



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**“SALUD PSICOLOGICA EN SUJETOS CON HIPOCONDRIA: UNA
PERSPECTIVA COGNITIVO – CONDUCTUAL EN EL SECTOR SALUD”**

TESIS EMPÍRICA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA A

PRAVEDIS GUTIÉRREZ MÓNICA.

REYES JIMÉNEZ ARACELI.

ASESORES:

MTRA. RAMIREZ GUERRERO ESTHER M. MARISELA.

MTRO. CORTES VÁZQUEZ ENRIQUE BERNABÉ.

LIC. ARRIAGA ABAD YASMIN DE JESÚS.



IZTACALA , EDO. MEX

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS:

MÓNÍ

Ofrezco el esfuerzo de este trabajo a todos aquellos que han estado conmigo a lo largo de la vida, que éste les sea recompensado con felicidad y admiración. Ahora solo puedo decir que la culminación de este sueño es suyo también, pues se que en mí depositaron toda esperanza.

*Agradezco **A MIS PADRES** por creer en mí, por acompañarme a cumplir un reto más, por enseñarme a ser humilde, pero sobre todo por darme la oportunidad de equivocarme y de hacerme saber que siempre hay tiempo para todo, solo hay que saber esperar y elegir el momento adecuado.*

Les doy las gracias por el sacrificio que han hecho por sacarnos adelante, por sus regaños y por su amor, pues sin ellos este sueño no se hubiese logrado. Los quiere y admira su hija.

***VICTOR:** Gracias por acompañarme en las noches de desvelo y porque en tu compañía el tiempo tiene un valor incalculable, siempre me has apoyado a sabiendas de que puedo estar en un error. Se que para ti este proyecto es importante aunque no me lo hagas saber y porque se que con una palmada en la espalda me haces saber que estas conmigo.*

***GORDO:** Hemos crecido juntos durante 10 años, siempre buscando sueños, metas e ilusiones y, hoy uno de tantos de realiza. Gracias por ayudarme a ser más ligera la desesperación, por regalarme a diario una sonrisa, por confiar en mí sin temor a equivocarte.*

Juntos fortalecimos nuestras cualidades y las experiencias mutuamente compartidas, es aprendizaje el llegar a preocuparse el uno por el otro, hasta el punto de sufrir cuando sufre el otro y de sentir la alegría cuando esta llega. Hoy se que somos la fusión de dos almas individuales con un lazo común de amor y admiración .

Te amo.

Gracias a: Fam. Rodríguez Chaparro, Gonzáles Chaparro, Juárez Chaparro, Chaparro Lozano, Reyes Chaparro y Avalos Chaparro.

A cada uno le debo algo, porque me han demostrado que las cosas más importantes son el cariño, la preocupación, el saber escuchar y aprender a perdonar sin importar cuantas veces me llegue a equivocar.

Me llena de satisfacción el saber que formo parte de ustedes, que sin conocerme me brindaron el material necesario para continuar, pero sobre todo me dieron las fuerzas necesarias, el apoyo, la seguridad y la confianza de seguir adelante.

Gracias por acompañarme en este camino, por enseñarme a luchar por un ideal, espero corresponder de la misma forma

Los quiere y admira Móni.

Gracias a la familia Gutiérrez Garduño, Gutiérrez Contreras, Morales Gutiérrez Gutiérrez Colín, Gutiérrez Hernández , Gutiérrez Vega, Praxedis Mejía y Praxedis López:

Gracias por estar siempre a mi lado, por apoyarme en todo momento y porque junto a ustedes el tiempo es muy valioso. La espera fue larga más valió la pena, sus sacrificios no fueron en vano.

Su alegría me impulso a luchar cada día más, las adversidades fueron un reto más, las envidias me hicieron más fuerte y, ustedes me enseñaron a hacerles frente. Hoy me toca ayudarles a enfrentar parte de nuestro destino.

Los quiero mucho.

ARACELI

Te conocí hace tiempo sin imaginar que juntas llegaríamos a concluir un sueño en común y, se que no sólo eres una amiga, sino que formas parte de mi familia, gracias por aceptarme tal cual soy, por estar presente en todo momento, pero sobre todo por dejarme traspasar la armadura bajo la cual se encuentra un ser querido, sensible y espontáneo. Agradezco a tú familia por abrirme las puertas de su casa, por el apoyo y la confianza.

Gracias a la persona que quiero y admiro.

*Solo me resta darle gracias a **papá Dios y a mamá Lupe** por dejarme vivir, por ser bondadosos y escuchar mis plegarias. Por la familia que me dieron, por los amigos y por las adversidades dadas.*

GRACIAS

Cada uno de nosotros llevamos consigo un Psicólogo en potencia, tanto más peligroso cuanto que no solo es ignorante, sino también irrespetuoso de la singularidad y libertad personal de los demás, justificado por la curiosidad denominada "observación psicológica" necesaria para la exigencia del conocimiento del hombre y su comportamiento.

DEDICATORIAS:

ARACELI

Este proyecto llega a su culminación y para ello, no sólo cuenta el trabajo de quienes lo realizaron sino de aquellas personas que su paciencia y apoyo ayudaron a que esto fuera posible.

*Por ello, te agradezco **Mamá** por todo lo que me has brindado desde el momento de nacer; tu cansancio y desvelos ahora son recompensados, no sólo por la culminación de este trabajo sino por el haberme formado como la persona que soy.*

Gracias por exigirme en su momento en cuanto al aspecto académico; por pedirme que me esforzaré por hacer mejor las cosas cada día y sobre todo por mostrarme con tu ejemplo a no desistir, a superar los obstáculos que se presenten y con ello aprovechar las oportunidades que señalen un crecimiento total como persona. Hay mucho que agradecerte y felicitarte, por formar, mantener, criar y unir tú sola a una familia, y porque sin tu ayuda y consejos no tendría ahora a mi propia familia.

***Juan Ramón**, gracias por tu apoyo incondicional, desde el comienzo de nuestra unión y sobre todo cuando juntos iniciamos este sueño; el sueño de cumplir con una meta. Por la paciencia mostrada durante este periodo de trabajo y la ayuda en todos los aspectos, desde el trabajo en casa hasta en el impulso por concluir lo iniciado. Ha sido difícil todo este proceso pero me mostraste que con paciencia y empeño podría lograrlo. El camino aún no ha terminado pero sé que tu estarás ahí para compartirlo conmigo como has hecho durante todo este tiempo; no iremos uno atrás del otro sino juntos.*

***Susy**, has sido un regalo muy grande para mí y para todos los que te conocen, eres una pequeña muy especial con grandes cualidades y enseñanzas; con tu sonrisa y alegría me*

enseñaste a tolerar las dificultades. Gracias por esperar y también por comprender a tu corta edad mi ausencia en algunas ocasiones, eres un gran motivo para seguir adelante y continua superándome como ser humano para ti, esperando que en el futuro, pueda servirte como ejemplo de superación y tenacidad, para cuando te propongas iniciar algún proyecto. Gracias por existir pequeña.

Mary y Víctor, gracias por estar ahí y ser parte de mi formación como persona ya que en cierto modo fueron ejemplos a seguir en mi crecimiento; Víctor me enseñaste a no ser débil a enfrentarme a los riesgos y sobre todo a eliminar mi timidez. Mary, cuidaste de mí, me convertí en tu responsabilidad y nunca dijiste que no, al contrario estuviste ahí en todo momento y lo sigues aún, gracias por animarme a continuar y llegar hasta el final. Mejores hermanos no pude tener, ya que fueron el sustituto ideal de un tutor.

A ti, Mónica, gracias por muchas cosas, quedo en deuda contigo, nunca imagine que al ingresar a la Universidad, encontraría a alguien en quien confiar, y en quien apoyarme en los aspectos escolares y personales. La culminación de este trabajo se debe a ti, a tu esfuerzo y empeño, gracias por invitarme a participar de tu esfuerzo. Agradezco la amistad que me brindaste, por escucharme tantas veces sin juzgarme y a tus padres, porque por ellos existes.

Por último y no por ser menos importante, gracias Dios por la vida que me regalaste, por vivir esta experiencia, por la familia que me diste, los amigos sinceros y los enemigos también. Por la oportunidad de superarme, por los obstáculos y oportunidades y sobre todo por todo lo que tengas preparado para mí.

*“Lo importante en el hombre
No es vencer, sino lograr y su*

*Razón de existir no sólo es buscar
Y encontrarse, sino ser, siendo inicio y
Final, morir y renacer, y el tiempo y el lugar
A cada paso, llevando la capacidad... de dar”*

** Emilio Rojas **

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2

Capítulo 1.-Psicología de la Salud.

1.1. Desarrollo Histórico de la Psicología de la Salud.....	7
1.2. Definición, Objetivos y áreas de aplicación de la Psicología de la Salud.....	13
1.2. Desarrollo de la Psicología de la Salud en México.....	21
1.3. Metodología de la Psicología de la Salud.....	27
1.4. Difusión de practicas de Salud.....	30
1.5. El papel del Psicólogo de la salud en México.....	36

Capítulo 2.- El Hipocondríaco en el Sector Salud.

2.1. Antecedentes históricos y definiciones de la Hipocondría.....	42
2.2. Perspectivas teóricas en relación a la hipocondría.....	49
2.2.1 Sociológicas.....	49
2.2.2 Bioquímicas.....	50
2.2.3 Psicológicas.....	51
2.3. Posibles causas de padecer hipocondría.....	54
2.3.1 Enfermedad crónica.....	55
2.3.2 Sexo.....	56
2.3.3 Edad.....	56
2.3.4 Nivel escolar.....	57
2.3.5 Herencia.....	57
2.3.6 Nivel social.....	58
2.4. Diferencias y semejanzas entre la hipocondría y otras enfermedades.....	59

2.4.1	Depresión.....	59
2.4.2	Fobia (nosofobia).....	61
2.4.3	Trastornos Obsesivos – Compulsivos.....	63
2.4.4	Somatización.....	65
2.5.	El Hipocondríaco y su entorno.....	67
2.5.1	La relación con el médico.....	67
2.5.2	La Familia.....	68
2.5.3	Sociedad.....	69

Capítulo 3-. Factores e intervención Psicológica en la Hipocondriasis.

3.1.	Interpretación y Creación de Síntomas y Sensaciones.....	72
3.1.1	De la Salud a la Enfermedad.....	73
3.1.2	Qué son los síntomas.....	81
3.1.3	Qué son las Sensaciones.....	83
3.1.4	Que es la percepción.....	84
3.2.	La culpabilidad como un estado de ánimo.....	85
3.3.	Ansiedad.....	87
3.4.	Queja somática.....	89
3.5.	Procesos Cognitivos.....	90
3.6.	Calidad de vida.....	92
3.7	Intervención Psicológica en la Hipocondriasis.....	94
3.7.1	Contexto histórico del Enfoque Cognitivo – Conductual.....	96
3.7.2	Aproximación Cognitivo – Conductual a la modificación de Conducta de Salud.....	101
3.7.3	Estrategias Cognitivo – Conductual y Técnicas de Intervención en el sector Salud.....	105
3.7.4	Propuesta Cognitivo – Conductual para el tratamiento de sujetos con Hipocondriasis.....	113

Capítulo 4.-“Factores Psicosociales que se relacionan con la Hipocondriasis”

4.1.	Metodología.....	120
4.2.	Sujetos.....	120
4.3.	Objetivos.....	121
4.4.	Escenario.....	121
4.5.	Hipótesis.....	121
4.6.	Variables.....	122
4.7.	Materiales e Instrumentos.....	122
4.8.	Procedimiento.....	124

Capitulo 5 .	Análisis de Datos y Resultados.....	126
---------------------	--	------------

Capitulo 7.	Conclusión y Discusión.....	173
--------------------	------------------------------------	------------

Bibliografía.....	179
--------------------------	------------

Anexos.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad primordial el aportar información que permitiera ampliar el campo de acción del psicólogo de la Salud en México. abordando como temática la Salud Psicológica en Hipocondríacos, planteando como objetivo general: “Analizar los factores psicosociales que se relacionan con el desarrollo y mantenimiento de la misma”.

Esta se caracterizo por no ser experimental, descriptiva y explicativa, utilizando el método de encuesta observacional, ante lo cual se propuso como hipótesis: “Si la hipocondría es una enfermedad producida por una preocupación excesiva de la salud, entonces, los factores psicosociales (edad, sexo, vigilancia de salud, ansiedad, culpabilidad, estado de ánimo, queja somática y procesos cognitivos). Influyen en el desarrollo y mantenimiento de ésta”.

Partiendo de esto se tomo una muestra probabilística de 988 personas, cuya edad fluctúo entre 17 - 75 años de edad. Para recabar la información necesaria se aplicaron los instrumentos (FS) y (FP), posteriormente se analizaron los datos haciendo uso del SPSS 9. Encontrando que efectivamente los factores psicosociales influyen directa e indirectamente en el desarrollo y mantenimiento de la hipocondría, considerando que para muchos hipocondríacos no es fácil aceptar que sus problemas son más psicológicos que físicos.

