evita es, por así decir, la muerte. Naturalmente, esta evitación está muy lejos de poder asimilarse a la evitación fóbica.

Starcevic (2001) ha propuesto seis posibles características definitorias de la presentación clínica del trastorno, cuya importancia e intensidad son en extremo variables de un paciente a otro, y aún en un mismo paciente en diversos momentos: (1) Síntomas corporales, (2) Preocupación por el funcionamiento del cuerpo, (3) Miedo a estar *ya* padeciendo una enfermedad grave, (4) Sospecha de estar padeciendo *ya* una enfermedad grave que los médicos no han detectado, (5) Resistencia al reaseguro médico rutinario, y (6) Comportamientos hipocondríacos.

Por lo que se refiere a la primera, los síntomas corporales, Starcevic indica que aunque no siempre están presentes, cuando se experimentan o bien no se ajustan a ninguna condición médica demostrable (son "funcionales"), o bien se expresan con mucha mayor intensidad de lo que cabría esperar. Este criterio es no obstante, problemático, pues de tomarse al pie de la letra excluiría, en la práctica, a muchos pacientes hipocondríacos que, o bien no presentan síntomas, o los que expresan son difusos y poco específicos, o es difícil considerar que su objeto de preocupación y miedo sea, realmente, un síntoma en sentido estricto (¿pueden ser verdaderamente considerados como síntomas una tos ocasional, o un ligero cansancio, o una rojez en la palma de la mano, o un leve picor ...?).. Otro elemento problemático tiene que ver, en nuestra opinión, con el hecho de que la insistencia excesiva en este requisito plantearía en bastantes casos problemas de diagnóstico diferencial con el trastorno somato forme, que se define precisamente por la presencia de síntomas de tipo funcional. Por último, si únicamente se contemplan los síntomas físicos, se excluye la posibilidad de la "hipocondría mental", entidad mal definida y sin duda problemática, pero que en alguna ocasión es posible observar en la práctica clínica y que hace referencia a la preocupación por estar desarrollando una enfermedad mental irremediable que lleva a otra modalidad de muerte no menos temida, la psicológica. En relación con las implicaciones nosológicas de la "hipocondría mental", Schmidt (1994) ha sugerido que si la evidencia empírica verifica la existencia de esta modalidad, sería un dato a favor de la posibilidad de incluir la hipocondría en la categoría de los trastornos de ansiedad, y en concreto como un trastorno de ansiedad patológica por la salud. Dada la importancia de este aspecto y sus posibles implicaciones tanto a nivel conceptual como de tratamiento, lo retomaremos más adelante.

En cuanto a la preocupación por el funcionamiento del cuerpo, es quizá la característica más típica del trastorno, el *sine qua non* para su diagnóstico. Se manifiesta por intrusiones constantes, un estado casi permanente de "escucha", o el examen más o menos repetido de diversas partes del cuerpo. Pero es importante añadir que a los pacientes les preocupa no sólo sus síntomas, sino sobre todo qué significan o pueden significar (Avia, 1999). Un aspecto importante por destacar se debe que estas preocupaciones son una modalidad de intrusiones mentales, y de ahí las similitudes que pueden existir con las ideas obsesivas, los pensamientos negativos de tipo depresivo, o las re-experimentaciones traumáticas que se producen en el trastorno por estrés post-traumático. Más adelante retomaremos las relaciones entre la hipocondría y el trastorno obsesivo-compulsivo.

La tercera de las características señaladas por Starcevic (2001) es el miedo a estar padeciendo *ya* una enfermedad grave. Antes hicimos alusión ya a este aspecto. A diferencia de la fobia a las enfermedades, el hipocondríaco no siempre considera sus miedos como excesivos o poco razonables, ni tiene únicamente miedo de contraer una enfermedad en el futuro sino, sobre todo, de estar padeciéndola *ya*, aquí y ahora. Ello conlleva, a diferencia de la nosofobia, que no evite las visitas a médicos y hospitales, y que no experimente niveles excesivos de ansiedad cuando se encuentra en un contexto sanitario, pues considera el encuentro con los profesionales como una oportunidad para informarse y hallar así alivio para sus miedos. Warwick y Salkovskis (1989) señalan que en la fobia a la enfermedad, los estímulos implicados son, habitualmente, externos (por ej., hospitales), mientras que en la hipocondría, por lo general, son internos (por ej., sensaciones corporales tales como molestias estomacales). La otra diferencia radica en que el fóbico a la enfermedad hace frente a la ansiedad evitando el estímulo temido; en cambio, el hipocondríaco recurre a conductas neutralizadoras de la ansiedad (por ej., autocomprobación del estado corporal). Warwick y Salkovskis afirman que, probablemente, ambas condiciones coexisten en diversos grados en la mayoría de los pacientes, y que el estado de éstos fluctúa entre la convicción y el temor a la enfermedad, dependiendo de sus niveles de ansiedad.

El siguiente elemento señalado por Starcevic (2001), la sospecha de estar padeciendo *ya* una enfermedad grave que los médicos no han detectado, resulta particularmente interesante y ha dado lugar a interpretaciones dudosas en relación con la confusión entre creencia, sospecha, convicción, etc., Es importante señalar que a lo que se alude en este caso es a lo siguiente: Más que la convicción de estar enfermos, los pacientes están *casi* seguros de ello, pero les falta la certeza absoluta. Según Rachman (1974), esta sospecha sería una consecuencia del estado de preocupación mórbido en el que viven. Otros autores plantean más bien que se trataría de una idea sobrevalorada y fija sobre la presencia de una enfermedad, lo que explicaría hechos como la tendencia de los hipocondríacos a tener como tema preferente y casi exclusivo de conversación la salud y las enfermedades.

Por lo que hace a la resistencia al reaseguro médico rutinario, Starcevic (2001) señala que es importante enfatizar el término "rutinario" para explicar este comportamiento del paciente. A lo que el hipocondríaco se resiste es a admitir una explicación del tipo "no se preocupe más, no le pasa nada, su salud está bien", después de que las pruebas y análisis médicos no hayan encontrado una base razonable para sus miedos, su preocupación, o sus síntomas. Sin embargo, cuando el médico proporciona información detallada y relevante, manifestando una actitud empática y presta una atención cuidadosa, el paciente no muestra rechazo a la información tranquilizadora del médico. El carácter obsesivo de estos pacientes, su falta de confianza en sí mismos, su intolerancia a la incertidumbre, el que sean poco influenciables por opiniones de terceros, y puede que sus ideas sobrevaloradas sobre la salud y su significado (algo así como "no tengo que enterarme de mi cuerpo, una buena salud quiere decir que no debo sentir nada, ni

el más mínimo malestar"), podrían estar en la base de estas resistencias al reaseguro poco cuidadoso o rutinario. Si se tienen en cuenta estas consideraciones, el segundo de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y el C de la CIE-10 (véase el Cuadro 2) adquieren un significado distinto del que podría extraerse con una primera lectura de tales criterios.

Por otro lado, Warwick y Salkovskis (1989), ponen en cuestión este tipo de criterios puesto que implican que un paciente no puede recibir la catalogación de hipocondríaco, a menos que las explicaciones médicas hayan resultado improductivas. Si esto fuera así, argumentan, el diagnóstico del trastorno dependería no sólo de las características clínicas del paciente sino también de las actuaciones que llevan a cabo los facultativos con sus pacientes, en qué medida éstas son pertinentes al problema, la queja, o a la demanda, y de hasta qué punto son convenientemente explicadas y adecuadamente comprendidas. Salkovskis y Clark (1993) también han puesto en cuestión este criterio sobre la base de estas consideraciones: 1) en determinados contextos, los pacientes no pueden acceder a la información médica tranquilizadora; 2) algunos pacientes rehúsan consultar al médico; 3) a menudo los pacientes hipocondríacos buscan apaciguar sus temores por otros canales que no sea recurrir al médico (por ej., familiares, amigos, libros de medicina); y 4) este criterio no especifica el tipo de información tranquilizadora que *no* es efectiva en estas personas.

En esta misma dirección, Starcevic (1991, 2001) sostiene que este aspecto definitorio de la hipocondría resulta ambiguo puesto que puede ser objeto de una doble interpretación. Por una parte, la existencia de algo consubstancial a la hipocondría que haría que las explicaciones no produjeran los efectos curativos esperados; y por otra, que las explicaciones ordinarias de "sentido común" son las que resultan estériles en este trastorno. Según Starcevic, si la primera de ellas fuese correcta y a los pacientes hipocondríacos no se les pudiese convencer bajo ningún concepto de que sus temores y sospechas de enfermedad no tienen razón de ser, se podría poner en entredicho la validez de conceptuar la hipocondría como un trastorno de carácter no delirante. La segunda interpretación concuerda con la impresión clínica de que la información tranquilizadora que es capaz de suprimir las preocupaciones por la enfermedad de la mayoría de las personas, no lo es en el caso de los pacientes hipocondríacos. Sin embargo, la constatación, por parte de algunos estudios (Kellner, 1982, 1983, 1986), de que la atención médica a las demandas de explicaciones del paciente puede ser efectiva, lleva a Starcevic (1991) a plantear que dependiendo del tipo de explicaciones y de la manera en que se proporcionen, éstas pueden llegar a ser útiles para el tratamiento de la hipocondría. Según este autor "*la definición actual de hipocondría es errónea debido a que implica que cualquier información tranquilizadora tiene un poder 'por naturaleza convincente' y curativo al cual un individuo determinado debe responder con una mejoría sintomática*" (pág. 122).

En cuanto al último de los componentes, el comportamental, incluye básicamente dos conjuntos de posibilidades: primero, la auto-focalización en el propio cuerpo, que lleva a realizar auto-comprobaciones repetitivas del estado de salud y de que no se está enfermo; segundo, la búsqueda y acumulación de información, lo que a menudo incluye un elevado consumo de recursos sanitarios. Pero no hay que olvidar que también, en algunos momentos, puede evitar acudir al médico por miedo a que le confirmen sus temores, a que le descubran algo que "no tiene remedio". De todos modos, en general estos pacientes tienden a someterse a más exámenes médicos de los habituales, a coleccionar los resultados de tales exámenes, a comparar los informes de diversos momentos y especialistas que han visitado, a llevar un registro en ocasiones detallado de sus síntomas, problemas y medicación recibida, pero también a buscar explicaciones de lo que les sucede, y no tanto tratamientos. Este último aspecto es particularmente significativo: el

hipocondríaco no suele buscar en el médico un tratamiento concreto, sino más bien una explicación convincente de lo que le está sucediendo o le puede suceder en el futuro, lo que nos lleva de nuevo a la debatida cuestión de la búsqueda de información tranquilizadora y a su papel en el mantenimiento del trastorno. Por otro lado, el hecho de que pueden llegar a ser grandes consumidores de recursos sanitarios, no significa que sean especialmente cuidadosos con su salud: es decir, pueden acudir muchas veces al médico, pero no se muestran especialmente proclives a emprender de manera consistente comportamientos saludables, ni tampoco son pacientes que cuando tienen una enfermedad que requiere un tratamiento continuado presentan una adhesión especial al tratamiento recomendado.

Finalmente, es preciso resaltar, recuerda Starcevic (2001), que todas estas características varían de unos pacientes a otros en cuanto a su presencia e intensidad, y aun en un mismo paciente a lo largo de los diversos episodios o exacerbaciones que pueda experimentar. De nuevo, como decíamos al inicio, la unidad de signos y síntomas en la hipocondría, es más un deseo de los investigadores que una realidad clínica.

Entre sus consideraciones, Starcevic no incluye otras dos que, en nuestra opinión, resultan bastante comunes en la hipocondría: la primera de ellas es el miedo a la muerte. Este temor no es, evidentemente, algo privativo de esos pacientes. Está presente en muchas otras disfunciones, si bien es precisamente en este trastorno en donde se convierte en algo nuclear, como ya descubrió Janet. Y por supuesto, como sucede con tantos otros temores y patologías, aparece en muchas formas de la experiencia normal (Castañeiras, Belloch y Martínez, 2000). Pero en la hipocondría este miedo resulta ser una experiencia extrema, que se traduce en un modo de funcionamiento rígido y estereotipado, no adaptativo, y por eso mismo, disfuncional, de modo análogo a lo que sucede en un trastorno de personalidad, que puede conceptuarse como la expresión rígida, estereotipada, y extrema de un cierto modo de ser y comportarse. En un estudio sobre la psicopatología del trastorno en el que participaron los autores (Castañeiras, 2001) se pudo constatar la variabilidad que presentaban los pacientes hipocondríacos en la forma de presentación de su malestar: La gran mayoría (78%) presentaba quejas de tipo físico y psicológico *("decaimiento, fatiga, impotencia, bajo en todo, sin ganas...", " bultitos, dolores en los dedos, caída del pelo, triste, desmotivado...")*, mientras que el 17% relataba malestares difusos y generalizados *("siempre tengo alguna tecla, pero no puedo precisar" "soy un inventario abierto de malestares...")* y solo el 4% centraba su queja en un malestar concreto y acotado ("*no puedo tragar...miedo a ahogarme", "dolor precordial").* Pero en todos los casos, los pacientes manifestaban que en el fondo de sus preocupaciones y miedos concretos se hallaba siempre presente el miedo a la muerte por una enfermedad larga y sin remedio.

En este punto, es preciso puntualizar que el miedo a la muerte al que aquí nos referimos es muy diferente al que aparece en la tanatofobia, un trastorno a mitad camino entre las fobias y las crisis de angustia o pánico. Fava et al. (1995) han formulado los tres criterios siguientes como imprescindibles para un diagnóstico de tanatofobia: 1) Ataques con sensación de muerte inminente y/o con la convicción de morir muy pronto, sin razones médicas objetivas que avalen esa sensación y/o convicción; 2) Miedo y evitación marcados y persistentes a noticias que recuerden la muerte. La exposición a estos estímulos provoca una respuesta de ansiedad inmediata; 3) La evitación de los estímulos, su anticipación ansiosa, y el malestar asociados, interfieren significativamente con el funcionamiento de la persona. Así pues, se trata de una modalidad de crisis de angustia, en donde la característica predominante durante el ataque es la sensación vívida de muerte inminente o a muy corto plazo.

