

REVISTA DE PSICOLOGÍA

Vol. XXVI (2), 2008, ISSN 0254-9247

Amada Ampudia Rueda

Ursula Asmad

María Claudia Carcelén Velarde

Alejandro Castro Solano

María Martina Casullo

Gustavo Cruz

Gisele Cuglievan

Fernando Jiménez Gómez

María Laura Lupano Perugini

Patricia Martínez U.

Giovanna Moreano

Luis A. Oblitas.

Guadalupe Sánchez Crespo

DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA



FONDO
EDITORIAL

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

REVISTA DE PSICOLOGÍA

ISSN 0254-9247

Vol. XXVI (2), 2008

CONTENIDO

ARTÍCULOS

- María Laura Lupano Perugini, Alejandro Castro Solano y María Martina Casullo.* Prototipos de liderazgo masculino y femenino en población militar 195
- Luis A. Oblitas.* El estado del arte de la psicología de la salud 219
- María Claudia Carcelén Velarde y Patricia Martínez U.* Perspectiva temporal futura en adolescentes institucionalizados 255
- Guadalupe Sánchez Crespo, Fernando Jiménez Gómez y Amada Ampudia Rueda.* Detectando el perfil simulador en el MMPI-2: una propuesta basada en la investigación 277
- Giovanna Moreano, Ursula Asmad, Gustavo Cruz y Gisele Cuglievan.* Concepciones sobre la enseñanza de matemática en docentes de primaria de escuelas estatales 299
- OBITUARIO 335

El estado del arte de la Psicología de la Salud

Luis A. Oblitas¹

Universidad del Valle de México, Tlalpan

Se abordan los antecedentes de la Psicología de la Salud, incluyendo su definición conceptual, así como el modelo biopsicosocial que la caracteriza. Se detalla la relación existente entre comportamiento y salud para tener una mejor comprensión de la salud y la enfermedad, así como de los patógenos e inmunógenos comportamentales. Se describen las principales contribuciones de la Psicología de la Salud para la promoción de salud y calidad de vida, psicología hospitalaria, afrontamiento psicosocial de la enfermedad y estrategias de intervención. La Psicología de la Salud constituye una excelente alternativa para comprender los mecanismos de salud y enfermedad, así como para la prevención y el manejo de la enfermedad, en lo que se refiere a sus componentes psicológicos.

Palabras clave: Psicología de la Salud, prevención, psicología hospitalaria.

The state-of-art in Health Psychology

Studies on the scientific background of Health Psychology are discussed, including the conceptual definition, as well as the bio-psycho-social model that characterizes it. The relation between health and behavior is described in order to have a better understanding of health and illness, as well as about the pathogenic and immunology issues related to behavior. The main contributions of Health Psychology to improve life quality and health are described. Moreover, medical psychology, psychosocial coping of illness, as well as intervention strategies, are discussed. Health Psychology becomes a good alternative for the understanding of health and illness mechanisms, as well as for the prevention process and illness treatment related to psychological components.

Keywords: Health Psychology, prevention, medical psychology.

¹ Doctor en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Especialista en Psicología de la Salud. Ha sido docente universitario en varios países, fundador y miembro de consejos editoriales de revistas internacionales de psicología, y autor de numerosas publicaciones. Es coordinador del diplomado en línea Psicología de la Salud (www.aulapsicologica.com). Contacto: Av. Insurgentes Sur 4425, casa 7, CP 14430, México D. F., México; oblitasluis@yahoo.com.mx

Antecedentes de la Psicología de la Salud

Los psicólogos, una vez que comenzaron a realizar intervenciones clínicas a partir de la Segunda Guerra Mundial, y conforme se iba consolidando el campo de la psicología clínica y de la salud mental, se percataron de que en ocasiones los problemas mentales tenían concomitantes de tipo físico. Asimismo, la medicina iba paulatinamente asumiendo esta idea, favoreciéndose con el tiempo el que se superase en parte la dicotomía físico-mental o mente-cuerpo planteada por Descartes. La aparición de las técnicas de modificación de conducta y todo un movimiento psicológico a partir de la misma permitieron en unos años este cambio y esta asunción que desembocaría en la aparición de la medicina comportamental y de la Psicología de la Salud (Oblitas, 2007).

Existen varios factores que contribuyeron al interés de los psicólogos por una aproximación teórica y clínica más comprensiva de la salud que el tradicional modelo médico de enfermedad, entre ellos: a) el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas, b) el coste elevado de los cuidados de salud, y c) un mayor énfasis en la calidad de vida. Así, se planteó un modelo alternativo al biomédico, el modelo biopsicosocial, que apoyó su alternativa en argumentos sólidos, aunque no describió con detalle el mismo. Se hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento (Oblitas, 2007).

Por tales razones, un número de disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etc.), 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.

Definición de Psicología de la Salud

Definir la salud es difícil. Como la mayor parte de los conceptos generales como paz, justicia y libertad, el de salud presenta enormes dificultades en cuanto a su definición. Una de las definiciones de salud más extendida en nuestra sociedad es que “la salud es la ausencia de enfermedad”. En 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una definición de salud en la que se contemplan tres dimensiones: “la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”. El problema de dicha definición radica en explicar qué es el bienestar de un individuo.

La Psicología de la Salud podría ser definida como “la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar” (Oblitas, 2006b).

Entre los objetivos de la Psicología de la Salud se tienen (Oblitas, 2006a, 2007):

1. Promoción de la salud: se trataría de todas aquellas actuaciones dirigidas a promover un estilo de vida saludable, entendiendo por salud no solo la ausencia de enfermedad sino la presencia de un estado de bienestar físico y anímico en el individuo. En este sentido, destacarían las destinadas a fomentar aquellos hábitos de salud que pueden hacer que las personas se sientan mejor en su vida diaria.
2. Prevención de las enfermedades: esta tarea pasaría por la modificación de hábitos no saludables asociados a múltiples patologías, ya sea crónicas o agudas (por ejemplo, el tabaquismo). En este aspecto, se hace aún más evidente la estrecha relación entre los ámbitos

de la promoción y de la prevención. Sin embargo, existen otros comportamientos de riesgo cuya eliminación es la única y más eficaz forma de evitar muchas enfermedades graves. Por ejemplo, el uso del cinturón de seguridad y el fomento de una conducción prudente es una forma de reducir el alto número de patologías medulares. Otro ejemplo sería el uso del preservativo, que no solo puede servir para detener epidemias como el SIDA o las enfermedades de transmisión sexual, sino que también puede contribuir a disminuir otras enfermedades menos conocidas como el cáncer de útero.

3. Evaluación y tratamiento de enfermedades específicas: como pueden ser la diabetes, el intestino irritable, el cáncer, el SIDA, etc. En estos casos los psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos. Son muchas las alteraciones que han sido objeto de tratamientos basados en las técnicas de modificación de conducta.
4. Evaluación y mejora del sistema sanitario: en este rubro se encuadrarían todas las propuestas dirigidas a mejorar la atención sanitaria en lo que se refiere a la práctica profesional, a la educación sanitaria de los usuarios y a la relación entre los colectivos implicados, además de la formulación de una política de salud.

En la actualidad, existe multitud de evidencia de que nuestra salud está profundamente influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales (hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, etc.). Por ejemplo, un hábito como el de fumar es el responsable de un 12% a 15% de las muertes de los países avanzados, un 30% de todos los cánceres, junto con una importante morbilidad (Oblitas, 2005).

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 apoyados por otros pueden ayudarnos a tratar con situaciones estresantes. Diversas

intervenciones pueden reducir el dolor y sufrimiento experimentado tras una operación y acelerar el proceso de curación. 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 cardiaca coronaria al cáncer y supresión del sistema autoinmune (Oblitas, 2005).

El enfoque biopsicosocial y la Psicología de la Salud

Cierto tipo de problemas, en concreto las enfermedades crónicas, debidos 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 producidos 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, que la conducta social no tiene cabida en ella y, en su extremo, que las anomalías conductuales se reducen 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, es decir, los procesos somáticos y psicológicos se excluyen mutuamente, y el cuerpo y la mente son dos entidades separadas (Osorio & Oblitas, 2006).