INTRODUCCIÓN

El proceso de salud – enfermedad constituye uno de los aspectos más importantes en los individuos, la inversión en la promoción de la salud y la radicación de la enfermedad se concentra en aspectos cada vez más importantes en diversos ámbitos, como el científico asistencial, médico, político y psicológico. Dentro de esta última ha destacado de manera trascendental y haciendo múltiples colaboraciones la Psicología de la Salud. Actualmente los Psicólogos de la Salud han propuesto la Terapia Cognitivo Conductual para tratar diversos trastornos, entre ellos la hipocondriasis. Tema del cual partimos para la presente investigación.

En el primer capítulo se aborda de manera general los eventos históricos que dieron formación a la Psicología de la Salud, desde la concepción que se tenía de la enfermedad hasta la década de los 70's ; década en la que Becoña, Vásquez y Oblitas (2000) menciona que en 1978 varias disciplinas de Psicología tienen un interés en común “ la salud” naciendo así la División de Psicología de la Salud, la cual ha sido definida de múltiples formas. Posteriormente se delimitaron los objetivos y los campos de acción, con la finalidad de obtener un papel primordial dentro del sector salud, específicamente en México.

En México la Psicología de la salud se remonta al uso del modelo sociocultural propuesto por Ribes (1991) y los avances de la psicofisiología y la Psicología experimental (Rodríguez y Palacios, 1998).

Los aspectos que han permitido el auge de dicha área han sido su metodología y su difusión de salud, la cual, implica diversas estrategias de intervención y participación, ganando un espacio cada vez mayor en el sector salud.

En lo que respecta al capítulo dos el trastorno hipocondríaco se ha venido estudiando desde el año 130 – 201, D. C. hasta la actualidad, tiempo en el que diversas corrientes psicológicas han realizado diversas investigaciones con

relación a dicho trastorno. Encontrando mayor número de investigaciones dentro de la corriente Cognitivo – Conductual.

Aunado a lo que determinan las diferentes perspectivas teóricas acerca de este trastorno, es como están interrelacionados, los aspectos psicológicos, sociales y bioquímicos en la lucha de la confrontación de los temores y conflictos en cuanto a los síntomas físicos; considerando con ello todas las causas que originan la hipocondriasis.

El desenvolvimiento del hipocondríaco en el medio, es un apartado interesante de observar, así como menciona Baur (1989), ya que de ello dependen muchos de sus comportamientos y desarrollo de su enfermedad.

En el capítulo tres se abordan los aspectos característicos del trastorno, como son síntomas, sensaciones y percepciones, en este caso partimos de conocer en primera instancia el proceso de salud – enfermedad, ya que como menciona Aso (1989) la expresión de las perturbaciones se manifiesta en las relaciones interpersonales, por lo que para entender cualquier tipo de enfermedad debe uno conocer las actividades cotidianas de la persona, la clase social a la que pertenece y el medio ambiente en el que se desenvuelve. Sumado a esto Salinas (1995) considera que en México el proceso de salud - enfermedad se encuentra ligado al desarrollo económico, político, social y cultural del país.

La intervención psicológica que ha demostrado obtener mejores resultados en cuanto a tratamiento se refiere es la Terapia Cognitivo – Conductual, la cual ha sido empleada desde 1989. Este enfoque se diferencia entre los demás por tomar en cuenta los procesos internos, lo que permite efectuar una modificación en las conductas de salud (García – Campayo, Salvanés y Álamo, 2001).

De igual forma Baeza (2001) considera que las técnicas más efectivas son: Técnicas de Reestructuración cognitiva, Técnicas de relajación, inundación

imaginaria ante la posibilidad de enfermedad grave o de muerte, la exposición interoceptiva y el entrenamiento en Técnicas de asertividad.

En el análisis de los resultados se encontro en la mayoría de las correlaciones realizadas un nivel de significancia de. 000, esto significa que los factores: cambio de estado de ánimo, estado ansioso, uso del sector salud, vigilancia de salud, calidad de vida, procesos cognitivos y queja somática influyen en el proceso de desarrollar una hipocondría.

En lo referente a las restantes correlaciones que no fueron significativas, pordemos decir que a pesar de ello los datos estadísticos son importantes en la medida que nos brindan más argumentos y líneas de investigación relacionados a la hipocondría.

Así se pretende conocer acerca de la hipocondría, ya que se cuenta con un gran interés, porque puede ser de gran utilidad para la sociedad, y ampliar las posibilidades para quienes padecen este trastorno y puedan reconocerlo y así mismo buscar la ayuda pertinente.

Sobre todo, porque hasta el momento ha sido tratada de manera clínica, dejando de lado la disciplina psicológica y todo cuanto esto implica.

En el área de la salud específicamente en la atención primaria, actualmente se presenta un fenómeno complejo que incluye una variedad de procesos que conducen al paciente a buscar ayuda médica por síntomas o malestares del cuerpo, de los cuales, no existe evidencia médica de los mismos, la persona les atribuye un significado y los relaciona a una enfermedad orgánica.

Efectivamente el sujeto hipocondríaco tiene un trastorno que es moldeado socioculturalmente y que requiere de un amplio enfoque de interacción entre el sistema biológico, social, psicológico y cultural por lo que este trastorno no es concretamente de Naturaleza médica.

La magnitud de este problema ha sido estimada a través de estudios de consulta hechas a médicos en la atención primaria, dichos estudios muestran una asociación entre el hipocondríaco y el uso recurrente de los servicios de salud.

Por ello propusimos investigar los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Ω Analizar los factores Psicosociales que se relacionan con el desarrollo y mantenimiento de la hipocondría.

Objetivos Específicos:

- Ω Conocer las implicaciones (personales, sociales y en el sector salud) de la hipocondría.
- Ω Conocer y reconocer las causas y consecuencias de la hipocondría.
- Ω Investigar desde el punto de vista psicológico (cognitivo – conductual) la hipocondriasis.

*“La Verdad de una teoría,
está en la mente,
no en los ojos”*

** Albert Einstein **

CAPITULO I

1- PSICOLOGIA DE LA SALUD

1.1. Desarrollo Histórico de la Psicología de la Salud.

La salud es algo que nos atañe a todos por igual, y la cual nos hace pensar que esta es la ausencia de enfermedad, pero no es así, puesto que la salud y la enfermedad son dos puntos que se encuentran íntimamente relacionados y en el que diversos factores intervienen para la creación del proceso salud –enfermedad. Lo que significa que esta no es un área de intervención exclusiva de la medicina, pues actualmente se han interesado otras áreas a fin como: la medicina conductual, la acupuntura, la sociología y la Psicología de la Salud, entre otras, esta última de gran interés por su rápido desarrollo y por las aportaciones realizadas al área de la salud. Se considera de gran importancia analizar de manera particular la situación de la salud y la problemática conjunta a ella, en la medida que representa uno de los espacios fundamentales de intervención de la Psicología, ya que la salud no es solo la condición primaria para el desarrollo de la vida, sino que además funciona como estructura mediadora de la cotidianidad y socialización del individuo, por ello ambos aspectos son inherentes a la Naturaleza y a su supervivencia.

Como en todos los campos se sitúan las aplicaciones de la Psicología en un contexto histórico para comprender mejor la importancia trascendental de su reciente desarrollo. Esto es aún de mayor importancia en el área de la Psicología de la Salud. La Psicología de la Salud forma parte de la Psicología Aplicada y sus orígenes se remontan a las primeras concepciones que se le atribuían a la enfermedad en la cultura primitiva, en este tiempo la curación de las enfermedades eran a través de la fe, considerando al enfermo mental como un ser poseído por los espíritus, mientras que la locura era considerada un castigo de Dios. Los griegos por su parte se dieron a la tarea de buscar una interpretación que fuera más allá de lo místico y mágico, explorando los principios físicos y

biológicos que explicarán el principio de la salud y la enfermedad física o mental (Aguirre, 1980). El principal representante de esta época fue Hipócrates quien con su texto “la enfermedad sagrada” hizo fuertes aseveraciones a la magia, la religión y la medicina. Refutó los métodos de curación por brujería y propuso un sistema, en el que, intervienen factores como la tranquilidad, el reposo y la calma. Su principal contribución fue su hipótesis sobre los temperamentos. A cada elemento de la Naturaleza (aire, fuego, agua y tierra) le correspondía una cualidad (seco, caliente, húmedo y frío); a cada cualidad de humor sangre (tibio), flema (frío), bilis amarilla (seco) y bilis negra (húmedo) y a cada humor un temperamento (colérico, sanguíneo, melancólico y flemático). A partir de dicha hipótesis definió a la salud como:

“ Mezcla correcta de los humores y la enfermedad como una perturbación en la proporción de éstas”(Harrsch, 1994).

Las ideas con respecto a la enfermedad y la salud fueron cambiando paulatinamente a la par de la ciencia y la tecnología; tal es el caso de la aportación de Descartes quien influye en el conocimiento científico introduciendo tres importantes innovaciones: 1-. concibe al cuerpo como una máquina, describiendo como ocurren las acciones. 2-. Propone que la mente y el cuerpo pueden comunicarse a través de la glándula pineal. 3-. Creía que los animales no tenían alma y, que los hombres la tienen hasta que mueren.

Con la muerte de Aristóteles se marca el final de una era y comienza la época de la Edad Media, en donde las aportaciones de los epicúreos hicieron hincapié en los aspectos morales de la vida, las emociones con las que se podía evitar el dolor físico y espiritual contrario a esto, los estoicos postulaban que el dolor se tiene que soportar, pues los dioses son los encargados de determinar la vida del ser humano. Posteriormente resurge la explicación de la magia hacia las enfermedades y se hace más fuerte en la edad media, hacia los siglos XII XIII y

XIV. En los siguientes años , específicamente en los siglos XVI, XVII y XIX diversas enfermedades como: viruela, sarampión, disentería, tuberculosis, entre otras fueron la principal causa de muerte en América y Europa. Sin embargo en el siglo XIX la salud de los individuos mejoró cuantitativa como cualitativamente con el desarrollo de la teoría del germen, los avances de la inmunología, de esta forma la mortalidad disminuyó notablemente en enfermedades como: el cólera, la fiebre tifoidea, la escarlatina, etcétera. (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

En este mismo período la medicina y la ciencia evolucionaron rápidamente, así surgen las técnicas antisépticas, uso de anestesia y se crean nuevos hospitales con un concepto diferente con relación a la atención de la enfermedad.

Debido a que el proceso de la Salud – Enfermedad constituye uno de los aspectos más importantes en los individuos, la inversión en la promoción de la salud y la radicación de la enfermedad se concentran en aspectos cada vez más importantes en diversos ámbitos, como el científico asistencial y el político. Por lo tanto se observa que el aspecto psicológico, esta íntimamente relacionado a la salud, puesto que la Naturaleza de ésta es compleja y multicausal, por lo que los aspectos cognitivos, afectivos, emotivos, motivacionales, psicofisiológicos, conductuales y Psicosociales son de gran trascendencia en la prevención, tratamiento y rehabilitación del individuo. (Ribes, 1990).

Como hemos mencionado los psicólogos se han interesado por las cuestiones de salud desde tiempos remotos, sin embargo, el interés creció en los años setenta, época en la que surge la necesidad de intervenir en el área de la salud. La primera en emerger fue la aparición de nuevas enfermedades, en segundo los pocos resultados obtenidos al tratar dichas enfermedades bajo el enfoque médico, en tercer lugar las cuestiones económicas, políticas y sociales de la época, fueron las bases para alterar el proceso psicológico y conductual en la salud de los seres humanos, por último todo ello dio la pauta para crear un concepto diferente en lo

referente a la salud. Estos cuatro puntos fueron fundamentales para que el psicólogo incursionara en el área de la salud. (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Salinas (1995) expone que los psicólogos incursionaron en el área de la salud a través de la enseñanza en las facultades de Medicina, con el objetivo de crear en los médicos una visión integral del proceso de salud – enfermedad, de tal forma que consideren que el aspecto emocional de una persona, la relación con su enfermedad y su estilo de vida están íntimamente ligados a su enfermedad. Es así como la Asociación Americana de Psicología (APA) en 1991 formó una comisión para inspeccionar la situación de la enseñanza y de los efectos que tenía ésta al aplicarse a una situación real; posteriormente en 1950 la Universidad de Pittsburg patrocinó varias conferencias sobre “La relación de la Psicología con la Medicina”, lo que provocó que diferentes psicólogos se dieran a la tarea de hacer investigación y, de esta manera ampliar el campo de acción por el momento en el área de la enseñanza en las Facultades de Medicina.

Con el mismo pensamiento de incursión en 1969, William Shofield publicó un artículo en el *American Psychologist*, en el que propuso a los Psicólogos realizar más investigaciones, pero esta vez enfocadas al proceso de salud – enfermedad, bajo una perspectiva psicológica. (Rodin y Stone en 1987, en Flores, 2001).