La segunda de nuestras consideraciones tiene que ver con la apariencia social del hipocondríaco: en muchos casos, se trata de una persona que sobrelleva relativamente bien su padecimiento, no dando la apariencia de un individuo desadaptado, extraño, que desatienda sus obligaciones y sus roles. Como muchos obsesivos hacen con sus obsesiones, el hipocondríaco puede ocultar sus temores la mayor parte del tiempo, a no comunicar sus preocupaciones más que a un grupo reducido de allegados, en parte porque cree ser capaz de "controlarlas" por sí mismo, en parte por temor al rechazo, a la crítica, e incluso la burla, en parte porque se siente culpable de ocupar su mente en miedos "sin causa". Sabe, cree saber, que sus preocupaciones y su miedo no se basan en "hechos", y ello añade un elemento extra a su malestar.

Por último, es preciso diferenciar entre reacciones hipocondríacas y un trastorno hipocondríaco, a semejanza de lo que sucede por ejemplo en el caso de la reacción depresiva y la personalidad depresiva o la distimia. Las reacciones hipocondríacas son probablemente mucho más frecuentes de lo que se puede suponer y, en principio, no suelen requerir tratamiento pues tienden a debilitarse y desaparecer en un tiempo relativamente breve. Normalmente son consecuentes a una experiencia vital desagradable con la enfermedad (propia o de allegados). ¿Quién no se ha preocupado alguna vez más de lo normal por su corazón al enterarse de que un conocido sufrió un infarto de miocardio?, o ¿quién después de convivir durante cierto tiempo con un familiar enfermo no se ha preguntado alguna vez si no estará destinado a padecer la misma enfermedad?, o ¿qué madre o padre no se han preocupado en exceso cuando el resfriado de su hijo se alarga más de lo habitual?, o ¿quién ante una campaña de información pública sobre tal o cual enfermedad no se ha "descubierto" examinándose para descubrir si presenta algún indicio sospechoso?. Sin embargo, cuando hablamos de trastorno hipocondríaco nos estamos refiriendo a personas cuyo horizonte vital está limitado desde hace tiempo, o por períodos largos de tiempo, como consecuencia de sus temores y preocupaciones constantes y exagerados por su salud, lo que a menudo les lleva a emplear mucho tiempo en consultas médicas, y que pueden sobrecargar sus relaciones personales con sus miedos y temores por posibles problemas físicos, incluyendo en ello muchas veces a los otros significativos.

Una vez expuestas las que a nuestro entender son las características clínicas más importantes de la hipocondría y su forma de presentación, examinaremos brevemente los criterios diagnósticos específicos que plantean para este trastorno los manuales diagnósticos de la American Psychiatric Association (DSM) y la Organización Mundial de la Salud (CIE).

Curso clínico

Un tópico bastante asentado en la literatura sobre la hipocondría es considerarla como un trastorno crónico y que produce deterioro. Así, en el estudio de Noyes *et al.* (1994), el 67% de 48 pacientes hipocondríacos seguían cumpliendo criterios diagnósticos al año de seguimiento, persistiendo sintomatología hipocondríaca en la mayoría de los restantes. A partir de estos datos concluyeron que la hipocondría es un trastorno crónico que sigue un curso fluctuante. Sin embargo, su evolución no es siempre tan desesperanzadora, pues ciertos subtipos o modalidades pueden experimentar una notable mejoría. Según Baur (1988) el hipocondríaco puede

empeorar; puede estar sometido a crisis reiteradas de hipocondría de gravedad similar, pero que, progresivamente, resultan más manejables; puede convertirse en un inválido profesional o verse dominado por el poder de las modas (por ej., las vitaminas, el gimnasio); o puede recuperarse. Veamos cuáles son, según la bibliografía revisada, los perfiles hipocondríacos con mayor probabilidad de remisión.

Kellner (1985) recogió los siguientes indicadores de buen pronóstico: preocupaciones de corta duración, presencia de ansiedad o depresión (en oposición a la ausencia de emociones y/o su expresión), inicio agudo, ausencia de trastornos de personalidad, estatus socioeconómico elevado, edad joven, escasas referencias anteriores a otros médicos (no psiquiatras), ausencia de enfermedad orgánica, ausencia de características histriónicas en pacientes femeninas y ausencia de sentimientos de resentimiento en varones.

Bass y Potts (1993) señalaron, que los factores que pueden predecir una mala respuesta al tratamiento de los pacientes con trastornos somatoformes eran: 1) ausencia de ansiedad y depresión; 2) potente atribución de los síntomas a una causa física; 3) dolor *no* agravado por el estrés o la ansiedad; 4) una larga historia de operaciones quirúrgicas que no hayan eliminado el dolor; 5) dolor de duración crónica; 6) dolor constante que no remite; 7) tratamiento para un trastorno afectivo resistente; y 8) el cónyuge tiene una elevada puntuación en las escalas de hipocondría. Por último, aunque el DSM-IV insiste en que la hipocondría es un trastorno de evolución crónica, considera indicadores de un buen pronóstico el inicio agudo, la comorbilidad, la ausencia de trastornos de la personalidad y la ausencia de ganancias secundarias.

Diagnóstico categorial

En la primera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-I), publicada por la APA en 1952, se agruparon bajo el rótulo genérico de *trastornos psiconeuróticos* todos aquellos "trastornos de origen psicógeno o sin cambio estructural o causa tangible claramente definida" (pág. 6). En el DSM-II (APA, 1968) se sustituyó el nombre de la categoría por el de *neurosis* para describir a aquellos trastornos en los que la angustia era "una característica llamativa", tanto si "era sentida y expresada directamente" como si "era controlada inconsciente y automáticamente mediante mecanismos psicológicos de conversión, desplazamiento o de otra clase" (APA, 1987, pág. 393). La categoría general de neurosis englobaba las siguientes ocho modalidades de neurosis: de angustia, histérica (de conversión y disociativa), fóbica, obsesivo-compulsiva, depresiva, neurasténica, de despersonalización e hipocondríaca.

La edición de 1980 de este Manual (DSM-III) supuso una revolución en muchos aspectos (diagnóstico multi-axial, desaparición en la práctica del concepto de neurosis, reordenación de trastornos y categorías, redefinición de criterios diagnósticos explícitos...). Por lo que se refiere a la hipocondría, se desligó de las neurosis, y se incluyó bajo el epígrafe de los trastornos somatoformes, en donde continúa. El rasgo esencial de estos trastornos se centró en la presencia de "síntomas físicos que sugieren una alteración física (...), en los que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos" (pág. 253).

La tercera edición revisada del DSM (DSM-III-R, APA, 1987), no difirió demasiado de su predecesora. No obstante, se introdujeron algunas modificaciones para optimizar el diagnóstico. En relación con la *hipocondría*, las novedades más

importantes fueron éstas: a) los síntomas motivo de preocupación no debían circunscribirse a los propios de las crisis de angustia; b) la duración mínima debía ser de 6 meses; c) se omitieron las referencias a las perturbaciones en el ámbito social o laboral que podían acompañar al trastorno; d) se restringieron los criterios de exclusión, limitándolos al trastorno delirante somático. En cuanto a la caracterización clínica del trastorno, la sintomatología esencial se centró en *"la preocupación, el miedo o la creencia de tener una enfermedad grave a partir de una interpretación personal de los signos o sensaciones físicas que se consideran pruebas de enfermedad somática"* (pág. 310).

Por lo que respecta a la última edición publicada del Manual (DSM-IV-TR, 2004), en el Cuadro 2 se resumen los criterios diagnósticos que se proponen, junto con los de la CIE-10-DCR (1993) para la hipocondría. Se ha alterado la ordenación de los criterios en el caso de la CIE-10 (pero conservando la numeración original) para facilitar la comparación entre ambos sistemas.

Cuadro 2- Criterios diagnósticos para la hipocondría

DSM-IV-TR	CIE-10-DCR
A. Preocupación con miedos a tener, o idea de que se tiene, una enfermedad grave, basándose en interpretaciones equivocadas de síntomas corporales	**A.** Presencia de cualquiera de los siguientes aspectos: 1. Creencia persistente, durante al menos 6 meses, de la presencia de un máximo de dos enfermedades físicas graves (de las que una al menos debe ser específicamente nombrada por el paciente) 2. Preocupación persistente por una supuesta deformidad o desfiguración (Trastorno Dismórfico corporal)
B. La preocupación persiste a pesar de la evaluación y el reaseguro médico adecuados.	**C.** Rechazo persistente a aceptar el reaseguro médico de que no existe causa física para los síntomas o la anormalidad física. (La aceptación a corto plazo del reaseguro – i.e., durante unas pocas semanas durante los exámenes médicos o inmediatamente después de ellos- no excluye el diagnóstico)
C. La creencia del criterio A no tiene intensidad delirante (como en el trastorno delirante, tipo somático) y no se circunscribe a una preocupación concreta sobre la apariencia (como en el trastorno Dismórfico corporal)	
D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito social, laboral, o en otras áreas importantes de funcionamiento	**B.** La preocupación por la creencia y los síntomas causa malestar o interferencia persistentes en el funcionamiento personal cotidiano, y lleva al paciente a buscar tratamientos o estudios médicos (o ayuda análoga de los sanadores locales)
E. La duración del trastorno es como mínimo de 6 meses	

F. La preocupación no se explica mejor por el Tr. De Ansiedad Generalizada, el Obsesivo-Compulsivo, el de Pánico, un episodio Depresivo Mayor, Ansiedad de Separación, o por otro Trastorno Somatoforme	**D.** ***Cláusula más habitual de exclusión:*** Los síntomas no se producen únicamente durante la esquizofrenia o trastornos relacionados (en especial trastornos delirantes persistentes), o los trastornos del estado de ánimo (afectivos).
Especificar si: *Poca conciencia de enfermedad*: en el caso de que durante la mayor parte del episodio actual, la persona no reconozca que la preocupación por tener una enfermedad grave es excesiva o no razonable	

Como puede observarse, los criterios son básicamente superponibles, si bien resultan más claros los del DSM, en especial los referidos al primer criterio, que enfatiza la preocupación como elemento definitorio del trastorno. No obstante, hay que señalar que los criterios A, B, D, y F se dedican en realidad a matizar el significado de esa preocupación. En cuanto al criterio C, también está dedicado a matizar lo expresado en el A pero, en este caso, en relación con la creencia implícita (que no explícita) expresada en el A bajo el término "idea". Por su parte, los criterios CIE sí que explicitan este aspecto de creencia, pero relacionándolo con la preocupación.

Comoquiera que en otros trabajos ya hemos hecho referencia a las valoraciones críticas que se han venido planteando al respecto de estos criterios diagnósticos, remitimos a ellos a los lectores interesados en una mayor profundización al respecto (Belloch y Martínez, 1999; Castañeiras, 2001; Chorot y Martínez, 1995; Martínez, 1997;).

Diagnóstico diferencial

La ambigüedad sintomatológica de la hipocondría plantea muchas dificultades en un ámbito tan importante en la práctica clínica como es el del diagnóstico diferencial. Para empezar, la sintomatología somática funcional, pese a no determinar por sí misma ningún síndrome psicopatológico, constituye un componente esencial de muchos de ellos. Por esta razón, las quejas físicas como manifestación de otro trastorno, deben evaluarse y distinguirse de los trastornos somato formes en general y de la hipocondría en particular.

A continuación se comentarán algunas condiciones clínicas que, al cursar con síntomas físicos, pueden confundirse con la hipocondría y a los que el clínico debe prestar especial atención para evitar posibles diagnósticos equívocos. En esta exposición seguiremos, en términos generales lo expuesto en otros trabajos (Belloch y Martínez, 1999; Castañeiras, 2001; Chorot y Martínez, 1995). Y dada la importancia que en este contexto adquieren los trastornos de ansiedad y los de personalidad, dejaremos para el final las consideraciones en torno a ambos conjuntos de entidades en su relación con la hipocondría.

Enfermedades médicas

Puesto que la preocupación excesiva por la salud no es un antídoto contra el hecho de que alguien pueda tener una enfermedad médica no diagnosticada, el primer paso en el diagnóstico diferencial es excluir la existencia de tal posibilidad. Especial atención hay que prestar a las enfermedades con base orgánica que con frecuencia se acompañan de quejas somáticas múltiples y que, al inicio de su evolución, pueden simular síntomas somatoformes. Así, como apunta Kellner (1992), algunos pacientes con cáncer tienen al comienzo de su enfermedad síntomas somáticos vagos sin que las pruebas clínicas detecten ningún tipo de patología. Entre los problemas orgánicos cuya presencia hay que descartar destacan (Marshall, 1987): trastornos endocrinos (por ej., enfermedades tiroideas o paratiroideas), esclerosis múltiple, miastenia grave, lupus eritematoso sistematizado, anemia perniciosa, tumores, coronario-patías atípicas, y síndromes virales crónicos de gravedad variable (por ej., hepatitis crónica, mononucleosis, etc.,), que cursan con sintomatología física difusa y a menudo inespecífica. De hecho, en un estudio llevado a cabo por Kellner y Scheider-Braus (1988), se observó que al 17% de los pacientes inicialmente diagnosticados como hipocondríacos, se les detectó posteriormente alguna patología orgánica que explicaba sus molestias físicas.

No obstante lo anterior, tampoco hay que adoptar un planteamiento extremo, es decir, someter al paciente a un escrutinio exhaustivo de su estado físico antes de plantearse el diagnóstico de hipocondría. Téngase en cuenta que, en la mayoría de los casos los pacientes relatan una historia previa de exámenes y tratamientos médicos bastante amplia, en los que se han ido descartando las posibles causas físicas de sus síntomas. En la mayor parte de las ocasiones, un examen atento y cuidadoso de la historia médica del hipocondríaco, será suficiente para descartar una justificación médica. Por otra parte, si bien una enfermedad orgánica puede justificar en gran medida la sintomatología física, también es cierto que ésta puede coexistir con la hipocondría: en estos casos, se debe diagnosticar hipocondría si el significado que el paciente da a sus síntomas y la preocupación que le provocan, no se ajusta a lo que sería razonable esperar. Según Schmidt (1994), cuando existe una enfermedad o trastorno orgánico, sigue siendo posible establecer un diagnóstico adicional de hipocondría en los cuatro casos siguientes (1) el paciente interpreta catastróficamente la información médica acerca de la enfermedad; 2) no se tranquiliza cuando el médico le confirma el pronóstico favorable de su trastorno; 3) su temor o creencia se basa en síntomas físicos independientes de la enfermedad; y 4) las preocupaciones hipocondríacas existían con anterioridad a la aparición de la enfermedad médica actual. Aunque estas indicaciones pueden contribuir a facilitar el diagnóstico conjunto de hipocondría y enfermedad médica, queda pendiente determinar el grado de discrepancia que debe existir entre síntomas con justificación orgánica y preocupación/temor/creencia exagerada asociada a ellos.