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. 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” (Engel, p. 130).

La relación salud-comportamiento

No hay duda de que el factor más decisivo en ese nuevo enfoque en el campo de la salud ha sido que las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables. Hoy casi ningún profesional de la salud duda del impacto de nuestra conducta diaria en la salud y en la enfermedad. En la actualidad hay evidencia más que considerable de que las causas de la enfermedad radican en la conducta y el estilo de vida del individuo. La salud de la gente en los países desarrollados ha alcanzado un nivel impensable a principios del presente siglo. Las expectativas de vida se han incrementado notablemente como consecuencia de las mejoras en la salud pública y en el cuidado médico (Heman & Oblitas, 2005).

Sin embargo, en la actualidad los patrones de morbilidad y mortalidad difieren considerablemente de los de comienzo del siglo XX. En 1900, la neumonía, la gripe y la tuberculosis eran tres de las cuatro principales causas de muerte. Sin embargo, en 1988 las tres principales causas de muerte fueron la enfermedad coronaria, los ataques fulminantes y el cáncer, dolencias que se deben en parte a la conducta y el estilo de vida del sujeto. Por ejemplo, a principios de 1990 aproximadamente el 38% de las muertes eran debidas a la enfermedad coronaria y el 7% a los ataques, esto es, el 45% de las muertes eran debidas a enfermedades cardiovasculares. El cáncer daba cuenta del 22,5% de todas las muertes y los accidentes del 4,5%. Lo que es lo mismo, más del 70% de todas las muertes son consecuencia de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes y el SIDA, enfermedades estrechamente vinculadas a las conductas y estilos de vida de los individuos (Oblitas, 2006c).

Podemos hablar de patógenos conductuales y de inmunógenos conductuales. Los patógenos conductuales son aquellas conductas que hacen a uno más susceptible a la enfermedad. Por ejemplo, fumar o beber alcohol, principales causas de muerte y factores de riesgo asociados. Los inmunógenos conductuales son aquellas conductas que reducen el riesgo del sujeto a la enfermedad. Uno de los mejores ejemplos de inmunógenos conductuales nos lo proporciona un amplio estudio realizado en Estados Unidos con una muestra de 7000 personas seguidas a lo largo de 9 años y medio, donde se encontró una asociación muy estrecha entre la longevidad y siete conductas de salud a los 5 años y medio y a los 9 años y medio: a) dormir de 7 a 8 horas, b) desayunar casi todos los días, c) ingerir tres comidas al día, sin picar entre ellas, d) mantener el peso corporal dentro de los límites normales, e) practicar ejercicio físico regularmente, f) usar moderadamente el alcohol o no beberlo, y g) no fumar (Belloch & Olabarría, 1993).

Promoción de la salud

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. Se entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. En la actualidad se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, apresados a través de la investigación epidemiológica. A continuación exponemos algunos de los más importantes (Oblitas, 2004b, 2006c, 2007).

Practicar ejercicio físico

Realizar una actividad física de modo regular (e. g. dar largos paseos) es el vehículo más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad

desarrollada. También es útil para atenuar el grado de severidad cuando el sujeto ya presenta la enfermedad. Una actividad física moderada, realizada regularmente, repercute beneficiosamente en la salud. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares. Las personas que realizan asiduamente ejercicio físico corren menos riesgo de desarrollar y morir de una dolencia coronaria. También ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos.

El ejercicio físico también aporta beneficios psicológicos, pues se ha visto que la realización de una actividad física regular reporta beneficios considerables a la persona. En primer lugar, una actividad física enérgica practicada regularmente reduce los sentimientos de estrés y ansiedad. El ejercicio y la buena forma física puede proteger a la gente de los efectos perjudiciales del estrés sobre la salud. Varias investigaciones han mostrado que la realización de ejercicio o gozar de buena salud contribuye a la estabilidad emocional, fruto de la reducción de la ansiedad, la depresión y la tensión. En segundo lugar, aquellos individuos que siguen programas para estar en forma informaron que mejoraron en sus actitudes y actividad laboral. En tercer lugar, la participación en una actividad física regular contribuye a la mejora del autoconcepto del sujeto, porque las personas que realizan ejercicio mantienen más fácilmente el peso adecuado, presentan un aspecto más atractivo y se suelen implicar de modo exitoso en distintos deportes y actividades físicas (Oblitas, 2006b).

Nutrición adecuada

En términos de efectos en la salud, los hábitos alimentarios de las personas que viven en las sociedades desarrolladas han pasado desde los estragos de las deficiencias dietéticas de principios de siglo, a los estragos derivados del exceso en las últimas décadas. Una nutrición correcta se hace imprescindible para lograr un estado saludable. De hecho, la mayor parte de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimenticia (e. g. la diabetes, la caries dental). Una buena

práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales (e. g. minerales, vitaminas, proteínas) y un consumo adecuado, evitando una ingesta excesiva de alimentos. Dicho de otro modo, la dieta saludable es aquella que minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición. Las dietas saludables proporcionan una cantidad adecuada de todos los nutrientes esenciales para las necesidades metabólicas del organismo. Además de agua, los alimentos contienen cinco tipos de componentes químicos que aportan nutrientes específicos para el buen funcionamiento del organismo: carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales.

Las dos principales causas de morbilidad y mortalidad de la década de los 90, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, se deben en gran medida a comportamientos nutricionales inadecuados. Por ejemplo, enfermedades como el cáncer de colon, el estreñimiento y la diverticulosis se han relacionado con dietas pobres en fibras. Dietas ricas en grasa y sal favorecen la hipercolesteremia y la hipertensión, dos importantes factores de riesgo de la enfermedad cardiaca. Cabe señalar que entre los hábitos alimenticios más recomendables se encuentran la disminución del consumo de grasas animales, el aumento del consumo de leche, patatas y especialmente verduras, frutas y alimentos de alto contenido en fibra, la reducción del consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas, y evitar el consumo excesivo de alcohol.

Esto es, para que nuestra dieta sea equilibrada debe aportarnos todos los nutrientes básicos y la fibra necesaria a nuestras necesidades, a base de ingerir diversos alimentos de los cuatro grupos básicos: cereales, frutas y vegetales, productos lácteos, y carnes y pescados. Por último, la mayoría de la gente que come saludablemente no necesita consumir suplementos vitamínicos u otros nutrientes. Sin embargo, algunas poblaciones especiales como, por ejemplo, las mujeres embarazadas, necesitan una cantidad extra de nutrientes y, aunque se pueden proporcionar introduciendo modificaciones en su dieta, es recomendable que tomen suplementos como el hierro.

Estilo de vida minimizador de emociones negativas

Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud. Estas influyen sobre la salud a través de diferentes mecanismos. Quizás el más conocido es el Síndrome General de Adaptación de Selye (SGA) (1936) también denominado estrés, según el cual “se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando debe hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales que le resultan difíciles de realizar o satisfacer. Es decir, que el individuo se encuentre estresado depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él; o, si avanzamos un poco más, depende de las discrepancias entre las demandas del medio, externo e interno, y la manera en que el individuo percibe que puede dar respuesta a esas demandas”.

Dicha definición está acorde con el enfoque interaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984), que es el más aceptado de la actualidad, y que concibe a este como un proceso transaccional entre el individuo y la situación. Según dicho enfoque, la naturaleza e intensidad de la reacción del estrés viene modulada, al menos, por tres factores: a) el grado de amenaza que el sujeto percibe en la situación, b) la valoración que el individuo hace de los recursos que cree tener para afrontar con éxito la demanda de la situación, y c) la disponibilidad y el grado de afrontamiento que el sujeto pone en marcha para restablecer el equilibrio en la transacción persona-ambiente. La cronicidad del SGA conlleva un aumento de la vulnerabilidad del individuo a padecer algún tipo de enfermedad (e. g. incremento de glucocorticoides). Los efectos neuroendocrinos e inmunitarios del estrés no constituyen un agente patógeno específico, sino que representan un riesgo específico que hace a los sujetos más vulnerables ante las enfermedades (e. g. enfermedad cardiovascular) en general.