Los resultados de esta propuesta fueron sorprendentes por lo que en 1973 la APA instituyó un grupo llamado “Task Force on Health Research” con el propósito de recabar, organizar y difundir la información sobre el curso de la investigación acerca de las conductas de salud. Esto trajo consigo el nacimiento de nuevas disciplinas que tienen como objetivo a fin, formular estrategias para prevenir o modificar conductas nocivas para la salud; sus principales antecedentes surgen de la necesidad de entender la enfermedad entre la vida emocional y los procesos corporales. Es así como aparecen diversas disciplinas que tratan de explicar los diversos acontecimientos relacionados a la salud - enfermedad, Roa (1995), Buela – Casal, Caballo y Sierra (1996), Morales (1999), Becoña, Vázquez y

Oblitas (2000) y Flores (2001) concuerdan que éstas disciplinas se caracterizan por lo siguiente:

Psicología Médica: forma parte de un subcampo dentro de la Psicología de la salud, se dedica al estudio de los factores psicológicos de la experiencia de la enfermedad. Se **define** como la Psicología aplicada a los problemas planteados por la medicina. Esta área de aplicación de la Psicología debe quedar comprendida dentro de un enfoque general de la Psicología de la salud, pues la Psicología Médica ha tenido la virtud, de trabajar con personas que sufren de algún padecimiento en el cuerpo. **Su actividad** se centra en las situaciones de la enfermedad, en los concomitantes psicológicos de la condición del enfermo, en favorecer los comportamientos adecuados para una buena evolución y en que el personal de asistencia tenga una comprensión de los pacientes. **La diferencia** entre esta y la Psicología de Salud; la primera se centra en la comprensión de cómo afecta la enfermedad psicológicamente a las personas, mientras que la segunda se dirige a las personas sanas y enfermas, básicamente en la promoción y mantenimiento de la salud y, tratamiento y diagnóstico de la enfermedad; mejorar el sistema de salud y formulación de políticas sanitarias.

Sociología Médica: se define como: el subcampo de la sociología dedicada a investigar los aspectos sociológicos de la salud y la enfermedad humana, individuo y sociedad. **Su función** se centra en la comprensión de temas 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 en la salud y en la enfermedad. **Se diferencia** porque ésta se focaliza en los factores sociales que influyen en la salud, mientras que la Psicología de la Salud se centra en los procesos psicológicos.

Antropología Médica: se define como: la especialidad que estudia los aspectos culturales de la salud y la enfermedad. La antropología médica **hace hincapié** en los aspectos culturales de la salud y cómo la gente dentro de su cultura comprende la enfermedad, así mismo estudia las creencias y actitudes de las personas hacia la enfermedad, **la diferencia** con la Psicología de la Salud es que reconoce la importancia de la cultura en las personas, pero se interesa más por las creencias individuales de salud y los patrones de salud relacionados con la conducta.

Medicina Psicosomática: su base conceptual incluye la idea de que toda enfermedad física posee componentes emocionales o psicológicos y que la enfermedad es el resultado final de la interacción entre estos estímulos y la disfunción o alteración física. **Se define** como: la aproximación a la enfermedad que se basa en la hipótesis y observación de los factores sociales y psicológicos que juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades. **Su función** es estudiar la relación de los conflictos emocionales y los trastornos somáticos funcionales, orgánicos y lesiones. **La diferencia** es que la Psicología de la Salud se dirige a la promoción de conductas de salud, la prevención de enfermedades y la medicina psicosomática se centra en la enfermedad utilizando modelos conceptuales basados en las teorías Psicodinámicas.

Medicina Conductual: se define como el área interdisciplinaria dedicada al desarrollo e integración de la ciencia conductual y biomédica, del conocimiento y técnicas relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad física y la aplicación de estos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. **Su función** se orienta a la intervención directa, entrenar a los profesionales de la salud para mejorar sus intervenciones, capacitar a los pacientes a seguir el tratamiento al pie de la letra y modificar los patrones de

conducta que son perjudiciales para la persona. La Medicina Conductual trata de manera más directa los problemas de salud de las personas, y **se diferencia** de la Psicología de la Salud porque se enfoca más a la prevención.

Psicología Clínica: se ha **definido** como un subcampo de la Psicología de la Salud y sus antecedentes están relacionados con la inserción profesional del psicólogo en ambientes de atención a la salud física y mental. **La actividad** de los psicólogos en esta área se enfoca a aplicar, clasificar, interpretar y hacer el reporte de pruebas psicológicas que se emplean con fines de diagnóstico. Desarrolla labores de psicoterapia individual y grupal, actividades recreativas y educativas, de investigación, enseñanza, capacitación y evaluación en general. **La diferencia** entre ésta y la Psicología de la salud; es que la primera se enfoca al estudio de las relaciones de conducta y salud de manera superficial y la segunda se enfoca a los factores o aspectos de la salud y enfermedades en los que el estado psicológico o la conducta individual constituye un problema central. No obstante, la Psicología Clínica ha sido un **antecedente** muy importante del modelo actual de la Psicología de la salud, campo en el cual el método clínico ocupa un lugar relevante en el tratado de diversas complicaciones.

Las anteriores disciplinas son sólo unas de las más destacadas y que fueron clave para determinar tanto los objetivos y áreas de aplicación de la Psicología de la Salud.

1.2. Definición, Objetivos y Áreas de Aplicación de la Psicología de la Salud.

Actualmente existe bastante controversia en cuanto a lo que se entiende por Psicología de la Salud, podemos encontrar múltiples definiciones que explican su campo de acción de forma diversa:

Por su parte Ribes (1990) afirma que la dimensión psicológica de la salud involucra la participación activa del individuo en todo momento. Desde esta perspectiva la salud se refiere a:

“Un proceso de relación dinámico y bidireccional entre dimensiones y competencias individuales y características ambientales, cuyo resultado es un estudio dirigido al equilibrio, obteniendo como consecuencia el bienestar psicosocial”.

Latorre y Beneit (1994) determinan que:

“La Psicología de la Salud es el campo dentro de la Psicología que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y, como responde el individuo cuando esta enfermo”.

“La Psicología de la Salud es la suma de las aportaciones docentes y de formación profesional y científica, dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de las enfermedades, a la identificación de la etiología y diagnóstico de la salud, enfermedades y problemas afines, el análisis y mejora del sistema de cuidado de salud y a la configuración de políticas sanitarias. (Matarazzo,1982)”.

Stone, 1979 (en Roa, 1995), define a la Psicología de la Salud como:

“la Psicología de la salud es un conjunto de teorías, conceptos y métodos aplicables a la comprensión e intervención en diferentes ramas del sistema de salud”

Por su parte la definición que se ha propuesto en México, a sido la de Rodríguez y Palacios (1998) y la definen como:

“El desarrollo de la aplicación de la metodología que ha existido en otras áreas de la Psicología, da pie a promover el cuidado, el mantenimiento, la promoción y estilos de vida para la salud”.

En España en la Universidad Autónoma de Madrid, Carrobles, 1993 (en Buela, Sierra y Carrobles, 1995) hace referencia a la Psicología de la salud como:

“Es el campo de la especialización de la Psicología que centra su interés en los problemas de salud sean físicos u orgánicos, su principal objetivo es prevenir la incidencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que se requiera, haciendo uso de la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica”.

Para Holtzman (1993) la Psicología de la salud puede ser entendida a partir de:

“Ésta se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo, ambos inmersos en un contexto social. Comprende además el estudio de factores del comportamiento que afectan al tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física”.

A pesar de que son varias las definiciones que hasta la actualidad se han presentado, solo se considera como oficial la explicada por Matarazzo, ya que describe con exactitud la función que realizará un psicólogo dentro del área de la salud.

A partir de las anteriores definiciones establecemos que la Psicología de la Salud se caracteriza por:

- Ω Surgir desde la Psicología y es una aplicación más dentro de la misma.
- Ω Se nutre por lo tanto de cualquier aspecto de la Psicología que sea de interés para el área de salud.

- Ω Estudia primordialmente el comportamiento en su significado más ambivalente de la persona sana o enferma.
- Ω Se ocupa del comportamiento de la persona en el proceso de salud.
- Ω Se ocupa del comportamiento de los profesionales de la salud.
- Ω Destaca la dimensión psicológica de la salud y
- Ω Trata a la persona a lo largo de todas sus etapas de su vida.

Tomando como punto de partida lo anterior, podemos comenzar a delimitar los objetivos de la Psicología de la Salud, según Simón (1999) en la División de Psicología de la Salud de la APA se han establecido como objetivos prioritarios:

- 1- Comprender y evaluar la relación existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
- 2- Entender las diferentes posiciones teóricas que pueden ser aplicables a los enfoques médicos en la promoción de la salud y tratamiento de la enfermedad.
- 3- Comprender la naturaleza de las respuestas de estrés y su relación con el proceso de salud – enfermedad.
- 4- Entender como los métodos conductuales y cognitivos pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
- 5- Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar programas dirigidos a incrementar los hábitos y estilos de vida de salud.
- 6- Comprender las dificultades que se pueden manifestar durante y después de un tratamiento.
- 7- Entender las diferencias existenciales entre los métodos médicos y psicológicos para el tratamiento del dolor.
- 8- Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos que puedan ayudar a los pacientes a afrontar y controlar las enfermedades crónicas.
- 9- Ayudar a desarrollar estrategias de afrontamiento enfocadas a enfermedades terminales.

Sin embargo a la hora de cumplir con los objetivos ya planteados, el Psicólogo de la Salud se encuentra con el conflicto de delimitarlos o bien replantearlos y con ello concretar su campo de acción, ya que existen otras áreas afines con objetivos semejantes.

Las distintas áreas de aplicación de la citada disciplina se ha visto envuelta en contradicciones debido a la confusión que se torna desde la postura teórica del psicólogo hasta los objetivos planteados. Por ello es necesario demostrar y delimitar el espacio profesional en los diversos hospitales y centros de atención de salud. Una aportación importante para poder realizarlo es, trabajar con la parte humana, es decir, no olvidar que el enfermo es un ser humano influenciado por factores de actitudes, creencias y de comunicación, por lo que si no son tomados en cuenta el tratamiento puede o no ser efectivo. De esta forma podemos contribuir a derrocar las falsas funciones que se nos han adjudicado, como por ejemplo:

- Ω Anunciador de desgracias. Se solicitan nuestros servicios para anunciar la muerte de una persona, amputaciones, operaciones y otros hechos desagradables.

- Ω El último de los mohicanos: después de que un paciente fue visto por diez especialistas en diez días y no le encontraron absolutamente nada y es además un paciente de los “llamados conflictivos”, en el día once nos llaman, para que previo a su alta que se realice en el día doce, y nosotros descubrimos que su problema es psíquico.

- Ω El apaga fuego: Se da una situación conflictiva en la sala, provocada posiblemente por algún error técnico o ético que alguien cometió, y se nos

llama para que calmemos los ánimos, y controlemos a los familiares alterados y paciente. (Zas, 2000).

Ante lo cual nos preguntamos cuáles son las áreas de aplicación de la Psicología de la Salud y que herramientas requieren para desempeñar sus actividades. Taylor, 1986 (en Latorre y Beneit, 1994) señala que las áreas de estudio y de aplicación de la Psicología de la Salud se enmarcan en cuatro puntos que son:

- 1- Trabajar los aspectos psicológicos de la prevención y el mantenimiento de la salud.
- 2- Aunado a lo anterior estudiar los diferentes niveles de prevención y el tratamiento específico para cada enfermedad.
- 3- Estudiar la etiología y la relación entre la salud - enfermedad y sus disfunciones desde una perspectiva psicosocial.
- 4- Buscar resultados factibles en los tratamientos para regenerar un impacto en las Instituciones Sanitarias.

A esto le agregamos que el campo de acción es extenso, pues tiene diversas funciones que se clasifican en:

- a) Investigación teórica y aplicación.
- b) Intervención dirigida a la persona enferma y su familia.
- c) Intervención psicológica enfocada al cambio de procesos corporales por medio de la bio –retroalimentación y modelos de hábitos o de cogniciones con respecto al proceso de salud – enfermedad.

Es así como Morales (1999), propone cinco áreas de aplicación que desde su punto de vista considera son las más pertinentes para actuar: 1) promoción y mantenimiento de la salud, 2) evaluación y diagnóstico, 3) prevención, 4) tratamiento y 5) investigación.

Antes de mencionar el objetivo de cada uno de los componentes, consideramos importante el enfatizar que el psicólogo de la salud para realizar su trabajo satisfactoriamente requiere de una visión institucional, clínica y social. Requisitos propios para el contexto bajo el cual se elaborará.

- 1) Promoción y mantenimiento de la salud: el objetivo fundamental es orientar y promover conductas de salud, activar mecanismos que permitan desarrollar un auto cambio, al tiempo de que se crean modificaciones en las relaciones familiares para que así se mantengan las conductas modificadas, la forma de llevarlo a cabo es que el psicólogo tenga la capacidad para enseñarle al otro a desarrollar habilidades y mejorar su estilo de vida, a través de técnicas de condicionamiento operante, el reforzamiento y la reestructuración cognitiva. La promoción y el mantenimiento se pueden llevar acabo tanto en instituciones de salud como en grupos escolares y comunidades.
- 2) Evaluación y diagnóstico: la evaluación es una función importante del psicólogo en cualquier área, en este caso el objetivo del psicólogo de la salud es diagnosticar el comportamiento y los procesos asociados a las patologías físicas y la valoración biopsicosocial. Específicamente en esta área la evaluación retoma puntos estratégicos de la Medicina Conductual en conjunto con los precedentes de la Psicología de la salud. Al intercalar los componentes de ambas corrientes se puede realizar una evaluación más meticulosa, dado que se trastocan las variables personales y moleculares a través de las entrevistas, los auto-registros, las escalas de apreciación psicofisiológicos y conductuales (Fernández, 1996).
- 3) Prevención: Salinas (1995) y Morales (1999) explican que algunas funciones de los psicólogos consisten, en detectar a tiempo los patrones conductuales que conlleven a la enfermedad, de ahí, la importancia que adquiere la modificación de conducta; a través de los principios que la conforman se impide el desarrollo de conductas dañinas o bien se pueden establecer patrones de pensamientos y comportamientos que favorezcan la

salud de las personas; la elaboración de programas preventivos acordes a las necesidades de cambio de una población, que puedan ser aplicadas por otros miembros del equipo de salud (trabajadores sociales, enfermeras, médicos, etcétera).