Por otro lado, como ha indicado Dubovsky (1988), los síntomas físicos difusos pueden ocultar signos indicativos de un trastorno mental orgánico. El diagnóstico diferencial se efectuará teniendo en cuenta que las quejas somáticas asociadas a ese tipo de trastorno se caracterizan por ser más variables e inconsistentes; que las demandas de ser tratado como un enfermo son menos relevantes que en los trastornos somato formes; y que un detallado examen del estado mental detectará la presencia de alteraciones de la atención, concentración y memoria a corto plazo en los pacientes con trastornos mentales orgánicos.

Trastornos Facticios y Simulación

Los trastornos somatoformes implican síntomas físicos que no son producidos voluntariamente por el sujeto, y se diferencian de la simulación y de los trastornos facticios sobre la base de ese criterio de "intencionalidad". En la *simulación,* el individuo finge conscientemente estar enfermo con el fin de conseguir unos

incentivos externos (por ej., remuneración económica) que resultan fácilmente reconocibles dado el contexto que rodea al sujeto (APA, 1994).

En los *trastornos facticios* el único propósito que persigue la persona es el de asumir el papel de enfermo y someterse a exploraciones y tratamientos médicos. Una táctica que ayuda a discriminar entre hipocondría, trastornos facticios, y simulación, es explorar la consciencia que posee el sujeto acerca de los motivos de su comportamiento. La persona que simula la enfermedad sabe bien lo que está haciendo y, sobre todo, por qué lo hace; la persona con un trastorno facticio aparentemente conoce la motivación más inmediata de su acción (cómo producir los síntomas), pero en realidad no sabe por qué quiere adoptar el rol de enfermo, y suele presentar una psicopatología mucho más abundante que el hipocondríaco, incluyendo el ámbito de sus relaciones sociales y personales.

Trastornos del Estado de Ánimo

Los síntomas somáticos son frecuentes en los *trastornos del estado de ánimo (depresión)*. Los pacientes depresivos suelen quejarse de pérdida del sueño (o en ocasiones hipersomnia), fatiga, pérdida de apetito, disminución de la actividad y deseos sexuales, y molestias corporales como jaquecas, dolores de espalda, náuseas, vómitos y estreñimiento, entre otros. La depresión se manifiesta a menudo a través de síntomas físicos inexplicables combinados con ciertas características de personalidad (por ej., negativismo, hostilidad) en las personas que tienen dificultades para expresar directamente sus emociones (Dubovsky, 1988), lo que comporta dificultades para distinguir entre la sintomatología somática asociada a un estado de ánimo depresivo y la hipocondría. A todo ello se une el hecho de que, desde que en el s.XVII Robert Burton y Thomas Sydenham describieran la hipocondría como una modalidad de melancolía, haya muchos clínicos que conciben la hipocondría como un trastorno secundario a la depresión, siguiendo en parte el importante y pionero trabajo de Kenyon (1964). De hecho, cuando se producen creencias hipocondríacas en ausencia de sintomatología afectiva, tales creencias se han venido a catalogar como "depresión enmascarada" (Lesse, 1967).

Sin embargo, los planteamientos diagnóstico actuales establecen la independencia entre ambos trastornos, lo que no excluye la posibilidad de que en muchos casos coexistan, y de que, en otros, sea necesario determinar cuál es el primario y cuál el secundario o derivado.

Una estrategia que puede ayudar a esclarecer si nos encontramos ante un trastorno depresivo que está cursando con quejas hipocondríacas, o por el contrario ante un trastorno hipocondríaco con abundante sintomatología depresiva, consiste en analizar el desarrollo cronológico del problema examinando por ejemplo, si las preocupaciones hipocondríacas se hallaban presentes antes del actual episodio depresivo o si por el contrario han surgido a lo largo de este último, formando parte de su curso clínico. También es útil examinar la respuesta al tratamiento: si el trastorno primario es la depresión, las preocupaciones hipocondríacas tienden a remitir sustancialmente a medida que mejora el estado de ánimo. Pero si la hipocondría es el trastorno primario, o si coexiste con una depresión (en cuyo caso

ambos trastornos tendrían la misma entidad clínica, y sería necesario un diagnóstico doble), entonces el tratamiento efectivo de la depresión no tendrá efectos clínicos notables en la hipocondría.

No obstante, no hay que obviar el hecho de que muy a menudo coexisten ambos trastornos, como ya hemos dicho. Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, hay que identificar ambos, diagnosticarlos y, lógicamente, diseñar estrategias de tratamiento combinadas para ambas patologías.

Trastornos Psicóticos

Los *trastornos psicóticos* también deben diferenciarse de la hipocondría. Esta última se distingue de los primeros en que la creencia del individuo no llega a tener una magnitud delirante, puesto que puede reconocer la posibilidad de que realmente no sufre la enfermedad que teme o cree tener (APA, 1994). Dubovsky (1988) propone que resulta de utilidad con vistas al diagnóstico diferencial explorar el pensamiento (por ej., preguntando acerca de las ideas idiosincrásicas sobre la naturaleza de la enfermedad) y el estado mental del sujeto.

Las ideas hipocondríacas delirantes también difieren de la ideación hipocondríaca en la actitud que mantiene el paciente hacia la solicitud de atención médica. Según Gradillas (1986), ambas condiciones clínicas discreparían, por una parte, en el grado de aceptación de las explicaciones médicas y, por otra, en el aspecto específico en el que se centra la preocupación/creencia acerca del modo de proceder del médico. El paciente con ideación hipocondríaca suele verse implicado en lo que se ha dado en calificar como "doctor shopping", a través del cual las aclaraciones de los médicos consiguen calmar su desasosiego durante un breve intervalo temporal. Transcurrido el mismo, el paciente reanuda su peregrinaje por las consultas de los especialistas (Castañeiras, 2001). Además, sus habituales dudas en relación con la actuación de los médicos se suelen centrar en la posibilidad de que éstos hayan cometido un error diagnóstico o utilizado incorrectamente el instrumental médico, así como en que no hayan recurrido a alguna prueba exploratoria adicional imprescindible para descartar un posible peligro físico. En cambio, el paciente con ideas delirantes de contenido hipocondríaco en raras ocasiones busca explicaciones o pruebas acerca de sus creencias, ya que para él es tan "evidente" que está enfermo que no necesita más datos que lo verifiquen. Asimismo, se resiste a admitir las palabras de los médicos que desconfirman su convicción de enfermedad, llegando incluso a creer que éstos le ocultan la verdad sobre su precario estado de salud.

Otros Trastornos Somatoformes

El resto de los desórdenes incluídos bajo la categoría general de *trastornos somatoformes* también ha de ser contemplado como potencial fuente de confusión en el diagnóstico de la hipocondría. Veamos algunos aspectos diferenciales entre ellos. En el trastorno dismórfico corporal el énfasis se sitúa en la preocupación por un defecto imaginado o leve problema real en la apariencia física y no en la preocupación por una enfermedad importante como ocurre en la hipocondría (APA, 1994). En cuanto al trastorno de conversión, Ludwig (1972) reseñó algunos matices que lo diferencian de la hipocondría: los histéricos "se separan" de sus síntomas (los disocian), en cambio, en los hipocondríacos éstos constituyen el centro de su atención; los histéricos pueden mostrar falta de preocupación por los síntomas ("*belle indifference*"), mientras que los hipocondríacos se preocupan en exceso por ellos; los histéricos no se encuentran motivados para mitigar los síntomas, en cambio, los hipocondríacos están convencidos de que éstos pueden ser aliviados;

los histéricos son muy sugestionables, por el contrario, los hipocondríacos se muestran resistentes a la sugestión (Starcevic, 2001).

Respecto a los aspectos que la diferencian del trastorno de somatización, el DSM-IV considera que en el transcurso de éste puede haber preocupaciones por el miedo a tener o la creencia de que ya se tiene una enfermedad grave, sin embargo, si estas características aparecen únicamente en el curso de este trastorno el DSM-IV no admite el establecimiento del diagnóstico adicional de hipocondría. Según Willerman y Cohen (1990), estos dos trastornos diferirían en varios aspectos. En primer lugar, mientras que el problema principal de los pacientes con somatización es la sintomatología física en sí misma, el núcleo de preocupación de los hipocondríacos es el significado que pueden tener los síntomas somáticos (esto es, presencia de una enfermedad grave). En segundo lugar, existen discrepancias en cuanto a la forma de aproximación a los síntomas. En la hipocondría predomina un acercamiento "científico" (por ej., informándose de la enfermedad temida a través de revistas especializadas, acudiendo al médico, preguntando a conocidos, etc.), en cambio, en la somatización se da una descripción vaga, dramática y exagerada de los síntomas. Finalmente, ambos trastornos se distinguen en función del número de quejas físicas. Habitualmente los hipocondríacos temen enfermedades orgánicas concretas y, por tanto, sus síntomas tienden a ser bastante limitados; por el contrario, el trastorno de somatización implica la presencia de quejas múltiples y variadas. Además, entre ambos trastornos existen diferencias vinculadas a la edad, sexo en que predomina el trastorno, apariencia física y estilo de personalidad.

Murphy (1990) también ha señalado una serie de aspectos que permitirían diferenciar la hipocondría del trastorno de somatización: 1) los hipocondríacos buscan información médica tranquilizadora en las exploraciones a las que se someten; los sujetos con trastorno de somatización lo que pretenden conseguir es que se les de un diagnóstico que explique sus sensaciones físicas; 2) en la hipocondría se constata la creencia en la existencia de una o más enfermedades orgánicas graves; en el trastorno de somatización la creencia de enfermedad está menos consolidada; 3) los sujetos hipocondríacos se preocupan por sus síntomas; los pacientes con trastorno de somatización centran su preocupación en el desacuerdo con los médicos; y 4) en la hipocondría al sujeto le asusta poder sufrir una enfermedad grave; en el trastorno de somatización lo que causa temor al sujeto son las consecuencias que se derivarían del hecho de enfermar.

Hipocondría y Trastornos de Ansiedad.

La diferenciación entre hipocondría y patología ansiosa constituye seguramente el dilema diagnóstico más frecuente en la práctica clínica. En diversos momentos de este capítulo ya hemos hecho alusión a las semejanzas y diferencias entre ambos conjuntos disfuncionales. El solapamiento y semejanzas que se producen entre ellos, han dado lugar de hecho a que muchos expertos se planteen la necesidad y conveniencia de reubicar la hipocondría bajo el paraguas de la ansiedad, tanto desde consideraciones etiopatogénicas como sobre la base de las propuestas terapéuticas para ambos conjuntos de trastornos. En un apartado posterior hablaremos de ello: bástenos por el momento resaltar algunas indicaciones útiles para el diagnóstico diferencial entre la hipocondría y diversos trastornos de ansiedad, pues independientemente de que la hipocondría se considere o no como un trastorno de ansiedad, ello no excluye la necesidad de establecer diferenciaciones diagnósticas con *otros* trastornos de ansiedad.

Los pacientes ansiosos en ocasiones vigilan en exceso pequeñas disfunciones corporales, temen poder sufrir alguna enfermedad grave y tienen síntomas somáticos procedentes de la hiperventilación y del arousal autónomo. Todo ello

hace que se asemejen a las personas con trastornos somatoformes (Martínez, Belloch y Botella, 1996). En sentido estricto (i.e., DSM), La hipocondría sólo debe diagnosticarse si no existe otro trastorno mental (por ej., trastorno de pánico, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo) que posibilite una mejor comprensión del desorden (APA, 1994); no obstante, según este manual, puede ser diagnosticada conjuntamente con el trastorno obsesivo-compulsivo si las conductas compulsivas que exhibe el sujeto no se limitan a las relacionadas con la preocupación por la enfermedad.

Se ha sugerido en múltiples ocasiones que existe cierto paralelismo, al nivel de las características psicopatológicas, entre la hipocondría y el trastorno obsesivo-compulsivo; sin embargo, opinamos que es preciso matizar esta analogía. Una diferencia importante con las obsesiones radica, precisamente, en su forma de presentación: mientras que las obsesiones tienen un carácter más bien discontinuo, interrumpiendo con su aparición el flujo normal de los pensamientos, las preocupaciones hipocondríacas son más invasivas, en el sentido de que inundan el pensamiento de un modo continuo. Por otro lado, las obsesiones adquieren el formato de ideas, pero también de imágenes y de impulsos irresistibles a realizar una acción determinada. Sin embargo, las preocupaciones hipocondríacas adoptan casi siempre el formato verbal, en algunas ocasiones acompañadas de imágenes (pero no sueltas o aisladas, como sí ocurre en las obsesiones), y muy rara vez de impulsos. A este respecto, es importante recordar que no se deberían confundir las conductas de comprobación que a menudo llevan a cabo los hipocondríacos, que en muchos casos se experimentan como "impulsivas", o difíciles de controlar (y así se suelen comunicar al clínico), con un impulso obsesivo, que es una de las formas de presentación clínica de las obsesiones. Para entender mejor a qué nos referimos, resulta útil recordar la definición de preocupación (*worry*) formulada por Borkovec, Robinson, Pruzinsky y DePree (1983), que es la más aceptada y la que mejor se acerca al significado de las preocupaciones hipocondríacas: *"El preocuparse consiste en una cadena de pensamientos e imágenes, negativamente cargada y relativamente incontrolable. El proceso de preocuparse representa un intento por solucionar mentalmente un problema sobre algún aspecto cuyo resultado final es incierto, pero que contiene la posibilidad de que se produzcan uno o más resultados negativos. En consecuencia, el preocuparse se relaciona muy de cerca con los procesos de miedo"* (pág. 10)

Por último, algunos contenidos obsesivos contravienen las normas morales o éticas del paciente, mientras que preocuparse por la salud es sin duda, algo absolutamente normal y aceptado socialmente, de ahí que el hipocondríaco no experimente egodistonía por el contenido de tales preocupaciones (Castañeiras, 2001), a diferencia del obsesivo. Tener en cuenta estas características es importante no solo de cara al diagnóstico diferencial que en la práctica es preciso realizar, sino también desde un punto de vista conceptual y psicopatológico. En muchos casos, autores de prestigio llegan a conclusiones apresuradas sobre la existencia de concomitancias excesivas entre la hipocondría y el trastorno obsesivo-compulsivo poco justificadas. Cosa diferente es que, en muchos casos, puedan convivir o coexistir ambos trastornos total o parcialmente, o que compartan aspectos en común: obsesivos e hipocondríacos se parecen en aspectos tan nucleares como la necesidad constante de mantener bajo control lo que les rodea y sus propias emociones, y esa necesidad está íntimamente relacionada en muchos pacientes con una configuración personal de inseguridad, miedo a la incertidumbre, hiper-responsabilidad y cierta rigidez. Paradójicamente, estos aspectos han recibido escasísima atención en las investigaciones sobre la hipocondría.