El estrés no solo puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud, sino también puede influir sobre la salud de modo indirecto, a través de la elicitación o mantenimiento de conductas no saludables. Esto es, no solo son importantes para la

salud del individuo los efectos a nivel orgánico que produzcan el estrés u otras emociones negativas. Un individuo que viva bajo situaciones estresantes es más probable que incremente conductas de riesgo y reduzca todo tipo de conductas saludables. Por ejemplo, en algunos estudios se ha encontrado que el incremento en el estrés estaba asociado a un incremento en el uso del alcohol y otras drogas. También se ha comprobado que parte de los efectos negativos que tiene el estrés sobre la salud proviene del hecho de que las personas sometidas a estrés, especialmente de tipo laboral, presentan hábitos de salud peores que las personas que no lo sufren.

Se ha sugerido que el apoyo social puede ser un importante factor modulador del estrés para aquellas personas que viven bajo situaciones estresantes (e. g. divorcio), pues practican más ejercicio físico y consumen menos tabaco o alcohol cuando gozan de un nivel elevado de apoyo social, en contraste con aquellos que cuentan con poco o ningún apoyo social. También se han sugerido distintas variables psicológicas como moduladoras de la relación entre el estrés y la enfermedad. Unas contribuirían a favorecer la salud (e. g. dureza, optimismo, autoestima) y otras la perjudicarían (e. g. conducta tipo A, conducta tipo C, alexitimia). Así, por ejemplo, los individuos con un patrón de conducta tipo A reaccionan de modo diferente a los estresores que aquellos con un patrón de conducta tipo B. No obstante, el concepto capital en el enfoque interaccional del estrés es el de afrontamiento.

Cuando se rompe el equilibrio en la transacción persona-situación, el sujeto pone en marcha una serie de conductas, manifiestas o encubiertas, con el objeto de restablecer el equilibrio. Por tanto, estos procesos de afrontamiento también desempeñan un papel mediacional entre el impacto de una situación dada y la respuesta de estrés del sujeto. Precisamente, en esta línea se han desarrollado todo un conjunto de técnicas para ayudar a que la gente maneje el estrés. Dotar al individuo de esos recursos conductuales y cognitivos para hacer frente al estrés parece ser la vía más adecuada para minimizar los efectos perjudiciales del mismo sobre la salud.

Adherencia terapéutica

Para que el consejo médico tenga repercusiones beneficiosas sobre la salud del paciente se deben tener en cuenta dos aspectos. En primer lugar, el consejo debe ser acertado. En segundo lugar, debe ser seguido por el individuo. Pues bien, la realidad parece bien distinta, coincidiendo plenamente con lo que expresa el acertado adagio castellano “de lo dicho a lo hecho hay un trecho”. A pesar de los considerables esfuerzos desarrollados por los profesionales de la salud durante los últimos 50 años para intentar solucionar la problemática de la ausencia de adherencia a los regímenes terapéuticos, esta es aún una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud. Uno de los problemas más importantes con el que se puede encontrar un clínico en sus intervenciones es que el paciente no siga sus prescripciones a pesar de disponer de procedimientos eficaces para tratar o incluso prevenir los problemas.

Se ha encontrado que las tasas de incidencia de adherencia a las recomendaciones de los clínicos no suelen superar el 50%, con una oscilación entre el 30% y el 60%, bien por olvido, por no comprender los mensajes o por falta de acuerdo en cumplirlos. Todavía más preocupante es el elevado número de personas que no se adhiere a los regímenes profilácticos prescritos (e. g. embarazadas que no toman los suplementos vitamínicos), llegándose a situaciones como el caso de la hipertensión en que el incumplimiento de las prescripciones médicas es más la norma que la excepción.

En el caso de las enfermedades crónicas (e. g. hipertensión), las consecuencias de la falta de adhesión al tratamiento son muy negativas en las esferas física, psicológica y social de los clientes, además de derivar en un coste importante para la sociedad. Por tanto, el incumplimiento y no seguimiento de las prescripciones genera unos costes personales importantes, en especial, en la calidad de vida que puede gozar la persona. Pero, además, se está produciendo una mala utilización de los servicios de salud, con el consiguiente e innecesario incremento de los costes sanitarios. Por contra, la adherencia a las prescripciones de

los clínicos evitaría visitas innecesarias de los sujetos a los ambulatorios, hospitalizaciones innecesarias, etc.

Aportes de la Psicología de la Salud

Algunas de las contribuciones de la Psicología de la Salud en el campo del desarrollo humano se refieren a (Oblitas, 2004b, 2005, 2006b, 2007):

Salud infantil

Respecto a los tipos de intervención que llevan a cabo los psicólogos dedicados a la Psicología de la Salud infantil, se han identificado siete formas generales:

1. **Intervención casi-médica:** los psicólogos en el cuidado de la salud se han visto implicados en formas de intervención orgánica o cuasi-médica y posiblemente han empleado técnicas que requieren algún tipo de medicación que altera químicamente el funcionamiento del organismo. Otros métodos de intervención que afectan de forma directa el cuerpo incluyen el condicionamiento aversivo y el biofeedback. Finalmente existen prescripciones químicas, tales como el uso de supositorios y/o antieméticos.
2. **Intervención conductual:** las terapias conductuales generalmente son más eficientes respecto de otras alternativas en el tratamiento de problemas médico-psicológicos. Las técnicas de terapia conductual se han manifestado como la mejor forma de intervención en una gran variedad de desórdenes como enuresis, obesidad, anorexia nerviosa, vómitos psicogenéticos, renuencia a la medicación oral, entre otros.
3. **Intervención en la manipulación del medio:** otro fenómeno que caracteriza el proceso de tratamiento en el área de la Psicología de la Salud infantil ha sido con seguridad el reordenamiento del

medio del paciente. Las modificaciones se pueden llevar a cabo en el hogar, el hospital, las salas de tratamiento y, algunas veces, la escuela.

4. Organizaciones de auto ayuda: este tipo de organizaciones pueden ser anónimas y responden a diferentes objetivos, todos ellos relacionados con buscar redes de apoyo para pacientes y familiares.
5. Métodos *mass media*: estos métodos han sido llevados a cabo a través de programas televisivos, revistas mensuales e incluso grabaciones de audio. Los tópicos presentados a través de estos métodos pueden incluir información general sobre manejo de niños, aspectos del desarrollo normal del mismo o problemas específicos de interés.
6. Intervención del desarrollo: la psicología al cuidado de la salud infantil ha añadido a su área la estimulación temprana o la intervención del desarrollo. Las intervenciones psicológicas pueden tomar diversas formas dependiendo de los problemas a tratar, pudiendo incluir: a) problemas prenatales, b) gestación corta o bajo peso al nacer, c) defectos de nacimiento, d) enfermedades durante la infancia, e) crianza en un ambiente de privación, y f) desfase sensoriomotor.
7. Técnicas de consentimiento: están referidas principalmente a la necesidad de una adherencia terapéutica adecuada. La variedad de métodos de consentimiento es creciente e incluye: a) adiestrar al padre o al paciente considerando la forma del régimen del tratamiento, b) alterar el régimen para ajustar la rutina diaria del paciente, y c) utilizar técnicas de modelamiento.

Comportamientos de seguridad

Las tasas de muerte por accidentes persisten como la tercera causa de muerte en los países desarrollados. La mayor parte de los accidentes podrían ser evitados, pues la mayoría de ellos son ocasionados por la conducta de los individuos. Comportamientos inapropiados en el manejo de automóviles, medicamentos, armas blancas y de fuego, sustancias

tóxicas, fuego, etc., son una fuente considerable de lesiones. Aproximadamente las dos terceras partes de las muertes por accidente no son intencionadas. La mayor parte de las lesiones se deben a los accidentes automovilísticos y a los ocurridos por fuego.