La prevención primaria forma parte de un conjunto de actividades que tiene como objetivo primordial reducir el riesgo y la manifestación de problemas de salud. La prevención secundaria se ha fijado como meta impedir el avance de la enfermedad estimulando la modificación de los comportamientos relacionados con la enfermedad; siendo su contribución más sobresaliente la adherencia al tratamiento y la reorganización de los servicios. La prevención terciaria, se remarca con más fuerza en el tratamiento, ya que dentro de esta se aplican diversas técnicas terapéuticas dirigidas a personas con una enfermedad en específico. Cabe destacar que la prevención en cualquiera de los tres niveles tiene como objetivo reducir los factores de riesgo relacionados a múltiples enfermedades (Ardilla, 2000).

4) Tratamiento: Roa (1995) considera que el tratamiento se enfoca a seis áreas de intervención:

- A) Tratamiento alternativo no farmacológico para enfermedades que no lo requieren por ejemplo; migraña.
- B) Tratamiento psicológico como intervención primaria.
- C) Tratamiento psicológico auxiliar, aplicable a trastornos como el estrés.
- D) Afrontamiento a procedimientos médicos.
- E) Adaptación a enfermedades crónicas.
- F) Adherencia a tratamientos farmacológicos.

5) Investigación: en este apartado es importante hacer énfasis en la relación existente entre la práctica y la investigación, ya que actualmente estas se encuentran desligadas y, por consecuencia impiden el desarrollo no solo de la Psicología de la Salud, sino de otras áreas a fin. La investigación consiste en plantear, diseñar y conducir estudios específicos sobre la incidencia y prevalencia de alguna enfermedad, y de factores de riesgo en la comunidad o sobre hábitos saludables.

Salinas (1995) explica que las principales contribuciones en lo que respecta a la investigación en Psicología de la Salud son:

- A) Estudios relacionados con las conductas de salud.
- B) Estudios del sistema de cuidado de salud.
- C) Estudios sobre planeación y movilización de recursos de salud.
- D) Estudios sobre reducción de amenazas de salud.

Partiendo de estas cinco actividades los psicólogos pueden desempeñar un papel importante para actuar en el sector salud. Específicamente en México.

1.3. Desarrollo de la Psicología de Salud en México.

La Psicología de la Salud esta influenciada por la historia y el estatus actual de la Psicología y del entorno sociocultural. En México el desarrollo de la Psicología de la Salud depende del progreso de la Psicología en otros países, del modelo teórico dominante y de la Psicología Clínica, como mencionamos anteriormente, la Psicología clínica forma parte de los antecedentes para la consolidación de la Psicología de la Salud. La atención de la Salud forma uno de los retos más grandes en toda América Latina desde la década de los 70's época en la que se expandió el objeto de estudio de la Psicología en el sector salud, lo que se

manifiesta entre otras cosas en la ampliación progresiva de métodos y técnicas psicológicas para investigar problemas de salud.

Al respecto Averasturi, 1994 (en Morales,1999) indica que una de las fuentes que permitió su propagación fue la publicación de Revistas Psicológicas en los Congresos Interamericanos y Latinoamericanos, puede apreciarse el interés por el estudio y la práctica de los temas relacionados al área de la salud, así mismo, se puede observar como en este continente, se ha abierto para la investigación Psicológica en la salud dentro de ámbitos poco explorados, lo que a permitido comprender mejor los problemas de salud y perfeccionar el tratamiento de diversas enfermedades.

Los países con mayor número de estudios son: Brasil, Argentina, Venezuela, Cuba, Puerto Rico, Chile, Perú, Colombia y México. Esto habla de una participación altamente participativa de la mayor parte de los países de nuestro continente (Rodríguez y Rojas, 1998). Pues cada país cuenta con sus propias políticas de salud, sin embargo, coinciden en apuntar las prioridades: cobertura universal por medio de programas enfocados a la salud; campañas de vacunación; la prevención de enfermedades y el control de las enfermedades ya existentes.

Cabe mencionar que el progreso de la Psicología de la Salud en los diferentes países no ha sido uniforme, ya que algunos cuentan con los recursos económicos, políticos y sociales, que les permiten ampliar sus líneas de investigación, aunado a ello cuentan con el respaldo de programas consolidados durante largos años, mientras que en otros países es aún escasa o inexistente el contar con los recursos necesarios para poder realizar investigaciones.

En el caso de México la Psicología de la Salud, ha pasado por diversas etapas que le han permitido insertarse en su campo de acción. Una oportunidad valiosa para dicha apertura fue en 1960, año en el que la Universidad Nacional Autónoma de México establece tres niveles en el campo de la Psicología:

- 1) A nivel profesional
- 2) A nivel maestría y
- 3) Doctorado.

Sin embargo tuvieron que pasar 13 años para que la Facultad de Psicología marcará su independencia, lo que provocó que otras instituciones iniciaran un plan de estudios con la finalidad de adquirir el Título de Licenciado en Psicología. Así mismo surgieron en la década de los 80' s diversas asociaciones que permitieron la divulgación de los resultados obtenidos en diversas investigaciones y la aplicación de nuevas estrategias; tal es el caso de la Sociedad Mexicana de Psicología y la Sociedad de Psicología Clínica. (Díaz – Guerrero, 1980, Valderrama, 1985 en Hernández y Rojas, 1998).

En nuestro país la mayor parte de los programas desarrollados por el Sistema Nacional de Salud tiene como objetivo prioritario la atención y capacitación, con la finalidad de cubrir dicho objetivo, en 1986 se crea el primer programa de formación a nivel Postgrado, establecido en el modelo de las residencias médicas, para su formación y, desempeño se emplean los campos clínicos de las Instituciones del Sector Salud, lo que les permite participar en los diferentes niveles de atención.

Este programa tiene una duración de tres años y el residente recibe la misma beca económica que los médicos residentes. En 1992 el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud, forma otro programa, el cual tiene como objetivo dar Atención Integral a la Salud, este a diferencia del primer programa tiene una duración de dos años y se enfoca solamente a la atención primaria. (Duran, 1996 en Rodríguez y Rojas, 1998). Cada vez más se han creado nuevos programas de formación, tal es el caso de la Universidad Veracruzana y Guadalajara.

Sin lugar a duda otra de las formas con las cuales se ha visto beneficiada la Psicología de la Salud es con la organización de Congresos y Conferencias; el

primero se llevó acabo en 1992 y el segundo en 1996, este último organizado por la Facultad de Psicología de la UNAM.

En el lapso del 92 al 96 Rodríguez, Hernández y Ramos publicaron una investigación enfocada a la indagación de las líneas de investigación de los Psicólogos de la Salud en América Latina, encontrando que en México, las principales investigaciones se encuentran encaminadas en los siguientes temas:

- Ω Enfermedades crónico – degenerativas que incluían temas como: el dolor crónico, factores de riesgo y conductual.
- Ω Manejo psicológico de las alteraciones psicofisiológicas como: el dolor de cabeza y el asma.
- Ω Aspectos psicosociales de las adicciones y
- Ω Conductas sociales como factores de riesgo en las infecciones por VIH.

Esto nos lleva a pensar que hay un proceso de reflexión que se ha iniciado sobre los frutos y las posibilidades científicas y profesionales de la Psicología de la Salud dentro del conjunto de disciplinas involucradas en la atención de la Salud y ante los problemas que enfrenta actualmente México (Rodríguez y Rojas, 1998).

Actualmente se encuentra mucho material relacionado al desarrollo de la Psicología de la Salud en México, no obstante mencionaremos dos acontecimientos que resaltan el progreso de la Psicología de la Salud en lo general.

El primero consiste en el análisis conceptual realizado por Ribes (1991) quien argumenta que el uso del modelo sociocultural y el modelo médico deben insertarse a lo largo de un eje, por lo que propone un modelo psicológico, que implica al proceso biológico, las condiciones sociales, las medidas efectivas para alterar la práctica cotidiana de los organismos con el fin de intervenir, prevenir, curar y rehabilitar. Como podemos observar la importancia de su modelo radica

en el hecho de considerar las posibilidades de acción psicológica en un terreno hasta este momento no explorado consistentemente.

El segundo caso se refiere al planteado por Rodríguez y Palacios (1998) quienes comentan que debido a los avances de la psicofisiología y a la Psicología experimental se ha abierto otra posibilidad de acción a los psicólogos en esta área. De tal forma que dichos avances les han permitido el realizar una programa de entrenamiento a nivel Posgrado, que forma parte de la maestría de Psicología General Experimental, donde se instruye a los psicólogos a la aplicación de habilidades metodológicas, elaboración de diseños e instrumentos de medición y técnicas de penetración dirigidas a la comunidad.

A pesar de esto se ha identificado que sólo el 46% de psicólogos empleados ofrecen sus servicios en el sector salud, el 26% tiene funciones en servicios psicológicos personales y el porcentaje restante ejerce funciones distintas a la Psicología, así mismo, no se complementa la investigación con la práctica. Esto último se debe a que la mayoría de las investigaciones, parten de los programas de enseñanza y no por parte del sector salud, lo cual se ha convertido en una barrera para avanzar en el sector salud y el ámbito hospitalario.

Bazan (2002) en un reporte de investigación "Contribuciones de la Psicología de la Salud en el ámbito Hospitalario de México", señala que el no considerar al psicólogo como participe del sector salud tiene varias implicaciones en la cobertura, ya que en México hay pocos Psicólogos inmersos dentro del área de la salud prestando sus servicios, a ello se suma que el hecho de que el nacimiento de la Psicología de la Salud en México es más académica que social y política, es decir, el estudiante lleva sus proyectos de investigación a los escenarios de salud, con el fin de obtener la tesis de maestría o doctorado, por lo tanto, la Psicología no es considerada una necesidad dentro del área para el médico o el usuario. Contrario a esto Carrascoza y Ayala (2000) consideran que pese a la forma en como es catalogado el Psicólogo de la Salud, este debe buscar el reconocimiento

a través de las propuestas integrales en diferentes dimensiones (epistemológicas, teóricas, metodológicas y de intervención) que supere las limitaciones académicas del surgimiento de la Psicología de la Salud y las típicas del modelo médico.

La pregunta es cómo superar éstas limitaciones, la primera forma de hacerlo es atender y entender el proceso de salud – enfermedad desde el punto de vista psicosocial, tema del cual hablaremos más adelante, en segundo considerar al usuario o paciente como un ser activo, es decir, hacerle saber como influye su conducta y sus pensamientos en su salud y en su enfermedad, así mismo será él, quien decida sobre las metas y estrategias para alcanzar sus objetivos de cambio. En estos casos el papel del psicólogo es básicamente de apoyo y guía de un proceso, de esta forma se supera el problema de conceptualizar al usuario como un sujeto pasivo.

En tercer lugar promover el concepto de salud, reconociendo que es algo que se desarrolla mediante un estilo de vida, en cuarto lugar tomar en cuenta el perfil epidemiológico, poniendo mayor atención a las cuestiones de comportamiento, como factores de riesgo, en quinto lugar, seguir formando líneas de investigación, pero esta vez desde un plano más realista, que parta de las mismas necesidades del sector salud y de las cuales poco se ha investigado, en sexto lugar promover el estudio de la calidad del servicio en el sector salud y por último incitar a la población para que aprenda a demandar un servicio de calidad.(Bazan, 2002).

Con los mismo propósitos el presidente Vicente Fox dio a conocer en un comunicado de Prensa el día 30 de abril del 2002 que se fijan como meta el atender 11.7 millones de niños durante el proceso escolar a lo largo de su periodo presidencial, y para ello se ha desarrollado un programa multidisciplinario que tiene como fin:

Ω Promover el bienestar integral de los niños;

- Ω Fomentar los valores y actitudes que los capaciten para formar estilos de vida saludables;
- Ω Brindar las herramientas necesarias que les permitan aprender el cuidado de su salud, así mismo, prevenir conductas de riesgo y enfermedades;
- Ω Promover la participación de los padres de Familia y
- Ω Coordinación de acciones conjuntas con líderes, organizaciones públicas y privadas en el cuidado de la salud.

Las líneas de acción del programa son:

- Ω Educación para la Salud.
- Ω Prevención, detección y referencias de casos.
- Ω Promoción de ambientes escolares saludables y seguros.
- Ω Participación social.

Con este tipo de programas la Psicología de la Salud en México se ve beneficiada en todos los aspectos, lo que le permite la creación de nuevas líneas de investigación y su expansión dentro del área de la salud.

La Psicología de la Salud en México aún tiene mucho que hacer por propagar sus objetivos y áreas de aplicación, por ello debe insistir en su inserción dentro del Sector Salud, promoviendo el mantenimiento de la calidad de vida, a través de las políticas de salud, intervención primaria y educación para la salud.