Barsky (1992) también ha descrito una serie de diferencias y semejanzas entre la fenomenología del trastorno hipocondríaco y del obsesivo-compulsivo, tanto en cuanto a las cogniciones como a las conductas que les caracterizan. Resaltaremos

aquí el segundo componente. Según Barsky, se aprecian algunas semejanzas entre las conductas hipocondríacas y los rituales compulsivos. En los dos casos la persona siente el irresistible impulso de realizar determinadas acciones con la finalidad de aminorar la ansiedad que experimenta, siendo éstas de carácter repetitivo e invariable. No obstante, existen divergencias centradas en la actitud del paciente ante las conductas que exhibe: el hipocondríaco, a diferencia del obsesivo-compulsivo, no realiza intentos por resistirse a ellas puesto que estima que son adecuadas y realistas.

Desde una perspectiva cognitiva se han enfatizado las semejanzas existentes entre la hipocondría y el trastorno de pánico o por angustia. Aunque ambas condiciones se caracterizan por una tendencia a interpretar los signos y síntomas corporales como indicadores de enfermedad física y/o mental grave, existen diferencias entre el tipo de interpretaciones erróneas que se producen en cada una de ellas (Clark, 1988; Martínez, Belloch y Botella, 1996, 1999; Salkovskis, 1989; Starcevic, Kellner, Uhlenhuth y Pathak, 1992; Warwick y Salkovskis, 1990). Estas diferencias son, según Salkovskis y Clark (1993), las siguientes:

1) Tipo de síntomas físicos que son mal interpretados. Las sensaciones que con mayor frecuencia interpretan de manera errónea las pacientes con pánico son las implicadas en las reacciones de ansiedad intensas que proceden de la activación del sistema nervioso autónomo (por ej., aumento de la tasa cardiaca) y que, a su vez, experimentan un incremento debido a la ansiedad adicional que pueden provocar en el sujeto. Sin embargo, las interpretaciones catastróficas que realizan los hipocondríacos afectan a una mayor diversidad de síntomas, entre los que se incluyen no solo los que aumentan con la ansiedad sino también aquellos que *no* están sometidos a su influencia directa (por ej., bultos).

2) Curso temporal que se atribuye a la catástrofe temida. Los sujetos con pánico interpretan sus sensaciones corporales como señal de un peligro físico y/o mental que está ocurriendo ya, o que sucederá en breves momentos; mientras que los hipocondríacos tienden a considerar que los síntomas representan una amenaza que tiene un curso más insidioso y progresivo. Los pacientes con pánico tienen miedo de posibles enfermedades que se manifiestan de manera súbita e inesperada (i.e., un ataque al corazón); en cambio, los miedos más habituales de los hipocondríacos se refieren a enfermedades que suponen un proceso de desarrollo de largo recorrido (por ej., cáncer, SIDA).

3) Comportamientos asociados. Las interpretaciones de las sensaciones corporales como señales de catástrofe inmediata que realizan los pacientes con pánico les conducen a exhibir conductas de escape, evitación de determinadas situaciones, así como conductas de búsqueda de seguridad. Por el contrario, las interpretaciones de los síntomas físicos como indicadores de peligro no inmediato que realizan los pacientes hipocondríacos provocan conductas de vigilancia, comprobación y búsqueda de información tranquilizadora.

4) Creencias asociadas. Las actitudes más características de los pacientes con trastorno de pánico se refieren principalmente a la posibilidad de que la ansiedad produzca consecuencias negativas inmediatas, mientras que las más tópicas de la hipocondría aluden al significado de los síntomas físicos, la eficacia de la atención médica o cuestiones similares.

La hipocondría también comparte muchas semejanzas con el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG): básicamente, ambas patologías comparten la preocupación mórbida (*worry,* en el sentido que se apuntó en un párrafo precedente) como su característica patológica predominante. En ambos casos, la persona experimenta

una casi permanente invasión de su pensamiento por tribulaciones y rumiaciones que capturan su atención consciente, interfiriendo así sobremanera su rendimiento en el resto de áreas de la actividad cotidiana. Pero también entre ellos existen diferencias, la mayoría referidas al *contenido* de las preocupaciones mórbidas, más que a su forma. Así, Woody y Rachman (1994) han señalado los siguientes puntos de divergencia: 1) en la hipocondría el temor a la enfermedad se focaliza en la propia persona, en cambio, en el TAG suele referir a alguna persona querida y cercana; 2) en la hipocondría es posible lograr seguridad a corto plazo mediante la información tranquilizadora proporcionada por el médico, mientras que en el TAG resulta más difícil lograrla debido a que la preocupación se centra en diferentes familiares y futuras amenazas a la salud; 3) en la hipocondría la amenaza está orientada al presente (por ej., "puedo tener cáncer de estómago"), mientras que en el TAG lo está hacia el futuro ("enfermaré -sobre todo enfermarán-"); y 4) en la hipocondría los temores están más ligados a ciertos estímulos, por lo que las sensaciones corporales pueden incrementar la percepción de peligro; en cambio, en el TAG los temores no requieren activadores o precipitantes. En un estudio de Starcevic, Fallon, Uhlenhuth, y Pathak. (1994), en el que se comparaban los miedos y creencias hipocondríacas, tal y como estas se evalúan con las Illness Attitude Scales (IAS, Kellner, 1986), de pacientes hipocondríacos y con TAG, los segundos presentaban menos síntomas hipocondríacos que, por ejemplo, pacientes con pánico (a excepción de hábitos de salud). Solo el 18% de las personas con TAG obtuvo puntajes similares a los hipocondríacos.

En nuestra opinión, estas diferencias de contenido son importantes de cara al diagnóstico diferencial entre ambas entidades. Y por ello hay que tenerlas en cuenta. Pero hacer recaer exclusivamente en el contenido las diferencias entre dos trastornos no excluye la posibilidad de que se trate de dos formas, o subtipos, de una misma entidad nosológica, con una etiopatogenia común y un abordaje psicoterapéutico análogo. En todo caso, la investigación y observaciones clínicas cuidadosas y sistemáticas, son las que deben dar respuesta a este, por ahora, simple supuesto.

Hipocondría y Trastornos de la Personalidad

Actualmente disponemos de bastantes datos que indican la asociación de la hipocondría con ciertos rasgos de personalidad e incluso con trastornos de personalidad. Por otro lado, desde hace muchos años se ha intentado diferenciar entre al menos dos modalidades de hipocondría: la ocasional y la constitucional (Wollenberg, 1904, citado en Hollifield, 2001).

Con respecto a la primera, se ha tendido a considerarla entonces como secundaria a otros trastornos como la depresión (Kellner, Abbott, Winslow y Pathak, 1987), el trastorno de pánico (Starcevic et al., 1992), o enfermedades médicas (Kellner, 1986).

En cuanto a la segunda, su vinculación con la personalidad es evidente, al menos desde el punto de vista clínico: los síntomas hipocondríacos son concebidos como una parte sustantiva del sí-mismo, presentes desde etapas tempranas del desarrollo. Kellner (1986) definió la hipocondría de desarrollo como una

manifestación hipocondríaca crónica que se inicia en la edad adolescente o en un período vital anterior. Su propuesta taxonómica para este trastorno consistía en incorporarla en la categoría de los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-III, especificando, entre paréntesis, que se trata de hipocondría de desarrollo. Tyrer, Fowler-Dixon, Ferguson y Keleman (1990) defienden de hecho la consideración de la hipocondría como un trastorno de personalidad, y han obtenido algún apoyo empírico para su propuesta al identificar un subgrupo de personas que se ajustarían al perfil de trastorno de personalidad hipocondríaca, caracterizado por preocupación excesiva por el mantenimiento de la salud, distorsión y exageración de problemas físicos leves considerándolos como enfermedades graves que amenazan la vida, creencias rígidas sobre la salud y los estilos de vida saludables, ansiedad excesiva, dependencia elevada, y conscientiousness. A su vez, este trastorno formaría parte de otro más general que los autores denominaron personalidad anancástica (Tyrer et al., 1990).

En un estudio llevado a cabo por nosotros (Belloch, Fernández-Alvarez y Castañeiras, 2004), hemos podido constatar un patrón de personalidad normal caracterizado por elementos prácticamente idénticos a los que configuran los criterios diagnósticos oficiales para la hipocondría. No obstante, es preciso reconocer que los datos disponibles hasta el momento son más bien escasos e inconsistentes, como ha recalcado Hollifield (2001), lo que avala la importancia y necesidad de profundizar en este importantísimo aspecto.

De todos los trastornos de personalidad actualmente considerados como tales, el obsesivo-compulsivo es, según muchos autores, el más cercano a la hipocondría y, por tanto, debe establecerse el diagnóstico diferencial formal entre ambas entidades. Starcevic (1990) ha señalado las siguientes semejanzas y diferencias:

1) Percepción excesiva de vulnerabilidad e inseguridad personal. En la personalidad obsesivo-compulsiva la amenaza se circunscribe al dominio de la ruptura de los impulsos, especialmente los agresivos; en la hipocondría ésta atañe únicamente al ámbito físico. Ambos trastornos difieren en el modo en que hacen frente al peligro percibido. Los obsesivos poseen una estructura intrapsíquica más cohesionada y mejor integrada que los hipocondríacos, lo que les proporciona una mejor defensa ante la experiencia de vulnerabilidad e inseguridad.

2) Necesidad excesiva de control. Las tentativas de mantener el control en el caso del trastorno obsesivo se extienden al conjunto del funcionamiento y de la personalidad del sujeto, afectando también a otras personas, elementos de su entorno o factores abstractos como el tiempo. En la hipocondría las necesidades de control se concentran en el cuerpo. La manifestación obsesiva más relevante de esta búsqueda de control es la tendencia al perfeccionismo; el intento hipocondríaco más típico de mantener el control consiste en la búsqueda de información que proporcione una tranquilidad definitiva.

3) Escasa tolerancia a la incertidumbre y la ambigüedad. Los sujetos con personalidad obsesiva tienen un umbral bajo para soportar cualquier tipo de incertidumbre, ya sea o no de índole somática. Las personas hipocondríacas tienen escasa tolerancia a los síntomas corporales ambiguos.

4) Estilo cognitivo específico. Ambos trastornos tienen un funcionamiento cognitivo caracterizado por: a) atención centrada en los detalles y preocupación por éstos; b) disminución de la habilidad para desviar la atención de las señales perceptivas no deseadas, intrusas, desagradables y/o discrepantes, así como de los estímulos u otros fenómenos mentales; y c) construcción cognitiva global y rígida.

En todo caso, este es uno de los muchos temas todavía pendientes de clarificación e investigación, sobre el que hay muchas especulaciones no siempre bien fundamentadas y, todavía, muy pocos datos consistentes.

Epidemiología

En muchas ocasiones resulta complicado precisar el inicio del trastorno, ya que puede estar tan enraizado en el modo de ser habitual del individuo que es difícil encuadrarlo dentro de los trastornos mentales al uso (eje I), dando más bien la impresión de formar parte de una personalidad trastornada, como antes dijimos (eje II). Además, no son raras las ocasiones en las que su manifestación parece ser más bien secundaria a otros trastornos y padecimientos. Una consecuencia lógica de todo ello es la carencia de datos epidemiológicos consistentes: no podemos saber cuánta gente la padece, pues tampoco sabemos muchas veces a quien le cabe, en sentido estricto, su diagnóstico.

Por lo que respecta a la **prevalencia,** resulta extremadamente frecuente detectar en la población general preocupaciones excesivas por la salud (Castañeiras et al., 2000). Todas las personas podemos, en determinadas circunstancias, sentirnos angustiadas por el temor infundado de estar sufriendo una enfermedad grave. Afortunadamente, estas preocupaciones suelen ser pasajeras. De acuerdo con los datos de Fisch (1987), entre el 10% y el 20% de la población general presenta preocupaciones de naturaleza hipocondríaca en algún momento de su vida, pero sólo una pequeña proporción de ellos cumple criterios diagnósticos para un trastorno somatoforme concreto. El DSM-IV indica una prevalencia de la hipocondría que oscila entre el 4% y el 9%, y que es independientemente del género. Otros estudios señalan que entre el 10% y el 30% de las consultas a los médicos de atención primaria se realizan por personas que presentan molestias físicas sin patología orgánica que las justifique. No obstante, no todos estos pacientes recibirían el diagnóstico de hipocondría. Algunos son casos de enfermedad real difícilmente detectable; otros son somatizaciones asociadas a algún otro trastorno psiquiátrico. Así pues, cuando se adopta una definición reducida de hipocondría, la prevalencia de este trastorno en la población normal es baja, oscilando entre el 3% y el 13% (Kellner, 1985).

Por lo que se refiere a las diferencias de **Género**, aunque ya comentamos que tradicionalmente se ha considerado que la hipocondría es la "histeria masculina", este tópico no se adecua bien con la evidencia empírica. De hecho, aunque hay datos contradictorios acerca de la presencia de síntomas hipocondríacos atendiendo al género (o tal vez por ello), el DSM-IV se ha decantado por plantear que la hipocondría afecta por igual a hombres y mujeres.