Si excluimos el primer año de vida, las lesiones se convierten en la causa principal de muerte durante las primeras cuatro décadas de vida del individuo. La mitad de las muertes en los niños y adolescentes también se deben a los accidentes. Se pierden más años de trabajo por lesiones y muerte relacionadas con los accidentes que por ninguna otra causa. Los jóvenes, los pobres y las personas de edad avanzada sufren más lesiones que el resto de la población. Los mineros y los trabajadores de industrias y agrícolas son el colectivo que presenta un mayor número de lesiones incapacitantes.

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

Ahora bien, la mayor parte de estos accidentes pueden evitarse y es posible que muchas de las lesiones derivadas de los mismos se eliminen o, por lo menos, se reduzcan, adoptando cuatro medidas generales de prevención: a) eliminar los agentes físicos (e. g. armas de fuego), b) reducir la cantidad del agente (e. g. velocidad de los vehículos), c) evitar la liberación del agente (e. g. dispositivos de sujeción en los vehículos), y d) cambiar superficies, estructuras o productos peligrosos (e. g. automóviles). Nosotros creemos que un objetivo específico de la Psicología de la Salud es lograr un cambio conductual en todas estas prácticas, en la dirección de promover el uso del cinturón de seguridad en los automóviles, reducir la exposición de los niños a factores de riesgo, etc.

Tabaquismo

Desde la aparición de las técnicas conductuales, las técnicas más empleadas son los procedimientos aversivos (fumar rápido, saciación, fumar aversivo regular, retener el humo, sensibilización encubierta, shock eléctrico), autoadvertencia, relajación, control de estímulos, reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, fumar controlado, así como el manejo de contingencias, la desensibilización sistemática, la terapia de estimulación ambiental restringida, los contratos de contingencias, los métodos de automanejo y autocontrol, y los programas multicomponentes. De todas estas, los datos sugieren que las que han demostrado una mayor eficacia y, consiguientemente, las que más se utilizan son: la técnica de fumar rápido, la técnica de retener el humo, la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán y, finalmente, los programas multicomponentes (Becoña, Vázquez & Oblitas, 1995). Los tratamientos médicos (sustitutivos de la nicotina) no ofrecen mayor eficacia que los tratamientos psicológicos disponibles. Por el contrario, pueden generar importantes pérdidas de eficacia a lo largo del tiempo. Además, las terapias farmacológicas arrojan cifras de eficacia parecidas a las terapias con una sustancia placebo. Ello lleva a pensar que estas terapias podrían resultar útiles para un porcentaje de fumadores que tengan la expectativa de que es posible dejar de fumar si toman algún tipo de medicamento. La Psicología de la Salud aporta a este campo más ventajas añadidas, como son la ausencia de efectos secundarios, la menor tasa de abandono, el fortalecimiento de la autoestima, el sentido de implicación en el cambio frente a la dependencia de un medicamento para cambiar el comportamiento y un menor coste económico.

Alcohol

A pesar de que algunos autores conceptualizaron como crónico el abuso y/o dependencia del alcohol, hoy se dispone de tratamientos eficaces para hacerle frente. Podemos decir que las estrategias que resultan

más eficaces son los programas llevados a cabo desde la familia (fundamentalmente a través del entrenamiento a padres en habilidades de comunicación y resolución de conflictos) y desde la escuela (a través del entrenamiento a profesores en habilidades de detección de casos de riesgo, derivación, entrenamiento en competencia social a los chicos y programas para fomentar una mayor implicación de estos en la escuela). Intervenir en estos ámbitos (familia y escuela) parece potenciar las estrategias para reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de resistencia.

Consumo de drogas

Uno de los tres problemas que más preocupan a nuestros ciudadanos son las drogas. En la sociedad actual el uso de drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, etc.) y legales (alcohol, tabaco y drogas de prescripción) es un fenómeno que ha adquirido gran relevancia. Estas sustancias son una fuente de problemas de salud, dando lugar a diferentes clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, etc. Una de las muchas clasificaciones existentes en el ámbito de las drogodependencias contempla la diferenciación entre drogas legales e ilegales. Las sustancias legales son aquellas cuya venta y consumo está permitido por la ley. El tabaco y el alcohol son el ejemplo por excelencia de esta categoría de drogas institucionalizadas, además de ser las más consumidas por la población y las que generan más problemas sociosanitarios. Sin lugar a dudas, son la principal causa de muerte prevenible en el mundo, con un total de tres millones de defunciones al año, más que la suma de las producidas por el alcohol, las drogas ilegales, los homicidios, los suicidios, los accidentes de coche y el SIDA juntos.

Por el contrario, la venta y el consumo de drogas ilegales carecen de reconocimiento legal. En los últimos años, este tipo de drogas han creado muchos problemas serios en nuestro medio. Los problemas, sin embargo, son principalmente de índole social y no relacionados con la salud física. La gente que muere como consecuencia de los efectos de

las drogas ilegales es muy poca, si la comparamos con la generada por el tabaco y el alcohol. Tanto las drogas legales como las ilegales representan un peligro potencial para la salud. Sin embargo, las drogas ilegales presentan ciertos riesgos a diferencia de las legales, sin tener en cuenta los efectos farmacológicos. Por ejemplo, estas sustancias pueden ser vendidas como un tipo de droga cuando realmente son otra, contienen otro tipo de sustancias que pueden ser por sí mismas peligrosas para la salud, no se toman medidas higiénicas durante su administración, el consumidor no tiene asegurada la dosis por motivos económicos o de demanda, y un largo etcétera. También son un foco de problemas de índole social, pues los consumidores producen inseguridad ciudadana, tráfico de drogas, crímenes, robos, etc. Otros problemas importantes que generan las mismas son de tipo laboral y económico.

Sexo

Cada año millones de personas, la mayoría de ellos jóvenes, contraen enfermedades transmitidas sexualmente (e. g. gonorrea, herpes). Estas enfermedades han sido siempre potencialmente peligrosas, pero durante los últimos 40 años la mayoría pueden ser tratadas eficazmente. Sin embargo, en la década de los años 80 la irrupción en escena del SIDA cambió completamente el panorama. El SIDA consiste en la presentación de una o varias enfermedades (e. g. sarcoma de Kaposi) como consecuencia de la infección previa producida por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Además, en pacientes afectados, el SIDA es una enfermedad contagiosa debida precisamente al virus VIH. Este se encuentra en numerosos fluidos humanos, aunque solo en algunos (e. g. semen, secreciones vaginales) presenta una concentración suficiente como para provocar una infección.

Rápidamente se observó que la amplia mayoría de infecciones VIH se habían producido a través de la transmisión sexual, pues las mínúsculas lesiones que se producen durante la penetración (vaginal y anal) y otras prácticas sexuales (e. g. buco-genitales) facilitaban que el virus VIH pasara a través del semen y de las secreciones vaginales a la corrien-

te sanguínea de la pareja. Además, factores tales como las relaciones promiscuas, no usar preservativos, la penetración anal o el contacto buco-genital, incrementan el riesgo de adquirir dicha infección. La clara evidencia de la transmisión sexual del VIH ha producido un vuelco en la concepción del manejo de este tipo de enfermedades. La única vía alternativa en estos momentos para luchar contra esta enfermedad es la prevención a través de comportamientos que minimicen el riesgo (e. g. usar preservativos, mantener relaciones monogámicas).

Uno de los problemas más preocupantes a los que debe hacer frente nuestra sociedad es el de los embarazos no deseados, en concreto, en el colectivo de las adolescentes. Un embarazo no deseado en una adolescente supone un serio problema para ella, su futuro hijo, sus padres, sus amigos y los servicios sanitarios y educativos. Aunque en las dos últimas décadas se ha reducido de modo evidente el número total de nacimientos en las jóvenes menores de 20 años, todavía los porcentajes siguen siendo especialmente altos. Si bien es cierto que muchos padres adolescentes adoptan decisiones responsables en caso de embarazo y proporcionan a sus hijos un buen cuidado prenatal y obstétrico, muchos otros no lo hacen. Esto es, un gran número de embarazos no deseados se acompañan de una incidencia desproporcionada de mortalidad infantil, descuido y maltrato a los niños, terminando aproximadamente 4 de cada 10 de estos embarazos en aborto o muerte.