1.4. Metodología de la Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud recobra mayor relevancia ante el nuevo perfil epidemiológico, mismo que muestra que, cada vez más, aumenta la prevalencia de las enfermedades relacionadas con los patrones de conducta nocivos para la

salud que se traducen en estilos de vida que, si bien son individuales, están determinados (total o parcialmente) por las condiciones de vida en las que viven las personas, lo que implica para su modificación una necesaria alteración de los sistemas sociales y de las condiciones de vida, así como de estudio e identificación de contextos de alto riesgo que permitan el diseño de estrategias de intervención específicas a estos medios. Las estrategias de intervención implican la evaluación integral de los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales, como parte del modelo biopsicosocial, con el propósito de lograr entender aquellos procesos que se dan en estas tres áreas para dar un mejor diagnóstico, y por ende, elaborar tácticas para el funcionamiento de los diversos tratamientos.

Sin embargo la evaluación no es la única forma de metodología bajo la cual se puedan elaborar estrategias de intervención, pues actualmente se habla de la metodología participativa, la cual ha mostrado su eficacia en respuesta a ciertos problemas sociales relevantes. Entre ellos destaca el mejoramiento de la salud a través de diferentes recursos como la educación popular y las acciones de desarrollo social. (Ortiz,1996).

Duran, Rincón y Becerra (1995) estipulan que la metodología participativa es una alternativa metodológica, se caracteriza por la plena participación de los individuos dentro de los procesos sociales en los cuales se encuentra inmersos actualmente, de esta manera pueden ser guiados a la práctica real, el objetivo primordial de dicha metodología es enseñarle a los participantes a adquirir habilidades que les permitan afrontar el proceso de salud – enfermedad. Su funcionamiento se encuentra establecida en tres puntos: 1) partir de la realidad, extrayendo los elementos conceptuales, que a su vez generan nuevas estrategias, 2) un proceso de reflexión, análisis y teorización de los temas de interés colectivo y 3) la práctica de lo aprendido. Esta metodología establece que los individuos no actúen como seres pasivos, sino como agentes activos, pues considera que es una forma bajo la cual la gente se hace más conciente de sus actos.

Al proponer un cambio en la relación del sujeto a objeto a una relación de sujeto a sujeto, en donde los usuarios son estudiados y estudiosos, así, identificarán los aspectos en los que requieren un cambio, igualmente le permite al usuario expresarse libremente tanto de sus necesidades y creencias de salud, las propuestas que se realizan a lo largo del proceso de ésta metodología deben ser acordes a las necesidades del usuario, respetando su opinión.

Cómo hacer para que la metodología participativa lleve al usuario a la práctica real y qué estrategias le permiten llevar a cabo. Para dar respuesta a estas preguntas Ortiz (1996) expone que para guiar al sujeto a la realidad debe conocer primero cuáles son las creencias, actitudes y valores con respecto a la salud, con esto se parte a realizar un análisis de los mismos en conjunción (psicólogos y participantes), destacando cuáles son los comportamientos que a su entender son saludables o nocivos, recordemos que las creencias, actitudes y valores son socialmente aprendidas y reflejan el grupo social al que pertenece una persona, por lo que si las propuestas de transformación de estas creencias no concuerdan con sus patrones de comportamiento consideradas como saludables por su grupo de pertenencia, se tendrán pocas posibilidades de éxito.

Es en este contexto donde las características de la metodología participativa cobra un vigor especial en cuanto que sus estrategias no son impuestas, sino que surgen, se instrumentan y evalúan desde la realidad de los participantes, por lo tanto, en ningún momento se rompe la estructura del proceso entre el programa de salud, las creencias e intereses de los participantes y las características del entorno.

Es así como la metodología participativa representa un proceso integrado y coherente que se adhiere a las características del entorno del participante. Esta metodología se ha orientado a crear programas de intervención para dar solución a problemas en el desarrollo social, pero también se realizan programas pertinentes para los grupos que comparten problemas de salud en común como;

grupos de pacientes con cáncer, enfermedades renales o crónicas, hipertensión; a quienes se proporciona generalmente sólo cursos de educación para la salud. Cabe destacar que dicha metodología se hace a través de la difusión de prácticas de salud.

1.5. Difusión de prácticas de Salud.

Hemos denominado este apartado “difusión” para acentuar un aspecto relevante en el campo de la Psicología de la Salud: la divulgación del proceso de influencia en toda la comunidad, que interviene en la conducta de las personas de modo que tienda a aumentar por una parte la prevención de enfermedades graves. Goldstein y Krasner (1991) señalan que conducir a la Psicología de la Salud a un nivel comunitario implica contar con una compleja red de organizaciones, contextos laborales, proveedores y promotores privados, los medios de comunicación y con los espacios recreativos y equipamientos necesarios para poder llevar a cabo una difusión adecuada que cumpla con las expectativas no solo de la comunidad a la que va dirigida, sino que además se abran más espacios que permitan su incidencia. Las principales técnicas del proceso de difusión y de influencia que se utilizan son los manuales de auto –ayuda y los programas televisivos a horas estratégicas y contactos telefónicos con grupos de individuos influyentes.

Las investigaciones hacen varias recomendaciones como: bajar de peso en caso de ser necesario, realizar ejercicio mínimo durante media hora, disminuir el consumo de tabaco y la ingesta de alcohol, modificación de hábitos de nutrición para disminuir el consumo de sal, grasas y colesterol. Un ejemplo de difusión de prácticas de salud es el que menciona Goldstein y Krasner (1991) en su artículo Aplicaciones de la Salud, el cual tiene como objetivo enseñar a las personas a consumir menos cantidades de sal y grasa, esta investigación se realizó con dos grupos (un experimental y un control), el grupo experimental cada vez que se dirigía al supermercado durante sus compras se le exhibían diversas imágenes que contenían información sobre “ como ingerir menos sal y cómo sacarle mejor provecho a los nutrientes”, mientras que al grupo control no se le administraba

ningún tipo de información. Los resultados demostraron que el grupo experimental se benefició del programa a través de la información, ya que hubo una reducción de enfermedades coronarias dentro de la comunidad (grupo experimental). Actualmente se difunde un programa similar al anterior, solo que este se transmite por televisión; en él sale un cocinero de un restaurante japonés girando su cuchillo de cocinero y apartando la grasa de un filete. El narrador advierte al espectador que casi la mitad de la grasa de la carne no se ve. Si usted desea comer carne, hágalo en pequeñas porciones.

Pérez (2002) plantea que la difusión de la salud se está ganando un espacio cada vez mayor en el ámbito mundial, pues está siendo fuertemente promocionada, quizá se deba al hecho de que la tecnología médica está fallando en este aspecto, produciendo resultados cada vez menos visibles, por lo que resulta imprescindible la búsqueda de nuevas estrategias propuestas.

Sin embargo hay una cuestión que es importante preguntarse ¿cómo se realizaría una difusión de prácticas adecuadas de salud? Ante dicha pregunta cabe destacar que existen dos aspectos relevantes “conductas y modificación de estas conductas” y que ambas llevan a la difusión de prácticas adecuadas de salud.

Para conocer las conductas de salud que sean propicias para desarrollar un programa de difusión, Goldstein y Krasner (1991) señalan que una conducta de salud está regulada por la educación sanitaria que una persona recibe a lo largo de su vida; por ejemplo: seguir una dieta equilibrada o hacer ejercicio. Por su parte Latorre y Beneit (1994) determinan que estas conductas de salud son importantes por varias razones entre ellas:

- a) Están implicadas en el proceso de salud – enfermedad y
- b) Por ser parte de un hábito.

Este último punto se encuentra ya establecido en el comportamiento de una persona, poniendo en marcha su comportamiento de manera automática. Las principales características de los hábitos son: que es una conducta aprendida, se mantiene y se extingue a partir de las reglas del mismo aprendizaje.

Así mismo las conductas de salud se caracterizan por ser inestables, ya que las conductas están bajo el control de diferentes factores sociales, políticos, económicos, ideológicos y culturales por lo tanto al haber un cambio en estos factores lo habrá en la salud. Estos factores son considerados como determinantes de las conductas de salud, destacando que los que mayor influencia tienen en las conductas son:

- Ω Los sociales: algunos comportamientos se encuentran ligados al contexto familiar, núcleo en el que se reciben las primeras experiencias sociales, por ejemplo; los padres enseñan a los hijos a cepillarse los dientes tres veces al día, lo que se convierte en un hábito perdurable y resistente al cambio. Otro factor social es la práctica de valores, en donde los hábitos son menos estables. Una tercera categoría es la influencia de los grupos, en donde se ejerce la presión para beber lo que se convierte en un hábito.
- Ω Personales: tienden a controlar los hábitos de salud por medio de la auto percepción de síntomas, de factores emocionales; por ejemplo el hábito de fumar se relaciona con el estrés, por último las creencias y actitudes forman parte de las firmes convicciones de que determinados comportamientos pueden ayudarles a evitar una enfermedad.

Determinado lo anterior se deben de modificar las conductas que representan un riesgo para la salud del individuo y establecer conductas de salud que sean propicias para su desarrollo físico, emocional, biológico y psicológico. Se ha introducido una palabra que es clave para la promoción de conductas de salud “modificación”. En lo que se refiere a la modificación de conductas de salud Beneit (en Latorre y Beneit, 1994) parte de la hipótesis de que, si las personas son persuadidas de que ciertos hábitos son perjudiciales para su salud, estarán en

primera concientes y motivados para ejercer un cambio. Por lo cual es necesario explicar las características principales de la conducta de salud y de los factores que tienen más influencia sobre los mismos, pues al conocer los factores (sociales, personales, culturales, etcétera) será más fácil actuar sobre ellos y realizar la modificación. La aproximación Cognitivo – Conductual ha sido una de las teorías que ha arrojado resultados más satisfactorios en lo que respecta a la modificación de conductas de salud se refiere; los éxitos logrados se deben en medida a la combinación de técnicas tradicionales de modificación de conducta y a la orientación cognitiva, aunado a los principios que fundamentan dicha teoría. Las técnicas de intervención Cognitivo – Conductual no solo son funcionales para la modificación de hábitos de salud, sino que también son aplicables a otros problemas relacionados con la salud.

Las técnicas para modificar esas conductas son:

- a) Mensajes que provoquen miedo o amenazas: La relación existente entre el miedo y la intención de cambiar un comportamiento es directo, cuando la relación es manifestada por una persona tiende a incrementar su miedo por fumar, por que este a la larga produce cáncer, entonces, la persona llegará a modificar sus hábitos de fumar. Recientes investigaciones concluyen que el miedo no modifica en nada los hábitos, sino que sucede todo lo contrario.
- b) Mensajes informativos: Estos mensajes pueden dar pie a cambiar ciertos hábitos, pero para que esto suceda se debe efectuar un análisis del tipo de personas a las que va dirigido, el horario, los tipos de colores a utilizar, el lenguaje, las imágenes y el dinamismo de la información. Los argumentos deben ser directos, cortos y claros, teniendo siempre un inicio y un fin, principalmente si son dirigidos a la salud – enfermedad. Es así como se llega a la difusión de prácticas de salud.

La estrategia propuesta por Pérez (2002) se basa en retomar los principios del espacio de salud que sirvan de marco conceptual a la investigación y desarrollar la misma a partir del establecimiento de un conjunto de hipótesis contrastables. Los principios de partida serían los siguientes:

- Ω Los problemas de salud que se presentan con más frecuencia.
- Ω Contexto social, político y económico de la población.
- Ω Mecanismos de conservación transmitidos a las nuevas generaciones de las adaptaciones exitosas y, en el plano social, de la herencia de determinadas condiciones de vida materiales y de determinados modos de conducirse (modos o estilos de vida en el campo psicosocial).

Conocido los puntos anteriores se prosigue a enfocarse a las matrices de la difusión: la matriz de agregado, matriz temporal y matriz espacial y, con ello plantear el programa de difusión más apropiado para la comunidad.

1. Las matrices de agregado: Hacen referencia al conjunto de personas a las que va dirigida la difusión.
2. Las matrices temporales: Estudian los tiempos y espacios en los que se presenta una enfermedad representativa de la época, se hace un análisis de los mismos y del contexto epidemiológico. La finalidad es construir instrumentos de cambio socio – económicos dirigidos a lograr el desarrollo.
3. Las matrices espaciales: Se refiere al problema de las desigualdades en la distribución del espacio, de la vulnerabilidad y los problemas de salud, es decir, se debe observar la distribución de los recursos con los

que cuenta un grupo social y los espacios de salud más cercanos, para hacer esto más heterogéneo.

Las estrategias de difusión de salud deben abarcar los tres niveles de agregados para ser efectivas.

Por su parte Oblitas y Becoña (2000) estipulan que a pesar de que se realice una difusión bien preparada y se tomen en cuenta todos los elementos necesarios las personas no cambian del todo sus hábitos, las preguntas en cuestión son: ¿por qué la gente no ejecuta los cambios necesarios? Y ¿qué más debe hacerse para difundir estilos de vida saludables?.

Podríamos decir que la gente no trata de hacerlo porque considera que no requiere de un cambio, porque no lo quiere hacer, porque no tiene tiempo, porque se siente bien, etcétera. Son múltiples las situaciones y razones por las cuales no trata de modificar ciertas conductas que son perjudiciales para su salud.