Para algunos autores "la hipocondría es un problema esencialmente masculino" , mientras que para otros "la mayoría de los hipocondríacos son mujeres" (Baur; 1988). Estas dos posturas contradictorias podrían explicarse en términos psicológicos (Baur, 1988). Los hombres son más proclives a este trastorno porque socialmente está mejor visto padecer una enfermedad física que una psicológica (o parecer débil); además, a "ellos" les resulta supuestamente más fácil encontrar una pareja que se haga cargo de su atención y cuidado. Las mujeres serían más propensas a la hipocondría en la medida en que, desde una perspectiva social, resulta más aceptable que sean ellas las enfermas y que los hombres asuman el rol dominante en la pareja. Tal vez, hombres y mujeres se preocupan en igual medida por su bienestar físico, pero parece ser que las segundas son más asiduas de las consultas médicas. Barsky et al. (1986) observaron que las mujeres no diferían de los hombres en actitudes hipocondríacas, pero hacían mayor uso de los recursos sanitarios. Según Baur (1988), este hecho puede ser debido a las siguientes

razones: 1) que la mujer sea más propensa a padecer trastornos físicos que el hombre; 2) que ambos sean igualmente resistentes a la enfermedad pero que la mujer está sometida a más fuentes de estrés; 3) la incidencia de la enfermedad es igual en los dos sexos pero la mujer es más consciente de las variaciones que experimenta su cuerpo y se muestra más dispuesta a solicitar ayuda; y 4) la hipocondría es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Tras la revisión de diversos estudios, Kellner (1986) ha afirmado que hay datos discordantes sobre las diferencias en hipocondría entre ambos sexos. No obstante, plantea que la fobia a la enfermedad (excepto la cardiofobia) es más habitual en las mujeres que en los hombres; en cambio, la neurosis hipocondríaca (con el componente de convicción de enfermedad) se da con mayor asiduidad en varones. En un estudio posterior, Hernández y Kellner (1992) exploraron las diferencias de género en las preocupaciones de carácter hipocondríaco en una población psiquiátrica (no psicótica) y en una normal, encontrando que los hombres y las mujeres no diferían en temores y creencias hipocondríacas ni respecto a otro tipo de actitudes hacia la enfermedad o los síntomas. No obstante, los pacientes varones psiquiátricos, en comparación con las mujeres, informaron que sus síntomas les interferían más en el ámbito laboral y de ocio. Además, encontraron que las preocupaciones hipocondríacas de ambos sexos son más frecuentes en la población psiquiátrica que en la normal. Barsky et al. (1990) también han informado de datos que apuntan en la misma dirección. Estos autores encontraron que las mujeres hipocondríacas presentaban menor convicción de enfermedad que los varones hipocondríacos, pero ambos grupos no diferían en la intensidad del temor a la enfermedad, la preocupación por el cuerpo y los síntomas somáticos. En una muestra de comparación de pacientes no hipocondríacos no detectaron diferencias entre hombres y mujeres en actitudes hipocondríacas.

Otra variable epidemiológica importante es la **Edad.** Hay una creencia generalizada de que las personas mayores son más proclives a la hipocondría que las jóvenes. Sin embargo, en la literatura especializada los datos que avalan tal creencia son más bien dispares, pues oscilan entre tasas que van del 3,9% hasta el 33%. Semejante discrepancia puede obedecer a los problemas metodológicos habituales en la investigación con mayores, pero también a los específicamente relacionados con la hipocondría: por ejemplo, las dificultades para distinguir este trastorno de otras condiciones clínicas, o los factores de confusión que pueden mediar entre la edad y la hipocondría, tales como la morbilidad médica (por ej., empeoramiento objetivo de la salud), el estrés de vida (por Ej., pérdida de estatus, fallecimiento del cónyuge, aislamiento social) y la depresión (por Ej., depresión "enmascarada" o "somatizada") (Barsky, Frank, Cleary, Wyshak, y Klerman 1991). Estos últimos autores no encontraron relación entre hipocondría y edad. Utilizando una muestra de pacientes hipocondríacos pudieron constatar que los mayores de 65 años, en comparación con los que tenían una edad inferior, no presentaban mayor gravedad de miedos a la enfermedad, convicción de enfermedad o síntomas somáticos. En una muestra de comparación de pacientes no hipocondríacos no detectaron diferencias en actitudes hipocondríacas entre mayores y menores de 65 años.

La siguiente variable a considerar en los estudios epidemiológicos es la **Cultura**. A decir verdad, tampoco contamos con demasiada información sobre la presencia de la hipocondría en función del contexto cultural de pertenencia. Algunos estudios han señalado que los trastornos mentales se dan con mayor frecuencia en determinados grupos étnicos; sin embargo, este hecho puede estar relacionado con el estrés que genera la pertenencia a un sector minoritario de la población, y a los escasos recursos socioeconómicos que acompañan en muchas ocasiones a estas minorías (Baur, 1988).

La preferencia de algunos grupos culturales por expresar las tensiones psicológicas en términos corporales en vez de emocionales, puede ser un reflejo de las

consecuencias sociales negativas que se asocian a la enfermedad mental. Por otra parte, las diferencias culturales en cuanto a las atribuciones que se realizan de los síntomas físicos y su mayor o menor preocupación por ellos, puede obedecer a las creencias religiosas y a la concepción del mundo y de la naturaleza humana. Por poner un ejemplo: los judíos, a diferencia de los protestantes o los católicos, tienden a consultar al médico por dolencias relativamente leves (Twaddle, 1979; citado en Baur, 1988).

Existen algunos factores que dificultan los estudios trasculturales de los trastornos somatoformes (Janca, Isaac, Benet y Tachini,1995). En primer lugar, como se ha indicado antes, en algunas culturas las personas expresan el malestar que les genera el estrés psicosocial en forma de quejas físicas en vez de emocionales. Segundo, existe una gran variabilidad en la sintomatología somática que pueden presentar los pacientes con trastornos somatoformes pertenecientes a distintas culturas; y algunos de los síntomas que son indicativos de estos desórdenes en una cultura pueden no serlo en otra. Tercero, algunos pacientes que creen que padecen una enfermedad concreta pueden comunicar únicamente los síntomas relevantes para el diagnóstico de esa condición, ignorando y, por tanto, no informando de otro tipo de sintomatología no relacionada con ella. Cuarto, la habilidad de las personas para discriminar entre malestar físico y malestar emocional puede estar mediatizada por la actuación de los médicos locales respecto a la información que éstos proporcionan sobre las pruebas médicas a realizar y los resultados obtenidos en ellas. Finalmente, también hay que tener en cuenta la influencia que las concepciones paramédicas y sus creencias asociadas sobre las causas de la enfermedad, pueden ejercer en muchos sectores de la población de determinadas culturas.

Pese a este tipo de obstáculos, se han llevado a cabo diversos estudios que han pretendido explorar las diferencias que existen en actitudes y conductas hipocondríacas entre personas pertenecientes a diferentes culturas. Pilowsky y Spence (1977) exploraron la conducta de enfermedad de tres grupos de pacientes de medicina general de procedencia étnica distinta: griega, anglo-griega y anglosajona. Comparados con los pacientes de origen anglosajón, los de origen griego mostraron mayor preocupación hipocondríaca, convicción de estar sufriendo una grave enfermedad y percepción somática de la enfermedad. Los sujetos de procedencia anglo-griega presentaron actitudes hipocondríacas similares a los de origen griego. Pese a estos datos, los autores concluyeron que la relación que se establece entre tipo étnico y conducta de enfermedad puede estar mediatizada por variables sociodemográficas como el sexo y la edad, que no controlaron.

Ebert y Martus (1994) compararon las manifestaciones de somatización que presentan los pacientes turcos y los pacientes alemanes con diagnóstico de depresión (tipo melancólico) (DSM-III-R), encontrando que los primeros mostraban mayor preocupación somática y sintomatología hipocondríaca que los segundos, a la vez que no había diferencias en la percepción y experiencia de síntomas somáticos. Según estos autores los resultados pueden explicarse apelando a la tendencia de algunas culturas a utilizar referentes externos somáticos, en vez de referentes internos psicológicos, para la manifestación de las emociones, y a elegir representaciones lingüísticas diferentes para expresar estados emocionales inespecíficos. En el estudio de Janca et al. (1995), se evidenció que los trastornos somatoformes tienen una serie de peculiaridades en las culturas árabes. Por ejemplo, las personas de estos países tienden a comunicar sus quejas somáticas en términos muy expresivos; además, algunos de sus idiomas (por ej., el Farsi en Irán) carecen de palabras para expresar adecuadamente las experiencias subjetivas y los estados emocionales, por lo que los síntomas físicos se convierten en la única vía para manifestar el malestar psicológico.

Tras revisar diversos estudios que han analizado la influencia de la cultura en la hipocondría, Kellner (1986) concluyó que existían diferencias culturales en el umbral y tolerancia al dolor, patrones de activación, respuestas conductuales y fisiológicas a los estímulos dolorosos, así como en la tendencia a mostrar mayor o menor preocupación ante los síntomas somáticos.

La Hipocondría como amplificación de indicios corporales: La Aportación de Barsky

Barsky y su grupo (Barsky, 1979, 1992b, 2001; Barsky, Wyshak y Klerman, 1990b) vienen planteando desde finales de los setenta la idea de que la hipocondría, definida como miedos, creencias infundadas, y preocupaciones excesivas por la posibilidad de padecer una enfermedad, se produce como consecuencia de que la persona interpreta (percibe) erróneamente sus síntomas corporales benignos y sus sensaciones corporales normales como indicadoras de una enfermedad grave. Es, por tanto, la experiencia sensorial la que favorece y promueve la interpretación equivocada, es decir, la percepción errónea. A este respecto conviene recordar que la percepción no consiste en el registro pasivo del material estimular, sino que es un proceso activo (un proceso de conocimiento), que conlleva seleccionar, evaluar y asignar significados a los estímulos que registra nuestro sistema sensorial. Este proceso de atribución de significados está a su vez bajo la influencia de factores cognitivos tales como las creencias sobre el significado de nuestros perceptos, nuestras sensaciones, etc.

La pregunta que se formulan los autores a partir de aquí es: ¿cómo es esta experiencia sensorial en los hipocondríacos? ¿En qué difiere de la experiencia sensorial de los no hipocondríacos? Su respuesta es que los pacientes hipocondríacos son especialmente sensibles para capturar sus señales somáticas normales, o dicho en otros términos, que poseen un umbral sensorial más bajo de lo normal para los estímulos procedentes de su propio cuerpo. Esta hipersensibilidad es denominada por los autores como *"amplificación somato-sensorial",* y utilizan este concepto para definir la hipocondría como un trastorno de la amplificación corporal (Barsky, 2001).

La tendencia a la amplificación no es exclusiva de los hipocondríacos, puesto que también puede aparecer asociada a otras psicopatologías (somatización, dolor somatoforme, depresión, pánico), resulta también de utilidad para explicar las diferencias individuales en el umbral de tolerancia al dolor entre personas con patologías médicas, e incluso estaría en la base de otras alteraciones mentales en las que se producen distorsiones importantes de la imagen y la percepción del propio cuerpo (desde la dismorfofobia hasta los delirios parasitarios, pasando por la anorexia), sin olvidar su posible interacción causal con el afecto negativo que, como se sabe, además de ser una fuente de diferencias individuales, se asocia a un aumento de sensaciones y síntomas físicos. Por tanto, en este sentido, la amplificación puede jugar un papel importante en procesos no patológicos y transitorios de somatización secundarios a situaciones estresantes, especialmente cuando se asocia a una elevada afectividad negativa.

De todos modos, Barsky considera que en su rol más específico, la amplificación constituye el mecanismo patogénico primario de la hipocondría. Según su planteamiento los hipocondríacos amplifican las sensaciones somáticas y viscerales, es decir, tienden a experimentar tales sensaciones como más intensas, nocivas, amenazadoras y perturbadoras que los no hipocondríacos. Además, pueden amplificar una gama muy variada de síntomas: sensaciones fisiológicas y anatómicas normales (por ej., movimientos peristálticos intestinales, hipotensión postural, variaciones en la tasa cardiaca), disfunciones benignas y enfermedades leves (por ej., zumbidos pasajeros, contracciones nerviosas de los párpados, sequedad de la piel), y concomitantes viscerales o somáticos de un estado emocional (por ej., activación fisiológica que acompaña a la ansiedad).

Este "estilo perceptivo amplificador", característico del hipocondríaco, incluye tres elementos: 1) hipervigilancia corporal, lo que conlleva un aumento del auto-escrutinio y de la focalización de la atención en las sensaciones corporales desagradables; 2) tendencia a seleccionar y centrarse en ciertas sensaciones relativamente infrecuentes o tenues; y 3) propensión a valorar las sensaciones somáticas y viscerales como anómalas, patológicas e indicadoras de enfermedad en vez de percibirlas como normales.

Comoquiera que estas personas experimentan sus sensaciones corporales de esta manera tan intensa y perturbadora, están más inclinados a interpretarlas erróneamente y atribuirlas a una enfermedad grave en lugar de a una causa no patológica (por ejemplo, la falta de ejercicio físico, haber dormido poco, o el exceso de trabajo). Una vez que sospechan que pueden estar enfermos, vigilan su cuerpo, examinan sus percepciones somáticas, atienden selectivamente a aquellas que confirman su hipótesis explicativa de los síntomas e ignoran las que la contradicen. Además, el incremento de la ansiedad provoca nuevas sensaciones corporales benignas que los sujetos pueden considerar entonces como evidencia de la presencia del trastorno físico. Toda esta serie de hechos desembocan en una intensificación de la alarma, configurándose así un círculo El resto de las características clínicas de la hipocondría se consideran consecuencias derivadas de la amplificación somática.