Las madres adolescentes tienen un riesgo dos veces mayor de tener anemia, preclampsia y complicaciones durante el parto, además de un mayor riesgo de mortalidad durante el mismo. Por otra parte, los hijos de madres adolescentes presentan una tasa de morbilidad y mortalidad dos veces mayor que los bebés de las madres adultas, corriendo el riesgo de experimentar más malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia y parálisis cerebral. Por si fuera poco, tanto los padres como sus hijos tienen que afrontar a corto, mediano y largo plazo una serie de adversidades sociales, legales, psicológicas, educativas y económicas.

Psicología de la Salud y las enfermedades

En la actualidad las principales áreas de aplicación de la Psicología de la Salud están relacionadas al tratamiento de (Oblitas, 2004a, 2005, 2006a, 2007):

Cáncer

La psico-oncología es una sub-especialidad de la oncología enmarcada en el campo de la Psicología Clínica y de la Salud que pretende los siguientes objetivos fundamentales: a) la prevención primaria, detectando e interviniendo sobre los factores psicosociales que pudieran estar influyendo en el origen del cáncer; b) la prevención secundaria, detectando e interviniendo sobre los factores psicológicos más importantes que pueden facilitar una detección precoz del cáncer; c) la intervención terapéutica, la rehabilitación y/o los cuidados paliativos, interviniendo en la respuesta emocional de los pacientes, los familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares) en todas las diferentes fases de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, intervalo libre, recidiva, enfermedad avanzada y terminal, fase de duelo o remisión) con el objetivo de mantener o recuperar la calidad de vida (en los niveles de sintomatología física, autonomía y hábitos cotidianos, nivel familiar y social y nivel psicológico-emocional) que está siendo afectada por la enfermedad o su tratamiento; d) la investigación: como en el resto de campos, los estudios científicos en psico-oncología son fundamentales para avanzar en el desarrollo de protocolos de evaluación e intervención más eficaces y eficientes; la terapia psicológica ha demostrado su eficacia para reducir la alteración emocional y mejorar la adaptación a las nuevas situaciones, facilitar el paso por la enfermedad con un menor desgaste psicológico, y contribuir a una mayor recuperación a nivel físico, psicológico y social.

Dolor crónico

Se describe el dolor como una experiencia tridimensional, dividida en sensorial, afectiva y cognitiva. La dimensión sensorial se corresponde con el *input* sensorial que da origen a la experiencia del dolor. Es el pinchazo de una aguja o el espasmo vascular o la tensión muscular. La dimensión afectiva supone una integración superior de esa información a nivel intermedio. Implica una inicial caracterización emocional del dolor, con implicaciones comportamentales de acercamiento o alejamiento a las situaciones ligadas a la estimulación dolorosa. Finalmente, la dimensión cognitiva recoge el aspecto superior de integración de la experiencia de dolor y se encuentra más cerca de la experiencia subjetiva de dolor que el resto de las dimensiones.

La mayoría de estudios coinciden en señalar la necesidad de un abordaje del dolor crónico desde una perspectiva multidimensional, teniendo en cuenta todas sus dimensiones. Así, los programas conductuales y cognitivo-conductuales son considerados actualmente como herramientas eficaces para controlar el dolor crónico (Van der Hofstadt & Quiles, 2001), atendiendo a diversas medidas de resultados (reducción del dolor, incremento de la movilidad física, y mejora del estado afectivo y cognitivo). Se reconoce la importancia de los elementos y las técnicas cognitivas en el manejo del dolor, cuyo abordaje acapara actualmente gran parte de la investigación psicológica en dolor crónico (Keefe, Brown, Wallston & Caldwell, 1989; Sharp, 2001). Sin embargo, aun no existe claridad sobre cuáles son los principios activos responsables del éxito de los tratamientos (Fishbein et al., 2001).

A pesar de la gran cantidad de tipos de dolor y programas cognitivo-conductuales que existen para su abordaje, uno que ha demostrado su valía es el Programa de Tratamiento de Philips (1991). Este programa está estructurado para ser aplicado a lo largo de nueve sesiones semanales. El contenido de cada una de las sesiones puede incluirse en cuatro apartados: a) información e instrucción al paciente sobre las posibilidades de control del dolor, b) introducción y práctica de estrategias

terapéuticas concretas, c) tareas a realizar durante la semana, y d) revisión de estas en la consulta.

Trastornos cardiovasculares

La Psicología de la Salud en el campo de los trastornos cardiovasculares interviene tanto en los factores de riesgo como en el tratamiento farmacológico o psicológico, mejorando la adherencia a las medidas terapéuticas. Con respecto a la intervención preventiva en la enfermedad coronaria, es importante centrar el interés en la evaluación y modificación de diversos aspectos del comportamiento del paciente, en concreto en aquellos relacionados con los factores de riesgo biomédicos y conductuales, como pueden ser la alimentación rica en grasas, el sobrepeso, el abuso de tabaco y alcohol, la falta de ejercicio físico, la hipertensión y la presencia del patrón de conducta tipo A.

Con respecto a los programas de intervención, se recomienda incluir los siguientes módulos:

- Módulo de evaluación psicológica: prestando especial interés a los niveles de ansiedad y depresión. Igualmente es necesario la evaluación de los componentes tipo A y estilos de afrontamiento.
- Módulo de tratamiento individual: funciona como un apoyo a los restantes módulos específicos. Se establece como una tutoría que dirige su intervención.
- Módulo de adherencia al tratamiento: tiene como objetivos preparar al paciente para las intervenciones médicas dolorosas, preparar al paciente para las intervenciones quirúrgicas y períodos de post-operatorio, y aumentar el seguimiento de los medicamentos farmacológicos.
- Módulo de reinserción social: se aplica cuando se han sufrido fuertes incapacidades como resultado del proceso de la enfermedad coronaria. Es importante considerar aspectos laborales y sexuales junto a los demás contenidos de cualquier programa de inserción social.

Trastornos del sueño

El insomnio tiene una serie de consecuencias en la vida del individuo, tales como síntomas de irritabilidad, falta de energía, depresión, etc. Por otro lado las personas con insomnio suelen reportar un mayor número de problemas múltiples persistentes y recurrentes de salud general. En este sentido, los trastornos del sueño constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de otros problemas psicológicos, médicos o sociales tales como deterioro funcional, alteraciones del estado de ánimo o problemas cardiovasculares. Respecto al tratamiento, la mayoría de trastornos del sueño han recibido una atención insuficiente, por lo que el desarrollo de técnicas eficaces es escaso. En cualquier caso, existen tratamientos psicológicos empíricamente validados para el insomnio y, en alguna medida, para las pesadillas.

En el caso del insomnio, las técnicas que han demostrado su eficacia son la relajación progresiva, la terapia de control de estímulos, la intención paradójica y los programas multicomponentes. En los últimos años también se han aplicado otras intervenciones alternativas, tales como la reducción de peso, el abandono del consumo de alcohol o tabaco, o los cambios en la postura del cuerpo durante el sueño, observándose una mejoría en la sintomatología diurna y nocturna y una mejor aceptación de la terapia por parte del afectado (Miró, Sánchez & Buéla-Casal, 2003).

Asma bronquial

Tanto variables cognitivas como emocionales y comportamentales desempeñan un importante papel en la evolución de la enfermedad asmática. Así, el psicólogo de la salud en este campo debe hacerse cargo de variables cognitivas, tales como facilitar una información correcta de la enfermedad y fomentar un apropiado estado de alerta y una comprensión adecuada del tratamiento, para que los pacientes se sientan más preparados, afronten la enfermedad más positivamente y se adhieran mejor al tratamiento. También tendrá que atender a las múltiples

relaciones entre variables emocionales y asma, y a las variables conductuales, tales como hábitos de conducta no saludables como por fumar, el ejercicio físico arduo, etc.

El objetivo último es el control de la ansiedad y la depresión, la mejora de estilos de afrontamiento, la mejora de la capacidad de percepción de los síntomas asmáticos y la reducción/eliminación de las conductas no saludables. Entre las técnicas que han mostrado su utilidad para conseguir estos objetivos se encuentran los programas de automanejo en pacientes con asma severa o pobremente controlada y las técnicas de relajación en pacientes con un componente emocional asociado a la evolución del trastorno.