Hoy día sabemos que la mayoría de los decesos se debe a la práctica de conductas inadecuadas como:

- a) Fumar.
- b) Beber alcohol:
 - 1- Accidentes.
 - 2- Enfermedades.
- c) Mala alimentación.
- d) Manejar a velocidades no permitidas.

Por mencionar algunas, lo que significa que las causas infecciosas son ahora más controlables, y esto se vuelve un reto para la Psicología en general, lo que nos guía a responder la segunda pregunta. El conocimiento es importante pero no suficiente para producir un cambio de conducta, en este caso las técnicas parecen

ser idóneas para hacerlo, al igual que un cambio en las actitudes y creencias de las personas, ambos puntos parecen ser una buena estrategia para difundir prácticas de salud. En lo que atañe a esta difusión Oblitas y Becoña (2000) investigan alguna forma en que se puedan conjugar ambos elementos (Técnicas Cognitivo – Conductual y Actitudes y Creencias), pues hasta el momento la Psicología social ha trabajado en el área de la salud las creencias y las actitudes, mientras que la Psicología clínica ha tenido como objetivo principal producir cambios de conducta sea de tipo interno o externo.

1.6. El papel del Psicólogo de la Salud en México.

Como mencionamos anteriormente la Psicología de la Salud tiene poco tiempo de ser instituida como tal, lo que significa que el papel del psicólogo tiene muy poca difusión. Hoy en día sabemos que el no considerar al psicólogo como parte del sector salud tiene ciertas implicaciones en la cobertura, pues, en México hay alrededor de 2000 psicólogos en la prestación de servicios de salud, para una población mayor a los 100 millones de habitantes. (Rodríguez y Rojas, 1998).

Esta situación se ve reflejada en el ámbito hospitalario, donde ni siquiera es considerada como una necesidad la asistencia psicológica, de este modo los únicos trabajos que se llevan a cabo son los que proveen los planes de estudio mediante residencias y por otro lado, la asistencia de personal en proceso de titulación.

Para mostrar lo anterior sabemos que no se cuenta con un espacio laboral para la Psicología de la Salud, esto se detecta al haber poca investigación, a que no se toma aún como una especialización dentro de la misma carrera, porque no se demandan los servicios de un Psicólogo de la Salud en las Instituciones de Salud, etcétera, y si a esto le agregamos que el psicólogo es considerado únicamente un auxiliar de otras profesiones, todo esto disminuye su credibilidad en lo que respecta a sus conocimientos, experiencias e investigaciones como profesional de la salud, (Ramírez, 2003).

Las desventajas que esto representa es que se dejan de aprovechar las habilidades, los conocimientos y las expectativas de los Psicólogos de la Salud, alrededor del proceso de salud – enfermedad. En un estudio realizado por Urbina y Rodríguez (1993) en las Instituciones de Salud Pública, se encontró que el número de psicólogos que laboran en el sector salud es de 1546, ubicándose aproximadamente el 61% en la Secretaria de Salud (SSA), el 14% en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 10% en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE) y el 15% en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), siendo esta última institución la que más dirige el trabajo de los psicólogos al otorgamiento de servicios psicológicos personales con un 79%, seguida del ISSTE y por el IMSS (67 Y 44%). En general el 18% de los Psicólogos no efectúan labores que involucren ejercicio profesional, es decir, 430 Psicólogos contratados no ejercen como tales en las Instituciones.

Sabemos del reto que implica el atender ciertos pacientes durante todo un día, de las inversiones que hay en el campo de la Salud, y por lo mismo es necesario buscar nuevas fuentes profesionales que aporten nuevas tácticas a la salud, pues siempre se habla de un trabajo multidisciplinario; un trabajo que es más superficial que real. A lo que agregamos que las condiciones del país en cuestiones políticas, sociales, ambientales y económicas son cada vez más deplorables. Esto nos hace pensar que aún no se vislumbran las posibilidades de inserción del psicólogo de la salud, pero no todo es malo, pues pese a ello cada vez más son los psicólogos interesados en incursionar en los asuntos de la salud – enfermedad.

Anteriormente mencionamos que diversas Universidades están estructurando programas de maestría dirigidas a Psicólogos que quieran obtener la especialidad en Psicología de la Salud. Lo que nos da la posibilidad de dar a conocer lo que puede llegar a ser un Psicólogo en una Institución de Salud por eso es conveniente como lo indica Ramírez (2003) tenemos que esperar los reportes de

los profesionales involucrados en esta área, en lo que respecta a las investigaciones que se han realizado en el curso de su formación, sin embargo lo más interesante en este caso, sería que también reportarán sus vivencias, las problemáticas que han tenido que enfrentar, que actividades han realizado fuera de su jurisprudencia, aquí es donde se puede observar si este intento solo queda en la academia o ha logrado trascender como profesión.

Hasta este momento hemos mencionado de manera general como los psicólogos buscan explorar el campo de la Salud en México, por lo que toca hablar de las actitudes y creencias que tienen los miembros ya establecidos en dicha área, con respecto a las aportaciones que hace el Psicólogo de la Salud.

En otra investigación realizada por Salinas, González y Castillo (1999) sobre las actitudes del personal del sector salud en México hacia las actividades del psicólogo en el sector salud, concluyeron que existen diferencias significativas en el grado de aceptación y rechazo por parte de los administrativos, integrantes de hospitales, oficinas normativas y especialistas de la salud. Así mismo encontraron como dato importante que existe una menor aceptación por parte del personal de centros de salud para integrar a los servicios psicológicos y completarlos a los biomédico, es decir, se acepta que debe haber servicio de Psicología, pero cada servicio debe funcionar aparte, sin interrelacionarse lo cual puede constituirse en un límite al trabajo preventivo de tipo interdisciplinario, tan urgente en nuestro país dado su perfil epidemiológico.

Resaltan varios aspectos hasta el momento, el primero es que el Psicólogo en México funciona más como un agente pasivo que activo, en segundo lugar resulta ser a opinión de los demás profesionales una falta de respeto que el psicólogo se involucre con algún usuario o paciente, si él no lo autoriza, en tercer lugar hay muy poca aceptación en que el Psicólogo intervenga en actividades como evaluación de servicios del impacto de actividades preventivas y de promoción, la formación de programas de garantía de calidad y la reorganización de los servicios conforme a las necesidades de la población, por último se sabe de la

necesidad de un Psicólogo en dicha área, sin embargo no se demandan sus servicios.

Esta perspectiva puede cambiar, y la visión más clara para ello es la que menciona Duran, 1998 (en Rodríguez y Rojas, 1998) al plantear en su artículo “La Participación del Psicólogo en la Atención Integral a la Salud, un claro ejemplo es el entrenamiento que se brinda en la Unidad Avanzada de Atención a la Salud en Teocelo, Veracruz. Este modelo tiene como finalidad aumentar el nivel de resolución de los problemas de la salud como una estrategia de Atención Primaria.

En este modelo el psicólogo funge como un recurso humano importante en la medida en que promueve la participación en la comunidad, cabe mencionar que cuando se empezó a desarrollar el programa el psicólogo solo tenía como función el ser auxiliar de otras áreas, pasado el tiempo se consideró necesario integrarlo más en los aspectos de la salud, de esta manera se le proporcionaron las herramientas necesarias y así, realizar actividades que fueran de su competencia, como por ejemplo:

- Ω El Centro de Recursos de Apoyo para la Enseñanza y el Aprendizaje en la Salud: en el se le informa de manera didáctica a la comunidad a fomentar y mantener conductas auto – cuidado de salud.
- Ω La Concertación Social de Decisiones: en este modulo se basa que todos los habitantes de la comunidad se involucren en la toma de decisiones, que se hacen dentro y fuera del programa de salud, de igual forma, se buscan dentro de la comunidad nuevas propuestas dirigidas al mismo objetivo.
- Ω La Garantía de Calidad: busca involucrar a la comunidad de forma activa en el proceso de atención a la salud, dentro y fuera de la unidad.

En estos tres módulos el Psicólogo de la Salud tiene establecido con mayor solidez su campo de acción y es a través de este trabajo donde se abre una brecha para el Psicólogo de la Salud en México, la cual va a la par con el desarrollo de la Psicología en el país.

Rodríguez, (1984) y Bazan (2002) mencionan que ampliar la demanda del psicólogo no es suficiente, pero si podría ser importante, para continuar con la aceptación del psicólogo.

Por lo que propone el trabajar aun más en la definición y delimitación de la dimensión psicológica en los procesos de salud – enfermedad y la reorganización de las prácticas de servicio social, como estrategia de inclusión.

Estas investigaciones nos dan la pauta para saber que actualmente la inserción del psicólogo dentro del sistema de salud es incierta, a pesar de que se sabe de las contribuciones de la Psicología al campo de la salud.

*“Vale más una mirada hacia atrás,
Que una mirada hacia Adelante”*

** Arquímedes **

CAPITULO II

2 - EL HIPOCONDRIACO EN EL SECTOR SALUD

2.1. Antecedentes históricos y definiciones de la hipocondría

En el presente apartado los dos temas a tratar se irán desarrollando conjuntamente, debido al contexto histórico en el que se desarrolla.

Ciertamente cuando a una persona se le pregunta ¿cómo esta? nos da un informe de sus enfermedades más recientes. Las personas que se preocupan de forma exagerada por su salud y padecen de miedos poco realistas sobre las supuestas enfermedades, pueden presentar lo que se denomina Hipocondriasis. La persona que padece dicho trastorno, es capaz de describir una sintomatología física, aunque no exista ningún problemas orgánico subyacente o, si llegase a existir, el sujeto exagera en forma desmedida sus síntomas.

Históricamente el trastorno hipocondríaco es un fenómeno que se viene presentando desde la antigüedad y de manera frecuente en la población general, llegando a suponer que el 35% de las consultas de atención primaria así como consultas ambulatorias de cualquier especialidad medico – quirúrgicas son de atención hipocondríaca. Además de su alta prevalencia, los hipocondríacos suponen un 10% del gasto médico de cualquier país desarrollado, además debemos tener en cuenta que los hipocondríacos presenta una incapacidad superior y una calidad de vida significativamente inferior a la de la mayoría de los pacientes médicos.

Por último, y no menos importante, hay que decir que el hipocondríaco produce una elevada frustración entre el personal sanitario, constituye una de las principales causas más importantes del “ Síndrome del profesional médico quemado” (Lippsitt, 1970 en García – Campayo, Salvanés y Álamo, 2001).

Actualmente el término hipocondría incluye un interés desmedido por cuestiones de salud, el temor de padecer una enfermedad, la tendencia a obtener ciertas ventajas y tener un estilo de relación muy particular con el médico. Para llegar a dicho término hubo antecedentes que le dieron forma y estructura, Ylla, 1999 (en García – Campayo, Salvanés y Álamo, 2001) puntualiza que el término “hipocondría” alude a una parte del cuerpo – la zona debajo de las costillas y del cartílago xifoides – y, este fue acuñado por primera vez por Galeno de Pérgamo (130 – 201 D. C.) para designar una forma de melancolía, que siguiendo a Hipócrates se debía a un exceso de bilis negra, considerada en la teoría de los humores como la causante de la melancolía, después paso a formar parte de la lista de los trastornos nerviosos.

El concepto de hipocondría como enfermedad independiente tuvo su mayor auge en el siglo XVIII. De los muchos cambios que han tenido lugar a lo largo de la historia del término hipocondría quizá el que ha dejado más huella es el de neurastenia, término acuñado y referido a un cuadro nosológico descrito en los años sesenta del siglo XIX.

Entonces lo que se había llamado hipocondría, a partir de ese momento, se llamo neurastenia, con el paso del tiempo la hipocondría adquiere como significado miedo a las enfermedades, es así como desaparece el término hipocondría como entidad nosológica y se convierte en un complejo sintomático (síndrome). Baur (1989) explica que a mediados de este siglo, afín de superar la confusión creada por el desmembramiento de la hipocondría, se intento desconocer la existencia del mal. Casi no se le investigaba, no se escribía nada sobre éste y el término mismo desapareció de los catálogos nacionales e internacionales de los trastornos reconocidos. Pero según se advertía cualquier observador desprejuiciado, la hipocondría seguía existiendo y poco a poco volvió a introducirse en la conciencia médica Algo así paso después con el término de neurastenia, el cual cambio y fue adscrito nuevamente a la hipocondría. En 1869 Kahlbum (en García – Campayo, Salvanés y Álamo, 2001) en su clasificación de los trastornos psíquicos diferenció

claramente entre forma de estado y forma clínica, la preferencia de un punto de vista clínico en que la clasificación de los cuadros se basa en el desarrollo, curso y desenlace de la enfermedad, pero tampoco con él, la hipocondría perdió del todo su independencia nosológica.

El abandono definitivo de esta forma de entender la hipocondría ocurrió indiscutiblemente en 1904 promovido por el psiquiatra Robert Wollenberg, fue así como la hipocondriasis perdió el estatus de una enfermedad independiente para convertirse en un auténtico estado que puede surgir no solo en la neurastenia sino en cualquiera otra enfermedad, a modo de una variación en la manera de encontrarse, Vg. Melancolía hipocondríaca, paranoia hipocondríaca, etcétera.