La amplificación, tal y como es conceptualizada por el grupo de Barsky, puede ser un rasgo estable o un estado transitorio. Como rasgo, se considera un estilo perceptivo persistente adquirido durante la infancia mediante experiencias formativas y educativas o un factor constitucional instalado en el sistema nervioso desde el nacimiento. Como estado, la amplificación hace referencia al grado en que un individuo amplifica una determinada sensación en un momento determinado. Esta segunda caracterización de la amplificación como estado, puede verse influida por diversos factores tales como las cogniciones (información y conocimientos, opinión y creencias, y atribuciones etiológicas), el contexto situacional (feedback de otras personas y expectativas futuras), la atención y el estado de ánimo (ansiedad y depresión) (Barsky, 1992b).

Barsky *et al*., (1990b) desarrollaron la Escala de Amplificación Somatosensorial (SSAS) para evaluar la tendencia a amplificar sensaciones corporales. Se trata de una escala breve y de fácil aplicación (solo 10 ítems), que ha sido utilizada para poner a prueba la hipótesis de este grupo en pacientes hipocondríacos, y que ha sido adaptada para su uso en poblaciones hispano-hablantes por nuestro grupo (Belloch, Ayllón, Martínez, Castañeiras y Jiménez, 1999; Martínez et al., 1999). Nosotros encontramos que los 10 ítems se distribuían en dos factores bien diferenciados: uno referido a una elevada sensibilidad ante estímulos corporales (latidos, magulladuras, pinchazos), y otro relacionado con hipersensibilidad a estímulos molestos del ambiente (olores, humos, etc.). En nuestro estudio, al igual que en la mayoría de los publicados por el equipo de Barsky, la SSAS ha

demostrado buenas propiedades psicométricas básicas (fiabilidad), pero una utilidad clínica limitada, dada su escasa capacidad para diferenciar pacientes hipocondríacos de otros grupos clínicos, en especial con patologías ansiosas y depresivas asociadas a la hipocondría. En el estudio de Castañeiras (2001), el primer factor de la escala (hipersensibilidad a señales corporales) distinguió adecuadamente entre hipocondríacos, otros pacientes somato formes, con trastornos de ansiedad, y con depresión, pero no sucedió lo mismo con el segundo, que ni siquiera distinguió a los hipocondríacos de la población no clínica.

Por lo que hace a la propuesta terapéutica derivada de este planteamiento, parte de asumir una concepción de la hipocondría como un trastorno primariamente cognitivo (con un énfasis en el proceso percpeptivo), según el cual el "estilo somático amplificador" de los pacientes es el responsable primario de que experimenten las sensaciones corporales benignas de una manera tan intensa y perturbadora que acaban atribuyéndolas a alguna enfermedad grave. Su planteamiento terapéutico es de tipo psico-educativo y se lleva a cabo en grupos reducidos de entre 6 y 8 pacientes una vez cada 7 días, durante 6 semanas consecutivas. El tratamiento se presenta como un "curso" sobre percepción de síntomas físicos en el que la relación terapéutica clínico-paciente no es la tradicional, sino que se asemeja a la existente entre profesor-alumno. El curso se centra en el análisis de los factores que pueden ser responsables de que se amplifiquen o atenúen los síntomas somáticos (Barsky, Geringer y Wool, 1988):

1) *Papel de la atención y uso de la relajación*. Partiendo de la consideración de que la atención puede amplificar las sensaciones físicas, se presenta material educativo sobre estudios que apoyan esta afirmación y se anima a los pacientes a que, partiendo de sus propias observaciones, relaten hechos que ilustren este fenómeno. También se discute y ejemplifica el efecto paliativo de la distracción en las sensaciones de dolor. Además, aprovechando la gran sensibilidad de los hipocondríacos a las sensaciones corporales, se les enseña a centrar su atención en las sensaciones de relax y bienestar y a ignorar los síntomas desagradables mediante la relajación progresiva, respiración e imaginación visual. Finalmente, se les enseñan ejercicios de yoga y se les asignan tareas para casa con el fin de que practiquen las técnicas aprendidas.

2) *Cognición y reatribución de síntomas benignos*. Se ofrecen dos posibles interpretaciones de las sensaciones corporales: el modelo cognitivo-perceptivo y el modelo de estrés. En cuanto al primero, se sugiere a los pacientes que consideren su sistema nervioso como un receptor de radio de tal sensibilidad, que cualquier señal que perciba se amplifica tanto que se convierte en molesta. Se discute e ilustra el modo en que las atribuciones etiológicas afectan a las sensaciones somáticas, y los efectos secundarios de las cogniciones en las percepciones. Respecto al segundo modelo, se expone el concepto de estrés y las técnicas para su reducción, se proporciona material didáctico acerca de las manifestaciones somáticas del estrés y sus consecuencias sobre el sistema inmunológico, y se solicita a los sujetos que valoren los estresores existentes en su vida e identifiquen sus propias estrategias de afrontamiento.

3) *Contexto situacional*. Se muestra a través de diversos ejemplos, cómo las circunstancias y contexto que rodean a una persona pueden amplificar o reducir sus síntomas somáticos, influir en la percepción de éstos, y en la creación de expectativas en cuanto a lo que uno debería sentir. Se les pide que relaten datos de su propia experiencia que permitan analizar los efectos del contexto situacional. La discusión de todas estas cuestiones permite ofrecerles un nuevo marco en el que ubicar sus síntomas corporales: en lugar de contemplarlos dentro de un contexto de enfermedad grave no diagnosticada, se busca que los acepten y que intenten afrontarlos.

4) *Papel del afecto y los conflictos de dependencia*. Con la precaución de no sugerir que el malestar emocional es la causa de las molestias físicas de los pacientes, se les plantea que ciertas condiciones emocionales negativas como la ansiedad y la depresión, pueden afectar a la percepción de las sensaciones físicas. Se solicita a los participantes que exploren los estados emocionales que agravan sus síntomas, lo que con frecuencia pone de manifiesto la existencia de conflictos de dependencia.

Hipocondría y supuestos disfuncionales sobre la salud y la enfermedad: La Aportación De Salkovskis Y Warwick

Estos autores son especialmente críticos con el planteamiento diagnóstico que el DSM hace de la hipocondría, y han dedicado gran parte de sus trabajos a mostrar cómo este trastorno se puede conceptuar (y tratar) de un modo mucho más adecuado si se le considera como un trastorno de ansiedad (patológica) por la salud. Para ellos, la característica principal de la hipocondría es de naturaleza cognitiva: se produce por una tendencia habitual (estable) a malinterpretar los síntomas físicos, las variaciones corporales, y cualquier otra información que se considere relevante para la salud, como indicadoras de una enfermedad física grave.

Según el bien conocido modelo cognitivo de A.T. Beck para la explicación de los trastornos emocionales, el hecho mismo de malinterpretar un estímulo o situación ambiguos como más amenazantes de lo que son en realidad, es condición suficiente para que se inicie el ciclo de un trastorno de ansiedad. Ahora bien, el impacto de esa interpretación defectuosa sobre la estabilidad emocional, depende de lo grave que resulte la amenaza en cuestión para una persona. Y, a su vez, la gravedad de la amenaza depende de al menos cuatro factores relacionados, dos de los cuales son negativos y los otros dos moduladores más positivos o protectores. Los dos negativos son: la probabilidad percibida de que se produzca la enfermedad, y los costos o consecuencias negativas asociadas al hecho de padecerla (por ej., pérdida de status, problemas para los allegados, etc.). En cuanto a los protectores, los autores indican la capacidad percibida para afrontar la enfermedad y la posibilidad de que ciertos factores externos puedan servir de ayuda para resolver el problema o atenuar su malestar ("factores de rescate") (Salkovskis y Warwick, 2001). Así, de la interacción y el peso relativo de estos cuatro elementos, dependen que se desarrolle o no una hipocondría (ansiedad por la salud, según su terminología). Los autores proponen una ecuación en la que integran estos cuatro factores:

Probabilidad de enfermar x Coste negativo derivado de la enfermedad

Ansiedad = Capacidad percibida + Percepción de

factores externos de ayuda

para afrontar la enfermedad (factores de rescate)

Teniendo en cuenta estos elementos, proponen un esquema procesual mediante el cual ilustran cómo llega a desarrollarse la hipocondría (Warwick y Salkovskis, 1989, 1990) (véase la Figura 2), y que puede resumirse así: las experiencias previas relativas a la enfermedad (propia o de otros) y los errores médicos, conducen a la formación de creencias o supuestos disfuncionales acerca de los síntomas, la salud y la enfermedad; (por ej., "los cambios corporales habitualmente son una señal de enfermedad grave, ya que todo síntoma tiene que tener una causa física identificable"). Tales creencias pueden provocar que el sujeto focalice su atención en la información que es coherente con la idea de que su estado de salud no es bueno y que ignore o reste importancia a aquella información que no lo es. Estos supuestos pueden permanecer relativamente inactivos hasta que un incidente crítico (por ej., notar una sensación física, la muerte de algún familiar o conocido) los "moviliza". Todo ello origina la aparición de pensamientos automáticos negativos e imágenes desagradables, cuyo contenido implica una interpretación catastrófica de las sensaciones o signos corporales (por ej., "mis dolores de estómago significan que tengo un cáncer que no me han detectado"), lo que, finalmente, desencadena la ansiedad por la salud que viene acompañada de sus correspondientes correlatos fisiológicos (por ej., incremento del arousal fisiológico), cognitivos (por ej., atención autofocalizada), afectivos (por ej., ansiedad) y conductuales (por ej.,búsqueda de información tranquilizadora).

Una vez desarrollado el problema, existen una serie de factores que permiten mantener y/o aumentar la ansiedad patológica por la salud (Salkovskis y Warwick, 2001). La existencia de un estímulo desencadenante (por ej., recibir información sobre una enfermedad) que el sujeto evalúa como amenazante, conduce a que éste experimente miedo o aprensión. Esta reacción desencadena una serie de manifestaciones a nivel fisiológico, cognitivo y conductual. En primer lugar, el incremento del arousal fisiológico provoca un aumento de las sensaciones mediadas por el Sistema Nervioso Autónomo, lo que puede originar que el sujeto las considere como manifestación de enfermedad física. En segundo término, la atención focalizada en el cuerpo puede hacer que la persona se percate de variaciones (normales) de su función corporal o aspectos de su apariencia física, que de otro modo le habrían pasado desapercibidos y los interprete como anómalos. Finalmente, las conductas de evitación de auto inspección corporal de las zonas problemáticas y de búsqueda de información tranquilizadora de fuentes médicas y/o no médicas, también constituyen elementos que contribuyen a fomentar la ansiedad por la salud. Estas conductas funcionan de manera similar a como lo hacen los rituales compulsivos en el trastorno obsesivo-compulsivo, ya que producen una disminución transitoria de la ansiedad que viene seguida, posteriormente, por un incremento de la misma. Este tipo de conductas impide que el sujeto aprenda que aquello que teme no le está ocurriendo, provoca que continúe prestando atención a sus pensamientos negativos, e incluso algunas de ellas influyen directamente en los cambios corporales que elicitaron sus pensamientos iniciales.

Los tres mecanismos descritos (arousal fisiológico, focalización de la atención y conductas de evitación) conducen al sujeto a preocuparse por las sensaciones físicas percibidas como patológicas y a valorarlas como señales de la presencia de

una enfermedad grave, lo que a su vez aumenta la percepción de peligro, estableciéndose de este modo, un círculo vicioso que prolonga la hipocondría.

Hasta el momento la evidencia empírica que avala este modelo proviene, básicamente, de su transformación en un programa de intervención terapéutica de corte cognitivo-conductual, en el que se combinan técnicas típicas de reestructuración cognitiva y terapia cognitivo-conductual (exposición con prevención de respuesta, re-distribución atencional, etc.), que ofrece resultados, en general satisfactorios, y muy prometedores para el tratamiento psicológico de la hipocondría.

El núcleo principal del programa refiere a la interpretación catastrófica de las sensaciones y signos físicos. A partir de su modelo explicativo elaboran un programa estructurado de tratamiento que consiste en ayudar al paciente a identificar y modificar los pensamientos automáticos negativos sobre sus síntomas corporales, los supuestos disfuncionales acerca de la salud y la enfermedad y las conductas inadecuadas. Los componentes esenciales de este programa de tratamiento son los siguientes:

1) Evaluación del problema y obtención del compromiso del paciente. Este se consigue proponiendo al paciente la posibilidad de abordar su problema desde una perspectiva distinta a la que hasta ahora había adoptado, es decir, considerar durante un período de tiempo limitado (aproximadamente 4 meses) que sus síntomas no son indicadores de una enfermedad grave (antigua hipótesis), sino de un problema de ansiedad (nueva hipótesis). Se anima al paciente a que contemple esta última como una hipótesis provisional que necesita ser constatada mediante la acumulación de la evidencia correspondiente.

2) Autoobservación de los episodios de ansiedad excesiva por la salud. Se enseña al paciente a registrar los estímulos que desencadenan un episodio de preocupación excesiva por la salud y a detectar los pensamientos automáticos negativos y las conductas que lleva a cabo.

3) Identificación y Reatribución de los pensamientos automáticos negativos sobre los síntomas. La principal estrategia de intervención se centra en la modificación de las interpretaciones negativas relativas a la naturaleza de las sensaciones corporales y las posibles consecuencias que puedan derivarse de las mismas. Esta fase requiere la identificación de los pensamientos negativos y la evidencia en la que se apoyan, así como la elaboración y puesta a prueba de explicaciones alternativas de los síntomas. Esto último se efectúa a través de técnicas verbales como: proporcionar esquemas explicativos de la información existente, adoptar el punto de vista de otra persona, etc., y experimentos comportamentales del tipo de prestar atención al propio cuerpo, manipular conductas que pueden provocar síntomas, etc. También se utilizan estrategias de "role-playin" e inducción experimental en la sesión de pensamientos catastróficos.

4) Cambio de las conductas desadaptativas. Se realiza demostrando el papel que desempeña la conducta en el mantenimiento de las preocupaciones por la salud por medio de preguntas, demostraciones directas y experimentos con conductas implicadas en el problema. También se contempla la prevención de las conductas rituales de comprobación corporal y de solicitud de información tranquilizadora, así como la retirada de la atención a las preguntas y comentarios sobre los síntomas.

5) Modificación de las creencias disfuncionales sobre la salud/enfermedad. Para ello, se utilizan técnicas de reatribución y experimentos comportamentales.