VIIH / SIDA

En este caso, el psicólogo de la salud tiene como una de las principales áreas de actuación la prevención primaria, cuyo objetivo es intervenir sobre los mecanismos de transmisión que son comportamientos que pueden evitarse. También se trabaja en la prevención secundaria y terciaria, es decir, en la detección precoz, la prevención de la reinfección y de infecciones oportunistas y la potenciación del autocuidado. Un área relacionada con lo anterior es la intervención para mejorar la adherencia al tratamiento con antirretrovirales y el afrontamiento de los efectos secundarios (e. g. la lipodistrofia) que, como es bien sabido, es uno de los principales problemas para incumplir las prescripciones médicas.

Otra área de acción es el afrontamiento del impacto emocional que supone el diagnóstico de seropositividad. Cada vez es más necesaria la intervención neuropsicológica en el deterioro cognitivo asociado a la propia cronificación de la enfermedad gracias al aumento de la edad media de esperanza de vida. No obstante, la enfermedad sigue estando asociada a la muerte en un alto porcentaje de afectados, por lo que el acompañamiento en el proceso de morir y en el proceso de duelo del entorno es otro objetivo de la Psicología de la Salud.

Por tanto, podemos dividir en dos grandes grupos las áreas de actuación en la infección por VIH. Respecto a la prevención primaria, las intervenciones más eficaces parecen ser aquellas que combinan información con entrenamiento en habilidades. En relación con las personas ya seropositivas al VIH, las intervenciones se dirigen a varios objetivos: a) mejorar el estado emocional de los afectados, para lo cual la combinación de información y técnicas cognitivo-conductuales parece tener una demostrada solidez; b) mejorar la adhesión al tratamiento antirretroviral; c) el entorno de la persona enferma; y d) mejorar los déficits neuropsicológicos. De estos objetivos, los tres últimos se caracterizan por una escasez de estudios, aunque constituirán campos de desarrollo en el futuro.

Diabetes

Investigaciones recientes (Amigo, Fernández & Pérez, 2003) apoyan la existencia de una relación entre diferentes factores psicológicos y la diabetes mellitus. El primero de estos factores hace referencia al impacto psicológico de esta enfermedad en los afectados, habiéndose llegado a afirmar que los diabéticos presentan mayor prevalencia de ciertos trastornos psicológicos frente a la población normal, si bien el alcance de los estudios es relativo. Otra de las asociaciones frecuentes entre este trastorno y los aspectos psicológicos ha sido la influencia de las situaciones estresantes y las estrategias de afrontamiento de estos estresores en el control metabólico de la diabetes. Una última necesidad de intervención son los problemas de adherencia al tratamiento que se presentan a cualquier edad, pero principalmente en adolescentes y jóvenes, que por diferentes motivos pueden llegar a reaccionar negando u ocultando su enfermedad, exponiéndose a riesgos o accidentes graves.

Por lo tanto, la Psicología de la Salud en el caso de diabetes tiene muchos ámbitos de aplicación. Así, existen intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento, para amortiguar o mejorar el impacto del diagnóstico y el afrontamiento de la enfermedad, para controlar los episodios hipoglucémicos y el autocontrol glucémico y, por último,

para intervenir sobre los trastornos psicológicos que pueden acompañar a esta enfermedad.

Fibromialgia

Se cree que la fibromialgia es un trastorno de los mecanismos de percepción del dolor que condiciona una hiperalgesia a estímulos mecánicos. Las causas por las que esto ocurre son desconocidas y probablemente multifactoriales. Desde el punto de vista de la Psicología de la Salud, existe unanimidad en la literatura científica con relación a la existencia de factores psicológicos y sociales en el proceso fibromiálgico (Miralles, Otin & Rojo, 2003). De este modo, el cuadro clínico incluye sentimientos de tristeza, así como ansiedad, fatiga, insomnio, irritabilidad o falta de concentración. Otros síntomas son la apatía, la hipocondría, las cefaleas, la dispepsia y la preocupación por la normalidad de las funciones fisiológicas. Cuando se realizan pruebas psicométricas se obtienen altas puntuaciones en las escalas de depresión, hipocondriasis y somatización, y es frecuente la comorbilidad con otras enfermedades médicas con acreditado contenido psicológico como el síndrome del intestino irritable, la migraña, los problemas de sensibilización alérgica y, en especial, el síndrome de fatiga crónica (Miralles et al.).

Respecto al tratamiento de esta enfermedad, se han utilizado tanto tratamientos unimodales como multicomponentes. Los primeros se han centrado sobre todo en la reducción de la ansiedad y el estrés presentes en la fibromialgia mediante la aplicación de técnicas relacionadas con la relajación, tales como la relajación progresiva, la hipnosis y el masaje. Por su parte, los tratamientos multicomponentes, además del control de la ansiedad y el estrés, se han dirigido a enseñar técnicas de afrontamiento para reducir la intensidad del dolor, disminuir las conductas de dolor, reducir los pensamientos negativos y reducir la percepción de indefensión y descontrol de la situación. La combinación de técnicas que parece más adecuada es el ejercicio, la educación y la discusión cognitiva, la reinterpretación del dolor, la imaginación y el biofeedback (Creemer, Singh, Hochberg & Berman, 2000).

Síndrome del intestino irritable

Se caracteriza por episodios recurrentes de dolor abdominal, estreñimiento y diarrea, en ausencia de anormalidades estructurales detectables. Las hipótesis sobre su etiología son variadas aunque se sabe que los factores psicológicos tienen un papel importante. Según algunos de los trabajos publicados, hasta el 70% de los pacientes cumple criterios para algún trastorno psiquiátrico, siendo los trastornos de ansiedad y los depresivos los más frecuentes (Miralles et al., 2003). Por lo tanto, en su tratamiento se deben combinar aspectos médicos y psiquiátricos. La literatura especializada proporciona evidencias acerca de la superioridad del abordaje psicológico frente al médico.

Así pues, por lo que respecta a la intervención psicológica en el síndrome de intestino irritable, las técnicas de control de ansiedad y estrés propias de la terapia de conducta en un formato multicomponente han demostrado que son eficaces para reducir y eliminar la sintomatología característica de este trastorno. El manejo de contingencias está bien justificado cuando la ocurrencia sintomática tiene un carácter operante. La hipnosis y el biofeedback también han demostrado su utilidad, aunque en el caso de la hipnosis los mecanismos de su acción aún no se han explicitado. También se han realizado aproximaciones desde la psicoterapia de orientación dinámica.

Trastornos neurológicos

Entre los trastornos neurológicos, los dolores de cabeza han recibido la mayor atención por parte de la literatura especializada. La intervención conductual sobre la base de técnicas de relajación y/o biofeedback ha demostrado una clara y notable efectividad en el alivio de este problema (Pérez, Fernández, Fernández & Amigo, 2003).

Concretamente, por la amplitud de su uso y su eficacia, destacan el entrenamiento en relajación muscular y el biofeedback. Ambas técnicas han demostrado su eficacia en el tratamiento de la cefalea tensional y la migraña, si bien en el segundo subtipo la combinación

del biofeedback de temperatura y la relajación es el tratamiento más efectivo.