Actualmente la hipocondriasis se encuentra dentro del grupo de los trastornos somatomorfos, siendo para el sistema sanitario de cualquier país la preocupación más grandes, debido a la elevada prevalencia de los trastornos, la escasa calidad de vida, los elevados costes sanitarios y el difícil manejo de los profesionales sanitarios, por lo cual la define como: “la preocupación y el miedo a tener, o padecer una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales” (Marín y Martínez, 1995).

Catalán (2002) define la hipocondría como “una preocupación excesiva por la salud” y especifica que la vida de una persona con este trastorno es normal, sin problemas ni grandes agobios, lo que es molesto es la presencia de malestares físicos incomprensibles que nunca encajan en los cuadros médicos oficiales. Las náuseas, los mareos, el vértigo, el aturdimiento, son tan evidentes que sería absurdo no pensar que obedecen a alguna misteriosa enfermedad, siendo que no se ve ni se reconoce el poder de la ansiedad como causa de los síntomas.

Esto significa que las emociones para un hipocondríaco se encuentran ocultas, no son visibles, ni palpables, hasta que una persona ajena a su persona las observa lo que nos hace pensar que el hipocondríaco no tiene las capacidades necesarias

para encontrar el sentido a sus emociones, sólo se percata de un dolor de cabeza, de estomago, de las articulaciones, un extraño cansancio, molestias musculares, sensaciones inquietantes, y todo ello lo hace sospechar de una enfermedad. Lo que hace evidente lo difícil que es para ellos aceptar sus problemas psicológicos. Con lo hasta aquí mencionado sabemos que el hipocondríaco interpreta incorrectamente sus síntomas corporales, manteniéndose hipervigilante y a la expectativa en relación a su cuerpo.

La sospecha de enfermar los lleva a estar vigilando todos los sucesos que ocurren en su cuerpo. Aunado a esta hipervigilancia y expectativa, están las visitas constantes a los médicos, lo que resulta desagradable para la familia y el médico, sin embargo, al hipocondríaco eso no le interesa. Hay que señalar que los enfermos hipocondríacos no suelen ir a consulta médica, precisamente por calmar sus síntomas, sino por temor a que les diagnostiquen una enfermedad incurable o que los lleve directamente a la muerte instantánea.

Avia (1993) señala que el proceso a través del cual se desarrolla el trastorno hipocondríaco tiene su origen en experiencias previas que tienen que ver con enfermedades propias o de la familia, por ejemplo; se puede topar con una enfermedad que fue mal diagnosticada, la muerte de un familiar, etcétera. A partir de éstas experiencias se forma una serie de creencias irracionales acerca de la salud, por ejemplo; pensar que los cambios corporales son una señal de alarma, de que algo está funcionando mal en su organismo.

Estas creencias pueden mantenerse en estado inactivo hasta que el simple hecho de percibir un síntoma físico nunca antes percibido activa la creencia. Como el criterio que rige al hipocondríaco es disfuncional atenderá a aquellas señales que se han formado a lo largo del tiempo dentro de su sistema de creencias, ignorando las explicaciones racionales que van en contra de sus sistemas.

La cadena de elementos precipitará emociones negativas, es decir, la ansiedad por la propia salud se manifestará en todos los niveles y hace que la persona este alerta de lo que ocurre en su cuerpo, por lo que define a la hipocondría como “una exagerada y ansiosa preocupación o un manifestado temor a tener una enfermedad incurable, basada en la presencia de molestias y alteraciones del funcionamiento normal que el paciente interpreta como indicadores de un padecimiento serio.”

Una característica de estas personas es la poca atención a la modificación de las opiniones y de su comportamiento, así como a la incapacidad de buscar ayuda profesional, a pesar de que las evaluaciones médicas solicitadas persistentemente, son negativas, y que las explicaciones del médico pueden aportar como prueba de lo infundado a sus temores. Por lo que es muy común encontrar historiales clínicos llenos de múltiples consultas, diagnósticos y tratamientos médicos o quirúrgicos sin beneficio alguno.

Por ejemplo el Dr. José Antonio García Higuera (en Schneider, 1986) reporta que en los Estados Unidos se han estudiado a los pacientes que acuden al Sector Salud y ha encontrado que entre el 4% y el 9% de ellos lo hacen debido a síntomas hipocondríacos, destacando que las diferencias significativas entre las personas están en función de la cultura a la que pertenecen, al sexo y a la edad, puntos que trataremos más adelante. Desgraciadamente en México se ha hecho poca investigación con respecto a este trastorno, por lo mismo no se encuentran datos estadísticos que reporten su incidencia, además que dentro del campo psicológico este tema es tratado con mayor frecuencia en el ámbito clínico que dentro de la Psicología de la Salud.

Bajo esta misma línea Sarafino (1998) menciona que en una investigación realizada encontraron que la hipocondriasis se encontraba relacionada con la edad, el sexo y la herencia, y estas estaban relacionadas con la neurosis, siendo este último la causa de su manifestación.

Por su parte Baeza (2001) determina que los componentes esenciales de la hipocondría se pueden dividir en tres formas de respuestas:

Ω Cognitiva:

- 1- Preocupación por los síntomas manifestados en su cuerpo y por padecer diferentes enfermedades.
- 2- Rumiaciones sobre síntomas, salud y enfermedades y sus consecuencias.
- 3- Auto –observación excesiva de las funciones del cuerpo y tendencia a verlas como señales de enfermedad.
- 4- Más atención a las consecuencias negativas y menos atención a los aspectos saludables.

Ω Fisiológicas:

- 1- Ansiedad.
- 2- Temores no relacionados con la realidad.
- 3- Cambios en el estado de ánimo.

Ω Conductual:

- 1- Hablar a propios y extraños de las múltiples afecciones y síntomas.
- 2- Búsqueda de información en diferentes fuentes.
- 3- Auto – observaciones repetidas y manipulación de diferentes partes del cuerpo para comprobaciones diversas.
- 4- Aumento de las visitas al médico y especialistas.
- 5- Disminución de otras actividades sobre todo las de buena salud y aquellas que implican responsabilidad social o laboral.

El tratamiento que en este caso se recomienda es la Terapia Cognitivo – Conductual, ya que ha demostrado mayor eficacia para estos casos, además de que toma en cuenta los tres factores ya mencionados. (el tratamiento se desarrollara en el apartado 3.7).

Hasta aquí queremos destacar que este trastorno no se relaciona con otros trastornos, por lo cual es importante realizar el diagnostico diferencial, y de esta manera dar un mejor tratamiento. Los trastornos con los que se asocian son:

- Ω Depresión.
- Ω Fobia (nosofobia).
- Ω Trastorno obsesivo – compulsivo.
- Ω Somatización.

De ahí a que se conozca cada uno de estos trastornos y lo que los diferencia del trastorno hipocondríaco. En este caso se indican dos pautas generales para el diagnóstico de la hipocondría:

- 1- La creencia persistente en la presencia de al menos una enfermedad somática grave, o la preocupación persistente por una supuesta deformidad.
- 2- La negativa de aceptar las explicaciones médicas que indican la ausencia de tal enfermedad o deformación tras exámenes y exploraciones repetidas.

A la par de esto se considera pertinente buscar dentro de la clasificación las principales características de este trastorno, sea, en el DSM IV – R o CIE 10, ambos coinciden en la identificación de un síndrome primario hipocondríaco, clasificado en el primer caso, entre los trastorno somatoformes, y en el segundo entre los trastornos Neuróticos Secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. El DSV IV – R- define a la hipocondría como una condición en la que predomina la interpretación persistente. (Bouden y Burstein,1990).

Así como ha ido variando el concepto de hipocondría a lo largo de su investigación, también lo ha hecho su significado, llegando a destacar que síntomas físicos reales o imaginarios son signos de una enfermedad grave, a pesar de la certeza médica de que no lo son. Dicha patología se ha generado a través de la palabra enfermedad; palabra que en nuestro tiempo es atribuida a un malestar o a un síntoma nunca antes percibido, es así como se crean los hipocondríacos.

2.2. Perspectivas teóricas con relación a la hipocondría.

La hipocondriasis constituye una fuente de investigación para diversas teorías, sean del campo médico, antropológico, psicológico y sociales. Todas ellas buscan una respuesta a dicho trastorno, de tal forma que puedan brindar un tratamiento que sea efectivo y que los haga crecer dentro del campo de la salud. Así mismo se considera importante conocer diferentes puntos de vista con relación a una sola enfermedad; lo que le otorga a quien la padece contar con más información.

2.2.1. Sociológicas.

Baur (1989) determina que la teoría sociológica de la hipocondría no se centra en el individuo sino en una sociedad que le causa a éste un estrés insoportable. Si las personas tratan de ajustarse a una sociedad hostil, en la cual es casi imposible que los pobres, los ancianos y otros sectores accedan a la seguridad física, el auto-respeto, el amor y otros aspectos esenciales, entonces estas personas desposeídas carecerán de los recursos necesarios para conservar la salud mental, así como los desnutridos no pueden conservar su salud física. Esos sectores serán propensos a muchas clases de trastornos mentales.

Para colmo la sociedad considera la enfermedad mental como la peor muestra de debilidad.

Así mismo, Avia (1993) ha detectado diferencias significativas que se refieren a las culturas así tiende a existir más el trastorno en los países mediterráneos, cuyos habitantes son más emocionales, que en los anglosajones, con mayor control sobre la expresión emocional.

Se ha encontrado también diferencias en el nivel social, los que tienen menor nivel, tienden a dar más explicaciones relacionadas con enfermedades físicas que a problemas psicológicos, lo que seguramente desencadena más hipocondrías en esta población. Los que tienen miedos hipocondríacos, son los que leyendo información sobre enfermedades temen tenerlas. Hay que señalar que los enfermos hipocondríacos graves no suelen acudir al médico precisamente por el miedo a que les diagnostiquen una enfermedad.

Bouden y Burstein (1990) concluyen que en el centro de toda experiencia social humana inicial esta la necesidad del contacto y del cariño, para entonces no caer en las acciones de co-dependencia y deseo de afecto desencadenando síntomas somáticos.

2.2.2. Bioquímicas.

Las teorías bioquímicas de la hipocondría reemplazan las explicaciones basadas en la dependencia y la autoestima por otras acerca del estado bioquímico del sistema nervioso central, tanto en su composición genética como en las modificaciones introducidas por las experiencias variadas de la vida. La investigación de los problemas químicos concretos que parecen acompañar ciertas formas de depresión y ansiedad se remonta apenas al decenio de 1950, pero ya existen indicios de que los hipocondríacos fóbicos o propensos a caer en el pánico mostrarían dificultades para desconectar o aquietar algunos sistemas cerebrales de regulación. Dicho de otra manera, existiría una base fisiológica para el antiguo descubrimiento de que el hipocondríaco suele ser un individuo susceptible y muy nervioso dotado de un cuerpo "molesto", (Baur, 1989).

A su vez, Avia (1993) señala que la gran atención que se tiene acerca de la preocupación general con el cuerpo, especialmente por las funciones fisiológicas, capacidades y limitaciones físicas, salud y aspecto en general, que el hipocondríaco auto-observa constante y cuidadosamente.

Bayle y Montes (2002) determinan que permite determinar la patología de los síntomas de tipo somático en conjunto con la configuración psicológica y así pueda entender los malestares del cuerpo independientemente de las reacciones en su mente o en sus relaciones.

Por lo antes mencionado no debemos ignorar que una persona hipocondríaca esté realmente enferma, en muchas ocasiones lo que hace es centrar su atención en síntomas leves o imaginarios y no en los verdaderamente importantes. Tchimino (2001) asegura que el hipocondríaco al centrar su atención en emocional en una determinada función bioquímica puede terminar por formar síntomas orgánicos reales.

2.2.3. Psicológicas.

En lo que concierne a la Psicología, la hipocondriasis ha sido tratada desde diferentes enfoques lo que a permitido el desarrollo de nuevos y mejores tratamientos que eleven la calidad de vida de las personas. Entre ellos se encuentran la terapia psicoanalítica, la cognitiva y la cognitiva – conductual.

Para Freud (1976) la hipocondriasis se manifiesta, como la enfermedad orgánica, en sensaciones somáticas penosas o dolorosas, y coincide también con ella en cuanto a la distribución de la libido. El hipocondríaco retrae su interés y su libido con especial claridad esta última -de los objetos del mundo exterior y los concentra ambos sobre el órgano que le preocupa. y en la hipocondría, no.

Pero, de acuerdo con nuestra apreciación general de los procesos Freud ha asignado a la hipocondría un tercer lugar entre las neurosis actuales al lado de la neurastenia y la neurosis de angustia.

Ahora bien los factores básicos de la hipocondría, susceptibles de ejercer sobre la distribución de la libido son: el aparato genital externo en estado de excitación, el cual se manifiesta dolorosamente sensible y presenta cierta alteración, sin que se halle enfermo, en el sentido corriente de la palabra. No está enfermo y, sin embargo, aparece hinchado, congestionado, húmedo, y constituye la sede de múltiples sensaciones.

A su vez Sanz y Claraco, 1985 (en García – Campayo, Salvanés y Álamo, 2001) advierten que la mayoría de las personas hipocondríacas muestran una irregularidad en su sistema biológico, sin haber una lesión orgánica identificable, ellos piensan que estas personas han sufrido en los primeros años de sus vidas una alteración en sus relaciones objetales precoces, es decir, han existido distorsiones en la función del cuidado y esto le produce una incapacidad para autorregularse y, para compensar las situaciones estresantes se aferran a las sensaciones de su cuerpo.