6) Modificación de los factores de mantenimiento y prevención de recaídas. Se utilizan aquí técnicas como la exposición con prevención de respuesta y estrategias cognitivas de reatribución.

El programa cuenta con algunas evidencias a favor de su eficacia. Hasta el momento se ha presentado la descripción de diversos casos en los que se mostraba su utilidad (Warwick y Salkovskis, 1989; Martínez y Botella, 1995), y se ha informado de un trabajo en el que se comparó un grupo experimental (al que se le aplicó el tratamiento) con un grupo control (lista de espera), observándose que los pacientes tratados obtuvieron mejorías significativas que se mantuvieron en el seguimiento (3 meses) (Warwick, Clark, Cobb y Salkovskis, 1996). Otros estudios controlados (Clark et al., 1998, Martínez, 1997)) también ha mostrado resultados satisfactorios, así como su aplicación en formato de grupo (Avia et al., 1996).

Para terminar este punto, en el Cuadro 3 se recogen algunos de los programas terapéuticos para la hipocondría basados en las propuestas de estos autores, así como en las de Kellner y el grupo de Barsky. Para un estudio más detallado de los mismos, remitimos al lector a las referencias correspondientes, así como a Botella y Martínez (1997) y Martínez y Botella (1995, 1996).

Cuadro 3. Tratamientos cognitivo-conductuales de la hipocondría (modificado de martínez y botella, 1996).

Autores	**Elementos específicos del tratamiento**
Barsky, Geringer y Wool (1988)	Rol de la atención y uso de la relajación Cognición y reatribución de síntomas benignos Contexto situacional Rol del afecto y los conflictos de dependencia
Warwick Salkovskis (2001)	Obtención del compromiso del paciente Autoobservación de los episodios de ansiedad por la salud Reatribución de los síntomas Cambio de las conductas desadaptativas Modificación de las creencias disfuncionales sobre la salud/ enfermedad
Stern y Fernández (1991)	1ª sesión: Presentación del curso de manejo del estrés; negociación 2ª sesión: Rol de la focalización de la atención 3ª sesión: Ejercicios de relajación; identificar pensamientos negativos 4ª sesión: Creencias disfuncionales; información tranquilizadora 5ª sesión: Familiares e información tranquilizadora; “dudas" 6ª sesión: Rol de la depresión; detectar pensamientos negativos depresivos 7ª sesión: Revisión de las tareas 8ª sesión: Posibilidad del cambio 9ª sesión: Revisión y resumen del tratamiento
Sharpe, Peveler, y Mayou (1992)	Tratamiento de la angustia y trastorno psiquiátrico Reducción de los métodos de afrontamiento "disfuncionales" Restablecimiento de la conducta normal Reevaluación del significado de los síntomas Demostración del efecto de la atención Modificación de los factores interpersonales
Avia et al. (1996)	Exposición *in vivo* a las diversas sensaciones corporales

	Entrenamiento en técnicas de manejo de la ansiedad Inundación (imag.e *in vivo)* ante posibilidad de enfermedad grave/muerte Mejora de la autoestima y entrenamiento en técnicas de aserción Abordaje de áreas conflictivas de la vida del paciente
Speckens, Spinhoven, Hawton, Bolk y Van Hemert (1996)	Identificación y modificación de las cogniciones disfuncionales Exposición en imaginación y técnicas de distracción Planificación de actividades, exposición *in vivo* y prevención de respuesta Entrenamiento en relajación, ejercicios de respiración y ejercicios físicos Entrenamiento en solución de problemas o habilidades sociales

La intervención psicoterapéutica en la hipocondría

Posiblemente, una de las características que con mayor asiduidad se ha atribuido a la hipocondría es su gran resistencia al cambio. La "leyenda negra" que acompaña a este trastorno tiene una larga tradición. Varias son las razones que suelen aducirse para respaldar esta sombría impresión. En primer lugar, los hipocondríacos suelen responder a las intervenciones médicas desarrollando complicaciones, exacerbando los síntomas o presentando nuevas quejas que sustituyen a las anteriores. En segundo término, presentan una gran resistencia a recibir tratamiento psicológico o psiquiátrico dado que entienden que su problema es única y exclusivamente físico. Finalmente, resultan ser pacientes que se muestran, por un lado, apegados y dependientes de sus médicos y, por otro, hostiles y con tendencia a rechazar los ofrecimientos de ayuda de éstos, lo que inevitablemente dificulta el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica.

Por otra parte, aceptando incluso la veracidad de la dificultad implícita al abordaje terapéutico de la hipocondría, también hay que admitir que la escasa atención que algunos profesionales de la salud han mostrado hacia este trastorno, ha contribuido a reforzar la idea de que la hipocondría es un desorden refractario al tratamiento. No obstante, es de justicia reconocer que se han realizado intentos por ofertar algún tipo de ayuda a los pacientes aquejados de un trastorno hipocondríaco, aunque desafortunadamente, por el momento no existe una alternativa claramente consolidada que asegure la resolución definitiva del problema.

Como sucede en el abordaje terapéutico de cualquier trastorno mental, hay una serie de principios que deben ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar y planificar la intervención psicoterapéutica con un paciente hipocondríaco: la forma que adquiere la demanda, el curso y la evolución del problema, las características específicas del paciente, el tipo de relación terapéutica que es más apropiada, y las Intervenciones concretas para reorganizar la experiencia de tal manera que ésta deje de ser disfuncional. Analizaremos cada uno de estos aspectos por separado.

La Demanda

La aparición de un episodio hipocondríaco tiene la forma de un sentimiento devastador que se instala en la vida del paciente y trastorna sus hábitos cotidianos. El individuo se ve arrastrado por una situación que modifica sus rutinas, pues el temor a morir modifica completamente sus planes. La alteración que produce la irrupción del sentimiento hipocondríaco es global y afecta al guión vital en su totalidad. Lo que la persona planeaba para su vida deja de tener sentido pues ya no

habrá tiempo para realizarlo. En ese sentido guarda una semejanza estrecha con lo que les ocurre a las personas que han tenido un accidente del que se han derivado consecuencias negativas para sí mismos o para sus allegados, o han experimentado algún problema cardíaco de cierta gravedad.

Este estrechamiento del horizonte vital conduce en primera instancia al desarrollo de un sentimiento depresivo muy intenso: de ahí, la frecuente coexistencia de ambos trastornos, la hipocondría y la depresión, que ya mencionamos antes. Pero además, ese estrechamiento vital puede presentarse también acompañado de un componente ansioso, o bien puede adquirir la forma de una experiencia invasiva de indefensión. En el primer caso, el paciente suele intentar un papel activo para atacar el problema, mientras que en el segundo caso es más probable que deposite en otros esa tarea.

No es fácil identificar los motivos que desencadenan un episodio hipocondríaco. Aunque muchas veces puede aparecer consecutivo a un problema grave de salud que afectó a alguna persona allegada al paciente, o a él mismo, es posible encontrar en su historia vital otros acontecimientos similares que no dispararon esa reacción. Eso hace pensar que la noticia sólo tiene un efecto disparador de una condición latente que se debe explicar por otros motivos.

Características de los Pacientes

Para tratar de profundizar en esos motivos, conviene detenerse en algunas características de personalidad que muestran estos pacientes. Suelen ser personas que manifiestan comportamientos muy autosuficientes, hasta el punto de presentar en ocasiones rasgos de tipo narcisista. Semejante cuota de omnipotencia se puede traducir en conductas de muy distinto tipo: controles obsesivos, sujeción a las normas, rigidez ideativa, exacerbación de la auto-importancia, et... También pueden ser personas susceptibles, desconfiadas, y tener poca tolerancia a la incertidumbre. Además, tienen un estilo de manejo de la ira y la violencia muy controlado: suelen mostrar comportamientos en extremo pacíficos y contemporizadores, y sólo descargan su ira y agresividad en situaciones excepcionales.

Otro aspecto importante para la terapia deriva del modo de vincularse que tienen estos pacientes y, por ende, del sistema de relaciones interpersonales que tienden a establecer. Lo que caracteriza el temor del hipocondríaco es el hecho de que a juicio de los demás su aprehensión física y su temor al dolor son exagerados. Es decir, los demás no ven razones suficientes para que el paciente esté tan temeroso de lo que le ocurre o bien, creen que experimenta un sufrimiento excesivo. Por tanto, el paciente acaba siendo caracterizado como una persona miedosa y él acepta esa etiqueta.

La Relación Terapéutica

Una de las razones que hace difícil el tratamiento psicológico de estos pacientes es que suele resultar difícil establecer una buena alianza de trabajo. La relación terapéutica se ve afectada negativamente, con frecuencia debido a las dificultades que despiertan en el propio terapeuta. Solemos ver a los pacientes hipocondríacos como "no cooperativos", "difíciles", "demandantes", "que reclaman atención" o "manipuladores". Pero eso no es todo. Ellos tienen, también habitualmente, una mala imagen de los terapeutas, a quienes ven como "despreocupados", "irrespetuosos", "no efectivos", "rechazantes", "no contenedores", "poco

profesionales" e "inaccesibles". Starcevic (2002) ha presentado una descripción de esas dificultades y de factores a tener en cuenta para superar el pesimismo terapéutico correspondiente. Lo primero es realizar un cambio de paradigma, dejando de lado nuestra habitual manera de pensar si el paciente reúne los criterios específicos para determinado tratamiento. En su lugar debemos preguntarnos si el terapeuta reúne los criterios necesarios para tratar pacientes hipocondríacos. Sostiene que son idóneos para tratar a estos pacientes los terapeutas que puedan responderse a preguntas como estas:

- ¿Estoy en condiciones de tolerar que el paciente se "cuelgue" de sus síntomas?

- ¿Estoy en condiciones de tolerar que el paciente rechace mi juicio de que no tiene una enfermedad real?

- ¿Puedo tolerar la aparente falta de voluntad del paciente para estar mejor?

- ¿Puedo continuar tratando de ayudar al paciente pese a que rechace mi ayuda?

- ¿Estoy en condiciones de aceptar que puedo ser más útil para el paciente sosteniéndolo y explicándole cosas, en lugar de con intervenciones dirigidas y estructuradas?

- ¿Estoy en condiciones de soportar el desafío que el paciente haga de mi autoridad profesional?

- ¿Estoy dispuesto a resistir la tentación de rechazar al paciente?

En síntesis, hay una serie de condiciones que los terapeutas deben reunir para el tratamiento de estos pacientes, entre las cuales destacamos estas cuatro: empatía, aceptación, comprensión, y disposición para dedicar tiempo a la explicación-educación. Asimismo, nuestro comportamiento como terapeutas debe cuidar especialmente aspectos como la accesibilidad a las demandas del paciente, la consistencia en nuestro comportamiento con él (en el sentido de ser predecibles y fiables), la flexibilidad para comprender sus cambios de humor, sus temores, y su tendencia a desconfiar de nuestras explicaciones, y la claridad a la hora de exponer lo que creemos que verdaderamente mejor explica su situación.

En definitiva, si bien los programas estructurados de tratamiento (especialmente los de corte cognitivo-conductual) son, hoy por hoy, las herramientas más útiles de las que disponemos para afrontar la psicoterapia de la hipocondría, ello no significa que una aplicación rígida y descontextualizada de esos programas sea, por sí misma, suficiente. Dicho en otros términos: nuestra intervención debe ir encaminada a reorganizar la experiencia de sufrimiento del paciente, y para ello debemos promover y facilitar el desarrollo de proyectos vitales que permitan reducir sus sentimientos de acortamiento vital, así como permitir la elaboración y resignificación de sus sentimientos de culpa y de su miedo a la muerte. Actualmente disponemos de un buen "arsenal" de técnicas y estrategias para ayudar eficazmente a estos pacientes. Pero, como terapeutas, debemos preguntarnos si estamos suficientemente preparados para ir más allá de las técnicas, es decir, debemos estar preparados para embarcarnos en un proceso psicoterapéutico que pondrá a prueba nuestra paciencia en muchas ocasiones, cuyo resultado es a menudo incierto, y que nos recuerda continuamente nuestras limitaciones.

Referencias

American Psychiatric Association (1952). Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders. Washington, DC, APA.

American Psychiatric Association (1968). Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (2ª Ed.). Washington, DC, APA.

American Psychiatric Association (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (3ª Ed.). Washington, DC, APA (Barcelona, Masson, 1984).

American Psychiatric Association (1987). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (3ª Ed. Rev.). Washington, DC, APA (Barcelona, Masson, 1988).

American Psychiatric Association (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª Ed.). Washington, DC, APA.

Avia, M.D. (1999). The development of illness beliefs. Journal of Psychosomatic Research, 47, 199-204.

Avia, M. D., Ruiz, M. A., Olivares, M. E., Crespo, M., Guisado, A. B., Sánchez, A., Y Varela, A. (1996). The meaning of psychological symptoms: effectiveness of a group intervention with hypochondriacal patients. Behaviour Research And Therapy, 34, 23.31.

Bach, M., Nutzinger, D.O., y Hartl, L. (1996). Comorbidity of anxiety disorders and hypochondriasis considering different diagnostic systems. Comprehensive Psychiatry, 37, 62-67.

Barsky, A. J. (1979). Patients who amplify bodily sensations. Annals of Internal Medicine, 91, 63-70.

Barsky, A. J. (1992). Hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America, 15, 791-801.

Barsky, A. J. (1992b). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. Psychosomatics, 33, 28-34.

Barsky, A. J. (2001). Somatosensory amplification and hypochondriasis. En V. Starcevic y D. R. Lipsitt (Eds.), Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady. Págs. 223-248. Nueva York, Oxford University Press.

Barsky, A. J., Frank, C. B., Cleary, P. D., Wyshak, G., Y Klerman, G. L. (1991). The relation between hypochondriasis and age. American Journal of Psychiatry, 148, 923-928.

Barsky, A. J., Geringer, E., Y Wool, C. A. (1988). A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. General Hospital Psychiatry, 10, 322-327.

Barsky, A. J., Wyshak, G., Y Klerman, G. L. (1986). Hypochondriasis: An evaluation of the DSM-III criteria in medical outpatients. Archives of General Psychiatry, 43, 493-500.

Barsky, A. J., Wyshak, G., Y Klerman, G. L. (1990a). Transient Hypochondriasis. Archives of General Psychiatry, 47, 746-752.