Estrategias de intervención

A continuación se indican diferentes procedimientos terapéuticos que se utilizan en esta área (Oblitas, 2004b, 2005, 2006b, 2007):

1. Auto-registros y análisis de la conducta: consiste en la auto-observación y el registro cuantitativo de la emoción negativa en una gráfica colocada en un lugar que esté a la vista, así como el análisis funcional de la conducta emocional problema (análisis cualitativo), para identificar las causas y consecuencias, y luego intervenir sobre los factores conductuales que desencadenan y mantienen la emoción negativa. Siempre que se mide una conducta emocional se da un proceso de retroalimentación que modifica la misma. Por ejemplo, se puede contar y registrar durante una semana la conducta de enojarse y graficarla (línea base), y luego continuar con el auto-registro hasta notar cambios significativos.
2. Meditación: implica la focalización de la atención en el momento presente, el cultivo de la receptividad observando los propios pensamientos y sentimientos, no juzgando, dejando de lado el pasado y las expectativas futuras, las ideas preconcebidas,. Se ha considerado el efecto *rasgo* que puede tener la práctica meditativa en los procesos atencionales, es decir, cambios psicofisiológicos estables beneficiosos. Se puede empezar la meditación focalizando la atención en el propio ritmo respiratorio durante 3 minutos la primera semana, y luego incrementar 3 minutos más cada semana, procurando estar cómodo y en un ambiente sin interrupciones. En esencia es una actividad de distracción cognitiva que produce quietud, descanso y tranquilidad emocional.
3. Terapias de relajación psicofisiológica: contribuyen a un estado de bienestar y crean condiciones favorables para estar bien, anulando

la ansiedad y el miedo. La respiración abdominal (concentrarse en la inspiración y espiración), la relajación muscular profunda (tensar fuerte y soltar despacio los segmentos musculares desde la cabeza hasta los pies), la relajación autógena (visualizar sensaciones de pesadez y calor agradables en todo el cuerpo) y la retroalimentación biológica (sentir y contar el ritmo cardiaco, el respiratorio, etc.) reducen la tensión y el estrés muscular.

4. Ejercicios de imaginación (visualización) dirigida o receptiva: las imágenes de ambientes naturales como bosques, montañas y lagos, son especialmente efectivas para evocar sentimientos positivos en la gente, anulando estados disfóricos. Ocurre lo mismo con la visualización de experiencias de logro, experiencias pasadas agradables, etc. Las imágenes positivas inducen percepciones, emociones y conductas positivas.
5. Ejercicio físico: está científicamente fundamentada la importancia benéfica del ejercicio físico en los casos de depresión, estados de ansiedad, etc. y su importancia para la promoción de procesos emocionales saludables. Se puede empezar con 5 minutos de caminata o trote diario y cada semana agregar 5 minutos más, hasta completar 20 minutos al mes. Se pueden intercalar dos o tres actividades físicas como caminar, ir al gimnasio y montar bicicleta. Se escoge una fecha para empezar y una misma hora, y se selecciona una actividad física agradable y accesible.
6. Alimentación balanceada: debe comerse de todo un poco, es decir, carne, pescado, pollo, verduras, frutas, agua, ensaladas, en forma combinada y alterna, sin enfatizar en un solo tipo de producto, por ejemplo, las carnes. Se fija una fecha para empezar el gran cambio y se empieza con cambios menores y graduales. Se introduce el consumo de pollo un día a la semana, a la siguiente semana se agrega pescado, la siguiente pollo y pescado, además de carne, luego ensaladas y posteriormente frutas. De forma análoga, se va descontinuuando la alimentación *chatarra* como hamburguesas, papas fritas, refrescos de cola, confetis, etc.

7. Sueño adecuado: dormir bien durante 7 a 8 horas, evitando las distracciones y factores perturbadores del sueño. Mantener buenos hábitos antes de dormir como comer alimentos ligeros y relajarse antes del sueño. En lugar de ver la televisión, leer un libro o una revista, escuchar música, no platicar con la pareja. Es mejor eliminar el aparato de TV, radio o PC del dormitorio. Mantener la habitación limpia, ordenada y bien ventilada.
8. Fomento del sentido del humor y la risa: 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 solo la memoria es afectada por el humor, sino también el comportamiento. 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. Para sentirnos bien hay que pensar en recuerdos agradables durante 5 minutos, primero una vez a la semana, y luego ir agregando un ensayo más por semana, hasta convertirlo en una práctica habitual. Igualmente, para reír podemos ayudarnos recordando anécdotas de nuestra vida, leyendo historietas, consultando páginas de buen humor en el Internet, etc.
9. Actividades estéticas y culturales: realizar actividades como pintar, escribir, oír música, bailar, ver videos sobre algún tema de interés, tocar un instrumento musical, asistir a conciertos y exposiciones, etc. Ayudan también las clases particulares, ya sea de algún instrumento o apreciación del arte, y luego la práctica en casa no solamente se convertirá en un excelente distractor sino también en una actividad estimulante para el cerebro y relajante para el comportamiento.
10. Reestructuración cognitiva: se trata de realizar una *reingeniería* cognitiva en los patrones y estilos de pensamiento irracionales, como creencias equivocadas con respecto a la vida, la familia, el trabajo y la salud, etc., con el propósito de contrastarlas con la

realidad para verificar su objetividad y fundamento. Una de las técnicas principales de la terapia cognitiva es la de las cuatro columnas, donde las tres primeras permiten analizar el proceso por el cual una persona ha llegado a estar ansiosa o deprimida. La primera columna registra la situación objetiva, en la segunda se escriben los pensamientos negativos que se le ocurrieron, y la tercera columna registra los sentimientos negativos y las conductas disfuncionales que resultaron de ellos. Los pensamientos negativos de la segunda columna se consideran un puente que conecta la situación con los sentimientos angustiantes. Finalmente, la cuarta columna se discute y cuestiona la validez de las cogniciones.

El futuro de la Psicología de la Salud

El futuro de la Psicología de la Salud se encuentra en la investigación básica y aplicada de los factores conductuales que están involucrados en los principales problemas de salud: trastornos de ansiedad, depresión, estrés postraumático, sueño, alimentarios y adictivos, cardiovasculares, cáncer, diabetes, VIH SIDA, Alzheimer, fibromialgia, síndrome del intestino irritable, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc., en particular en las actividades de evaluación, prevención e intervención psicológica, con una perspectiva cognitiva, emocional y conductual, interdisciplinaria e integracionista, basada en evidencias empíricas. El futuro de la psicología, como ciencia y profesión, está en el tema de la salud, en términos de fomento del bienestar y la salud y el control de los factores psicológicos que inciden en la enfermedad.

Los principales programas de pregrado y posgrado en psicología en América Latina se encuentran adecuadamente encaminados. Sin embargo, se podría mejorar significativamente si se utilizan más revistas especializadas en psicología, libros actualizados, enfoques psicológicos basados en evidencias, se realiza un énfasis en la investigación empírica y en función de los principales problemas psicosociales. Con respecto

a los programas de posgrado en particular, su énfasis debería estar en la investigación para resolver problemas de salud de la comunidad.

La investigación, la producción editorial y los certámenes científicos se han incrementado en forma significativa, y ello se ha debido a la producción de revistas y a los estímulos que los psicólogos académicos de la salud reciben de parte de sus instituciones, y lo mismo se ha visto en la producción de títulos en el área.

Conclusiones

1. Cada vez más se demuestra la evidente relación que existe entre comportamiento, salud y enfermedad, es decir, las personas gozan de salud y padecen de enfermedad por la calidad de sus cogniciones, emociones y conductas.
2. El área de la psicología contemporánea más propicia para estudiar los procesos psicológicos de la salud y la enfermedad es la Psicología de la Salud.
3. El papel de los psicólogos de la salud está en el diseño de instrumentos para medir las conductas de riesgo para la salud, la creación de programas de prevención y promoción de la salud y el desarrollo de estrategias de intervención para el manejo de los aspectos psicológicos de la enfermedad.
4. Los aspectos comportamentales de la nutrición balanceada, la práctica regular de ejercicio, la calidad del sueño, el pensamiento racional, las emociones positivas y las cálidas relaciones interpersonales tienen un impacto significativo en la salud.
5. El afrontamiento adecuado de la ansiedad, la depresión y el estrés, la optimización del apoyo social, el aprendizaje de nuevas estrategias para la solución de problemas, el beneficio de la práctica de actividades estéticas, culturales y recreativas, la reestructuración cognitiva, social y ambiental, etc., contribuyen a un mejor manejo psicológico de la enfermedad.