Barsky, A. J., Wyshak, G., Y Klerman, G. L. (1990b). The somatosensory amplification scale and its relationship with hypochondriasis. Journal of Psychiatric Research, 24, 323-334.

Barsky, A. J., Wyshak, G., Y Klerman, G. L. (1992). Psychiatric comorbidity in DSM-III-R hypochondriasis. Archives Of General Psychiatry, 49, 101-108.

Barsky, A. J., Wyshak, G., Klerman, G. L., y Latham, K. S. (1990). The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 25 , 89-94.

Bass, C., Y Potts, S. (1993). Somatoform Disorders. En G. K. Grossman (Dir.), Recent Advances In Clinical Psychiatry (Vol. 8). Londres, Churchill Livingstone.

Baur, S. (1988). Hypochondria: Woeful Imaginings. Los Angeles, University California Press (Barcelona, Gedisa, 1990).

Belloch, A. y Martínez, M.P. (1999). Trastornos Somatoformes: Hipocondría. Madrid: UNED-FUE.

Belloch, A., Ayllón, E., Martínez, M.P., Castañeiras, C., y Jiménez, M.A. (1999). Sensibilidad a las sensaciones corporales e hipocondría. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 4: 1-14

Belloch, A., Fernández-Álvarez, H. y Castañeiras, C. (2004). Presentación de un instrumento para la detección y valoración de las preocupaciones hipocondríacas en la población general: el Inventario de Preocupaciones Hipocondríacas Aiglé. Revista Argentina de Clínica Psicológica, 2004, 13 (3), 183-195.

Benedetti, A., Perugi, G., Toni, C., Simonetti, B., Mata, B. Y Casano, G.B. (1997). Hypochondriasis and illness phobia in panic-agoraphobic patients. Comprehensive Psychiatry, 38, 124-131.

Berrios, G.E. (2001). Hypochondriasis: History of the concept. En V. Starcevic y D. R. Lipsitt (Eds.), Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady. Págs. 3-20. Nueva York, Oxford University Press.

Borkovec, T.D., Robinson, E., Prudinsky, T. Y DePree, J.A. (1983). Preliminary investigation of worry: Some characteristics and processes. Behaviour Research and Therapy, 21, 9-16.

Botella, C., Y Martínez, M. P. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría. En V. E. Caballo (Dir.), Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1). Madrid, Siglo Veintiuno.

Castañeiras, C. (2001). Avances en Psicopatología y Clínica de la Hipocondría. Tesis Doctoral. Universitat de Valencia, Facultad de Psicología.

Castañeiras, C., Belloch, A. y Martínez, M.P. (2000). ¿Es normal preocuparse por la enfermedad?. Análisis y Modificación de Conducta, 26, 537-553.

Clark, D. M. (1988). A cognitive model of panic attacks. En S. Rachman, Y J. Maser (Dirs.), Panic: Psychological Perspectives. Hillsdale, Erlbaum.

Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Wells, A., Fennell, M., Ludgate,J., Ahmad, S., Richards, H.C., y Gelder, M. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis: a randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry, 173, 218-225.

Clark, L. A., Watson, D., Y Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: challenges to the current system and future directions. Annual Review Of Psychology, 46, 121-153.

Chorot, P. y Martínez, M.P. (1995). Trastornos Somatoformes. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) Manual de Psicopatología, Vol. 2., págs. 225-270. Madrid, McGraw-Hill Interamericana.

Côté, G., O`Leary, T., Barlow, D. H., Y Strain, J. (1994). Hypochondriasis: Integrative Review. En T. A. Widiger, A. J. Frances, H. Pincus, M. First, Y R. Ross (Dirs.), Dsm-IV Sourcebook (Vol. 2). Washington, American Psychiatric Press.

Dubovsky, S. L. (1988). Concise Guide to Clinical Psychiatry. Washington, Dc, American Psychiatric Press.

Ebert, D., Y Martus, P. (1994). Somatization as a core symptom of melancholic type depression. evidence from a cross-cultural study. Journal Of Affective Disorders, 32, 253-256.

Fava, G.A., Freyberger, H.J., Bech,P., Christodoulou,G., Sensky, T., Theorell, T., y Wise, T.N. (1995). Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. Psychotherapy and Psychosomatics, 63, 1-8.

Fava, G.A. y Mangelli, L. (2001). Hypochondriasis and Anxiety Disorders. En V. Starcevic y D. R. Lipsitt (Eds.), Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady. Págs. 89-102. Nueva York, Oxford University Press.

Furer, P., Walker, J.R., Chartier, M.J., y Stein, M.B. (1997). Hypochondriacal concerns and somatization in panic disorders. Depression and Anxiety, 6, 78-85.

Freud, S. (1914). Obras Completas (Vol. 6). Madrid, Biblioteca Nueva.

Gillespie, R. D. (1928). Hypochondria: its definition, nosology and psychopathology. Guys Hospital Report, 8, 408-460.

Gradillas, V. (1986). Crítica al concepto de hipocondría. Actas Luso-Españolas De Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, 14, 389-391.

Hernandez, J., y Kellner, R. (1992). Hypochondriacal concerns and attitudes toward illness in males and females. International Journal Of Psychiatry In Medicine, 22, 251-263.

Hollifield, M. (2001). Hypochondriasis and personality disturbance. En V. Starcevic y D. R. Lipsitt (Eds.), Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady. Págs. 102-126. Nueva York, Oxford University Press.

Janca, A., Isaac, M., Bennett, L. A., Y Tacchini, G. (1995). Somatoform disorders in different cultures: a mail questionnaire survey. Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 30, 44-48

Janet, P. (1910). Néuroses. Flammarion, Ch. V.

Kellner, R. (1982). Psychotherapeutic strategies in hypochondriasis: a clinical study. American Journal Of Psychotherapy, 36, 146-157.

Kellner, R. (1983). Prognosis of treated hypochondriasis: a clinical study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 67, 69-79.

Kellner, R. (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis: a survey of empirical studies. Archives of General Psychiatry, 42, 821-833.

Kellner, R. (1986). Somatization and Hypochondriasis. Nueva York, Praeger.

Kellner, R. (1989). Hypochondriasis and body dysmorphic disorder. Treatments of psychiatric disorders: a task force report of the American Psychiatric Association, Washington, American Psychiatric Press.

Kellner, R. (1991). Treatment approaches to somatizing and hypochondriacal patients. En L. J. Kirmayer, Y J. M. Robbins (Dirs.), Current concepts of somatization: research and clinical perspectives. Washington, American Psychiatric Press.

Kellner, R. (1992). Diagnosis and treatments of hypochondriacal syndromes. Psychosomatics, 33 (3), 278-289.

Kellner, R., Abbott, P., Pathak, D., Winslow, W. W., Y Umland, B. E. (1984). Hypochondriacal beliefs and attitude in family practice and psychiatric patients. International Journal of Psychiatry in Medicine, 13, 127-139.

Kellner, R., Abbott, P., Winslow, W. W., y Pathak, D. (1987). Fears, beliefs, and attitudes in dsm-iii hypochondriasis. Journal Of Nervous And Mental Disease, 175, 20-25.

Kellner, R., y Schneider-Braus, K. (1988). Distress and attitude in patient perceived as hypochondriacal by medical staff. General Hospital Psychiatry, 10 (3), 157-162.

Kenyon, F.E. (1964). Hypochondriasis: a clinical study. British Journal of Psychiatry, 110, 478-488.

Lesse, S. (1967). Hypochondriasis and psychosomatic disorders masking depression. American Journal of Psychotherapy, 21, 607-620.

Ludwig, A. M. (1972). Hysteria: a neurobiological theory. Archives Of General Psychiatry, 20, 771-777.

Marks, I. M. (1987). Miedos, Fobias y Rituales. Barcelona, Martínez Roca, 1991.

Marshall, W. R. (1987). Chronic Somatizers. En C. S. Rogers, Y J. D. Mccue (Dirs.), Managing Chronic Disease. Medical Economics Books.

Martínez, M. P. (1997). Nuevas aproximaciones cognitivas a la conceptualización y al tratamiento de la hipocondría. Tesis Doctoral. Universitat de Valencia, Facultad de Psicología.

Martínez M. P., Belloch A. y Botella C. (1996). Hipocondría y Trastorno por angustia: ¿dos perfiles distintos de actitudes y conductas de enfermedad?. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 1, 223-231.

Martínez, M. P., Belloch, A., y Botella, C. (1999). Somatosensory Amplification in Hypochondriasis and Panic Disorder. Clinical Psychology and Psychotherapy, 6: 46-53.

Martínez, M. P., y Botella, C. (1995). Aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual a un caso de hipocondría primaria. Análisis y Modificación de Conducta, 21, 697-734.

Martínez, M. P., y Botella, C. (1996). Evaluación y tratamiento psicológico de la hipocondría: revisión y análisis crítico. Psicología Conductual, 4, 29-62.

Martínez M. P., Botella, C. y Belloch, A. (1997). Hipocondría: ¿un trastorno tratable?. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2, 155-167.

Murphy, M. (1990). Classification of Somatoform Disorders. En C. Bass (Ed.), Somatization: physical symptoms and psychological illness. Oxford, Blackwell Scientific Publications.

Nemiah, J. C. (1982). Trastornos Somatomorfos. En H. I. Kaplan, Y B. J. Sadock (Dirs.), Tratado de Psiquiatría. Barcelona, Masson-Salvat, 1992.

Noyes, R. (1999). Relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. General Hospital Psychiatry, 21, 8-17.

Noyes, R., Kathol, R.G., Fisher, M.M., Phillips, B.M., Snelzer, M.T. y Woodman, C.L. (1994). Psychiatric comorbidity among patients with hypochondriasis. General Hospital Psychiatry, 16, 78-87.

Organización Mundial de la Salud (1993). Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: Criterios diagnósticos de investigación. Ginebra, OMS.

Pilowsky, I., y Spence, N. D. (1977). Ethnicity and illness behaviour. Psychological Medicine, 7, 447-452.

Rachman, S.J. (1974). Some similarities and differences between obsessional ruminations and morbid preoccupations. Canadian Psychiatric Association Journal, 18, 71-73.

Salkovskis, P. M. (1989). Somatic Problems. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, y D. M. Clark (Eds.), Cognitive-Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide. Oxford, Oxford University Press.

Salkovskis, P.M. y Clark, D.M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. Advances in Behaviour Research and Therapy, 15, 23-48.

Salkovskis, P.M. y Warwick, H.M. (2001). Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. En V. Starcevic y D. R. Lipsitt (Eds.), Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady. Págs. 202-222. NuevaYork, Oxford University Press.

Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Síndromes clínicos de la ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) Manual de Psicopatología, Vol. 2., págs. 81-111. Madrid, McGraw-Hill Interamericana.

Savron, G., Fava, G.A., Grandi, S., Rafanelli, C., Rafi, A.R. y Belluardo, P. (1996). Hypochondriacal fears and beliefs in obsessive-compulsive disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, 93, 345-348.

Schmidt, A. J. M. (1994). Bottlenecks in the diagnosis of hypochondriasis. Comprehensive Psychiatry, 35, 306-315.

Sharpe, M., Peveler, R., y Mayou, R. (1992). The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms: a practical guide. Journal Of Psychosomatic Research, 36, 515-529.

Speckens, A. E. M., Spinhoven, P., Hawton, K. E., Bolk, J. H., y Van Hemert, A. M. (1996). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a pilot study. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 24, 1-16.

Starcevic, V. (1990). Relationship between hypochondriasis and obsessive-compulsive personality disorder: close relatives separated by nosological schemes?. American Journal of Psychotherapy, 44, 340-347.

Starcevic, V. (1991). Reassurance and treatment of hypochondriasis. General Hospital Psychiatry, 13, 122-127.

Starcevic, V. (2001). Clinical features and diagnosis of hypochondriasis. En V. Starcevic y D. R. Lipsitt (Eds.), Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady. Págs. 21-60. NuevaYork, Oxford University Press.

Starcevic, V. (2002). Overcoming therapeutic pessimism in hypochondriasis. American Journal of Psychotherapy, 56, 167-177

Starcevic, V., Fallon, S., Uhlenhuth, E.H., y Pathak, D. (1994). Generalized anxiety disorder, worries about illness, and hypochondriacal fears and beliefs. Psychotherapy and Psychosomatics, 61, 93-99.

Starcevic, V., Kellner,R., Uhlenhuth, E.H., y Pathak, D. (1992). Panic disorder and hypochondriacal fears and beliefs. Journal of Affective Disorders, 24, 73-85.

Stern, R., y Fernandez, M. (1991). Group cognitive and behavioural treatment for hypochondriasis. British Medical Journal, 303, 1229-1231.

Tyrer, P., Fowler-Dixon, R., Ferguson, B. y Keleman, A. (1990). A plea for the diagnosis of hypochondriacal personality disorder. Journal of Psychosomatic Research, 34, 637-642.

Warwick, H. M. C., Clark, D. M., Cobb, A. M. y Salkovskis, P. M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. British Journal of Psychiatry, 169, 189-195.

Warwick, H. M. C. y Salkovskis, P. M. (1989). Hypochondriasis. En J. Scott., J. M. G. Williams. y A. T. Beck (Dirs.), Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook. Londres, Routledge.

Warwick, H. M. C. y Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy, 28, 105-117.

Warwick, H. M. C. y Salkovskis, P. M. (2001). Cognitive-Behavioral treatment of Hypochondriasis. En V. Starcevic y D. R. Lipsitt (Eds.), Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady. Págs. 314-328. NuevaYork, Oxford University Press.

Wesner, R. B. y Noyes, R. (1991). Imipramine: An effective treatment for illness phobia. Journal of Affective Disorders, 22, 43-48.

Willerman, L. y Cohen, D. B. (1990). Psychopathology. Nueva York, McGraw-Hill.

Woody, S. y Rachman, S. (1994). Generalized anxiety disorder (GAD) as an unsuccessful search for safety. Clinical Psychology Review, 14, 743-753.

ATLAS DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

Luis Armando Oblitas Guadalupe
Autor y Compilador

ISBN: 958-33-8927-7

Fecha de publicación: febrero 5 de 2006

psicom editores