Referencias

- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud* (2a. ed.). Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., Vázquez, F. & Oblitas, L. (1995). Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud. *Psicología Contemporánea*, 2, 4-15.
- Belloch, A. & Olabarría, B. (1993). El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Clínica y Salud*, 4, 181-190.
- Creemer, P., Singh, B., Hochberg, M. & Berman, B. (2000). Sustained improvement produced by nonpharmacologic intervention in fibromialgia: Results of a pilot study. *Arthritis Care and Research*, 13, 198-204.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Fishbein, M., Triandis, H., Kanfer, F., Becker, M., Middlestadt, S. & Eichler, A. (2001). Factors influencing behavior and behavior change. En A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 3-17). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Heman, A. & Oblitas, L. (2005). *Terapia cognitivo conductual. La contribución iberoamericana*. Bogotá: PSICOM.
- Keefe, F., Brown, G., Wallston, K. & Caldwell, D. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: Catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, 37(1), 51-56.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). The stress concept in the life sciences. En R. Lazarus & S. Folkman (Eds.), *Stress, appraisal and coping* (pp. 1-21). Nueva York: Springer.
- Matarazzo, J. (1984). Behavioral health: A 1990 challenge for the health sciences professions. En J. Matarazzo, S. Weiss, H. Herd, N. Miller & S. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 3-40). Nueva York: Wiley.

- Miralles, L., Otin, R. & Rojo, J. (2003). Factores psicológicos que afectan al estado físico. *Medicine*, 8, 5654-5664.
- Miró, E., Sánchez, A. & Buela-Casal, G. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos del sueño. En M. Pérez, J. Fernández, C. Fernández & I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud* (pp. 255-286). Madrid: Pirámide.
- Oblitas, L. (2004a). *Cómo hacer psicoterapia. 22 enfoques psicoterapéuticos contemporáneos* (4a. ed.). Bogotá: PSICOM.
- Oblitas, L. (2004b). *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria* (2a. ed.). Bogotá: PSICOM.
- Oblitas, L. (2005). *Atlas de psicología de la salud*. Bogotá: PSICOM.
- Oblitas, L. (2006a). *Psicología de la salud* (2a. ed.). México: Plaza y Valdés.
- Oblitas, L. (2006b). *Psicología de la salud y calidad de vida* (2a. ed.). México: Thomson.
- Oblitas, L. (2006c). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. Bogotá: PSICOM.
- Oblitas, L. (2007). *Enciclopedia de psicología de la salud*. Bogotá: PSICOM.
- Organización Mundial de la Salud. (1974). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Autor.
- Osorio, M. & Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud infantil*. Bogotá: PSICOM.
- Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C. & Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II: Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Philips, H. (1991). *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Pirámide.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Sharp, T. (2001). Chronic pain. *Behavior Research and Therapy*, 39, 787-800.

Van der Hofstadt, C. & Quiles, M. (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8(7), 503-510.

Recibido el 21 de diciembre, 2007

Aceptado el 7 de agosto, 2008

Información para autores

La *Revista de Psicología* de la Pontificia Universidad Católica del Perú se propone publicar artículos originales relacionados con la psicología y basados en trabajos de investigación empírica, teórica y/o aplicada. Asimismo, recibirá contribuciones en la forma de revisiones de literatura y reseñas bibliográficas; notas sobre temas de interés científico, ético y profesional; información sobre eventos de importancia para la psicología y el desarrollo institucional en el Perú.

Los trabajos deben ser originales y no estar considerados para su publicación en otra revista. El contenido de los artículos publicados en la *Revista de Psicología* de la Pontificia Universidad Católica del Perú es responsabilidad exclusiva de sus autores.

Las contribuciones deben ser preparadas siguiendo las normas del Manual de Estilo de Publicaciones de la *American Psychological Association* (APA). En cuanto a la extensión de los artículos, se solicitan entre 15 y 30 páginas, escritas con fuente *Times New Roman* tamaño 11, a espacio y medio de interlineado.

La primera página debe incluir (a) título del artículo (máximo 12 palabras) en negrita; (b) nombre completo y afiliación institucional de cada autor; (c) breve currículum vitae, dirección postal y correo electrónico de cada autor (a pie de página); (d) resúmenes en castellano e inglés (máximo 120 palabras cada uno); (e) palabras clave en castellano e inglés. Se utiliza el inglés americano.

Todas las páginas del manuscrito deben ser numeradas en el extremo superior derecho. Los subtítulos deben ir en negritas, nunca en mayúsculas. Cada párrafo debe iniciarse con una sangría con tabulador.

Las referencias bibliográficas deben insertarse en el texto (nunca a pie de página) y deben ir alfabéticamente ordenadas al final del manuscrito bajo el subtítulo *Referencias*. El autor debe asegurarse de considerar solamente aquellas fuentes a las que se recurrió en la redacción del texto y no debe contemplar referencias adicionales que no hayan sido mencionadas en el texto. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

Referencia de texto:

Mönks, F. J., Ypenburg, I. H. & Blumen, S. (1997). *Nuestros niños son talentosos. Manual para padres y maestros*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Apellido, Inicial del nombre. (Año). *Título del libro en cursiva*. Ciudad de publicación: Editorial.

Capítulo dentro de texto:

Cueto, S. (2002). Desayuno escolar y rendimiento escolar. En E. Pollitt (Ed.), *Consecuencias de la desnutrición en el escolar peruano* (pp. 265-282). Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Apellido, Inicial del nombre. (Año).
Título del capítulo. En Inicial del nombre del editor. Apellido del editor (Ed. si es un solo editor, Eds. si son más de uno), *Título del libro en cursiva* (número del volumen si es más de uno, pp. página inicial-página final). Ciudad: Nombre de la editorial.

Artículo en revista científica:

Mantilla, C. & Sologuren, S. (2006).
Criterios para evaluar la eficiencia: hablan psicoterapeutas psicoanalíticos, conductuales cognitivos, racionales emotivos y psicoanalistas. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 24 (2), 223-266.

Apellido, Inicial del nombre. (Año).
Título del artículo. *Nombre de la revista en cursiva, volumen en cursiva* (año o semestre), página inicial-página final.

Las tablas y figuras deberán ir al final del documento y el autor indicará el lugar donde serán colocadas dentro del texto. La cantidad de tablas y figuras debe reducirse al mínimo necesario para exponer el tema adecuadamente.

La aceptación de los artículos se determinará según los informes de dos miembros del Comité Editorial expertos en el tema tratado. De haber desacuerdo considerable entre ellos, se apelaría a un tercer informe. Las contribuciones son seleccionadas sobre la base de su relevancia teórica y/o práctica. En general, antes que criterios metodológicos o epistemológicos rígidos, se considera el rigor con el cual se trata el tema.

Las contribuciones son publicadas en español e inglés con resúmenes en ambos idiomas.

El envío de contribuciones debe hacerse preferentemente por correo electrónico en archivo adjunto en formato Word 2000 o XP a revpsicologia@pucep.edu.pe. De lo contrario, enviar dos copias impresas del manuscrito y un CD en Word 2000 o XP a Dra. Cecilia Thorne, Departamento de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Apartado 1761, Lima 100-Perú

La *Revista de Psicología* es publicada dos veces al año en los meses de junio y diciembre por el Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú y se encuentra indexada en PsycINFO y Redalyc.

SE TERMINO DE IMPRIMIR
EN LOS TALLERES DE
EDITORIAL CORDILLERA S.A.C.
AV. GRAU 1430 - BARRANCO
SE UTILIZARON CARACTERES
ADOBE GARAMOND PRO EN 11 PUNTOS
PARA EL CUERPO DEL TEXTO
DICIEMBRE 2008 LIMA – PERÚ

Prototipos de liderazgo masculino y femenino en población militar

María Laura Lupano Perugini, Alejandro Castro Solano y
María Martina Casullo

El estado del arte de la psicología de la salud

Luis A. Oblitas

Perspectiva temporal futura en adolescentes institucionalizados

María Claudia Carcelén Velarde y Patricia Martínez U.

Detectando el perfil simulador en el MMPI-2: una propuesta basada en la investigación

Guadalupe Sánchez Crespo, Fernando Jiménez Gómez y
Amada Ampudia Rueda

Concepciones sobre la enseñanza de matemática en docentes de primaria de escuelas estatales

Giovanna Moreano, Ursula Asmad, Gustavo Cruz y Gisele Cuglievan