La hipocondriasis dentro de la terapia cognitiva es considerada un proceso de aprendizaje realizado por la persona a través de la observación, es decir, la persona ha desarrollado un esquema cognitivo que adquirió al estar expuesto a un modelo familiar lleno de enfermedades, así la persona al estar expuesta a enfermedades tanto ajenas como propias realiza un aprendizaje de percepción selectiva, prestando atención a los signos de cambio físico y atribuyendo esos cambios a enfermedades físicas.

La principal característica entre ésta y la terapia cognitiva – conductual es que la primera no toma en cuenta los factores conductuales y fisiológicos a diferencia de la cognitivo - conductual (Ruiz y Cano, 2001).

Por su parte Marín y Martínez (1995) al realizar una investigación sobre los trastornos somatomorfos e “hipocondriasis” encontró que la terapia cognitiva explica el proceso hipocondríaco al inicio de las sensaciones que el sujeto presenta y que éstas son mal interpretadas, lo que da lugar a una intensificación de variabilidad de síntomas, que trascienden con los que pueden ser relacionados con la ansiedad, por ejemplo; aumento de la tasa cardíaca.

Para la terapia cognitivo –conductual el cuidado de nuestro cuerpo y las preocupaciones razonables por la salud son conductas adecuadas, sirven para prevenir diferentes enfermedades y, desde luego, cuando se padece realmente una enfermedad, son aún más adecuadas, siempre y cuando, sean proporcionadas a la enfermedad padecida.

Lo que ocurre en la hipocondría es una desorbitada preocupación por padecer enfermedades que o no se tienen. Las especulaciones se basan en pequeñas sensaciones físicas vagas e imprecisas. Esta inmensa preocupación genera mucha angustia y suele llevar al descuido de diferentes actividades que la persona antes realizaba con normalidad.

Baeza (2001) considera que los componentes esenciales de la hipocondría se pueden dividir en tres formas de respuesta:

Ω Cognitivos.

Ω Fisiológicos y

Ω Conductuales.

Por su parte Avia (1993) determina que el enfoque cognitivo – conductual también se interesa por la percepción exagerada del peligro en las propias sensaciones corporales, la elevada probabilidad de riesgo ante posibles enfermedades, y la pobre sensación de control o eficacia para manejar tales amenazas, pues se supone que estas características forman parte de un conjunto de creencias

disfuncionales sobre la salud, la enfermedad y el significado de los síntomas, que se han ido consolidando a partir de la historia anterior. De ahí a que dicho enfoque retome a diferencia de los otros dos los tres elementos dentro del tratamiento.

**Todos los seres humanos llevamos dentro residuos de una infancia en la que ser cargado, acariciado y amado era necesario para el desarrollo psicológico normal y de hecho para la conservación de nuestra vida,
(Bouden y Burstein, 1990)**

Tchimino, (2001) comparte la opinión anterior, señalando que la hipocondría se origina por los intentos de satisfacer necesidades psicológicas insatisfechas, pero no hay acuerdos sobre los mecanismos específicos para cumplirlas.

Por ello, las motivaciones específicas de las personas que padecen hipocondría son un afecto irreal que varía con sus personalidades. En muchos casos, la respuesta de confianza y afecto es una re-evocación de situaciones infantiles. En otros casos cuando la persona tiene antecedentes de haber sido obligada a adaptarse y un carácter general de sumisión, los sentimientos positivos pueden representar un esfuerzo para obtener un trato favorable ante la enfermedad.

2.3. Posibles Causas de padecer Hipocondría.

Como la característica principal de la hipocondría es la preocupación excesiva o la convicción de padecer una enfermedad grave, entonces nos lleva a considerar que una persona puede desencadenar este padecimiento al encontrarse frente a una “ posible” enfermedad crónica, así como la una mala interpretación de los signos de la enfermedad en todos los ámbitos de la vida, sugestionándose inclusive por la predisposición del sexo y su edad.

Esto también puede ser ocasionado por su actividad laboral, social u otras áreas importantes de su vida.

Actualmente contamos con más investigaciones que nos permiten vislumbrar las razones por las cuales se puede llegar a padecer una hipocondría, sin embargo los resultados aún no son satisfactorios para poder determinar de manera segura que es lo que la puede provocar. Cada uno de los puntos que se mencionan a continuación se encuentran sustentados en diversas averiguaciones, de las cuales se pueden desprender múltiples líneas de investigación enfocadas a la búsqueda de tratamientos y, con ello ampliar la posibilidad de mejorar la calidad de vida de las personas que padecen dicho trastorno.

2.3.1. Enfermedad Crónica.

Avia (1993) señala que las enfermedades de tipo circulatorio, endocrino, metabólico, etcétera; presentan una fobia a la enfermedad, la convicción de la enfermedad y la preocupación por el cuerpo son bastante frecuentes entre los enfermos físicos, así como también la tendencia a considerar la enfermedad más grave de lo que es y la aparición de síntomas desproporcionados para su base orgánica.

En algunos de los enfermos crónicos estas características son duraderas, mientras que otros responden a un estado transitorio ligado a la fase aguda de una enfermedad y a las exploraciones y revisiones que ella conlleva.

Velasco (2000) indica que es un padecimiento agudo, donde la familia se organiza siguiendo un patrón específico para cada padecimiento, considerando también la edad y el rol que desempeñe el individuo dentro de su grupo familiar.

El individuo al padecer una enfermedad crónica como asma, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, artritis reumatoide, diversas discapacidades motoras, perceptuales o intelectuales, etcétera; presionan a la familia a mantenerse en un funcionamiento rígido (emociones y actitudes), y de esta manera, la familia cerrara

sus actividades con el mundo exterior e incluso hasta con el mismo individuo enfermo. Con ello señalamos que el riesgo de padecer una enfermedad crónica puede atribuir un desequilibrio tal que no sólo sé este dañando orgánicamente el cuerpo de la persona sino también su estado emocional.

2.3.2. Sexo.

La impresión que se obtiene tras la revisión de varios estudios es que las actitudes y temores hipocondríacos son bastante frecuentes, tanto en pacientes psiquiátricos como en enfermos físicos y que no existen datos suficientes para afirmar que exista relación entre hipocondría y sexo, en algunos estudios ha aparecido más probable en mujeres, en otros en varones y la mayoría no ha encontrado diferencias, (Avia, 1993).

Y a su vez Bernabeu (2000) y Gadamer (1996) corroboran lo antes expuesto, ya que señalan que afecta de igual manera a hombres que a mujeres.

Tchimino (2001) indica en la práctica médica general, la hipocondría se presenta tanto en mujeres como en hombres, sin distinción de raza.

2.3.3. Edad.

Avia (1993) nos indica que en los ancianos, la hipocondría es probablemente, el trastorno psiquiátrico más frecuente, detrás de las reacciones depresivas y paranoides mientras otros lo encuentran asociados a menor edad.

Por el contrario Bernabeu (2000) señala que la hipocondría puede iniciarse a cualquier edad, aunque es más frecuente en los primeros años de la edad adulta (20 – 30 años).

Gadamer (1996) señala que este trastorno se presenta en cualquier edad, aunque la manifestación de síntomas sean muy variados y la intensidad no sea la misma, por lo que no esta de cuerdo a lo que diversas investigaciones señalan a la población juvenil en alto riesgo de padecerla.

Y en contraposición con lo anterior, Tchimino (2001) nos indica que puede iniciarse en la adolescencia o comenzar desde la cuarta década en los varones y desde la quinta en mujeres, enfatizando que es más común que suceda en la segunda opción.

2.3.4. Nivel Escolar.

La hipocondría puede presentarse en los grupos de nivel educativo y socioeconómico superior y esto se ha entendido en algunos casos como una inclinación mayor de aquellos a expresar en forma fisiológica el malestar psicológico.

Aunque esto pueda ser así, no se sabe bien qué significa: el menor nivel educativo se corresponde con una menor posibilidad de encontrar explicaciones a sensaciones físicas anómalas y ello puede generar una mayor preocupación por la salud, pero no se puede descartar completamente que estos grupos, de hecho gocen de peor salud que los más favorecidos, o que simplemente expresen más sus quejas, (Avia, 1993).

2.3.5. Herencia.

La herencia es un factor muy importante que contribuye a la aparición de algunos trastornos, aunque no se sabe a ciencia cierta la forma en que se heredan y esto puede aumentar las probabilidades en que una persona pueda llegar a padecer algunos de los muchos trastornos psicológicos que existen, uno de ellos, la hipocondría, (Tchimino, 2001).

Baur (1989) determina que durante siglos, millones de personas habían aceptado el calificativo de hipocondríaco, para los males que presenta la indisposición que más bien era una mezcla de problemas físicos y emocionales.

Por ello, se comenzaba a señalar que este mal parecía hereditario, lo cual, al igual que los síntomas, servían para librar de culpa a quienes lo padecían. No podían hacer nada al respecto. Al mismo tiempo, despertaba sentimientos de compasión en los médicos, que poco a poco podían ofrecer a sus pacientes aparte de unas frases de consuelo.

En la actualidad, los males culturalmente aceptables más cercanos al antiguo status de la hipocondría son los llamados psicogénicos o derivados del estrés. Su popularidad ha aumentado en el mismo grado que disminuía la de la hipocondría.

2.3.6. Nivel Social.

Baur (1989) expresa que la hipocondría no sólo se difundía entre las clases superiores y medias sino que bajaba también a las clases trabajadoras. Este hecho daba lugar a cierta confusión, al refutar la célebre hipótesis de que la hipocondría era característica de las personas superiores y sus causas eran la alimentación en exceso, el hastío y una gran susceptibilidad.

Es difícil determinar por medio de qué presiones una enfermedad se infiltra en un nuevo sector de la población y es adoptada por éste. En cuanto a la incidencia de hipocondría e histeria entre las clases inferiores, se considera que algunas de sus causas son la industrialización y la urbanización.

La manifestación del padecimiento dentro de los grupos biológicos y sociales de la población: grupos de edad, sexo, profesión o trabajo, culturales, educaciones, etc., han demostrado, por ejemplo que los grupos más pobres y más incultos de la población sienten menos, estas diferencias que los grupos de mejor condición

socioeconómica, tal vez porque éstos comprenden mejor los problemas de salud-enfermedad y la forma de cómo superarlos, (San Martín, 1981).

Por consiguiente se expresa que las personas desposeídas tenderán a padecer hipocondría más que cualquier forma no disimulada de trastorno mental, ya que carecen de los recursos necesarios para conservar la salud.

2.4.- Diferencias y semejanzas entre la hipocondría y otras enfermedades.

Sin lugar a duda una de las formas de llegar a un buen diagnóstico y brindar un tratamiento adecuado es descartar las enfermedades que tienden a ser similares a la hipocondría. Actualmente la hipocondría se puede llegar a confundir con una fobia, una depresión, un trastorno obsesivo - compulsivo o bien un trastorno de somatización, por lo cual es importante saber y reconocer acerca de las diferencias y similitudes de cada una y como se encuentran relacionadas a la hipocondría, puntos que abordaremos a continuación.

2.4.1. - Depresión.

Vidal (1995) determina a la depresión como la tristeza y desgano, patológicamente por su intensidad y duración, y asume que es un término relativamente moderno, nació con la revolución industrial y alude a la falta de presión en el ser humano por analogía con la máquina de vapor. Suele confundirse con la melancolía, ahora se limita a reservar este concepto para aquellos casos graves de depresión; la depresión suele acompañarse de angustia, anhedonia, cansancio, distraibilidad, pesimismo y retraimiento.

La depresión suele aparecer pasados los 20 años, a raíz de una pérdida. Es dos veces más frecuente en la mujer que en el hombre.

Así mismo Coleman (1980) menciona que los desordenes afectivos son desórdenes del estado de ánimo, en los que estados de ánimo extremos como

serían el regocijo excesivo o la depresión profunda, la tristeza, el desaliento, el pesimismo y el sentimiento de desesperanza ante la posibilidad de mejorar las cosas, son familiares a la mayoría de las personas.

La depresión es desagradable e incluso nociva, cuando nos encontramos en ella, pero normalmente no dura mucho tiempo, aunque algunas veces parece ser autolimitada.

Así observamos, a pesar de que la distinción entre “normal” y “anormal” es especialmente complicada al respecto, puede estimarse razonablemente que la depresión normal sobrepasa con mucho a la anormal, en lo que se refiere al número de personas que la padecen en un determinado momento de sus vidas.

Muchas otras situaciones en la vida pueden provocar sentimientos depresivos, a parte de las pérdidas obvias y algunas personas parecen ser especialmente propensas a desarrollar depresión.

Se ha encontrado que la depresión es muy similar en los hombres y en las mujeres, y que involucra tres variables psicológicas fundamentales:

a)Dependencia, o sea, la sensación de que se necesita la ayuda y el apoyo de los demás.

b)Autocrítica, es decir, la tendencia a exagerar las faltas propias y a comprometerse con la auto devaluación.

c)Ineficiencia, o sea, la sensación de que los acontecimientos del mundo son independientes de los esfuerzos propios para actuar sobre ellos.

Por lo tanto hay pacientes que pueden desarrollar depresión o hipocondría transitorias pero que no son irracionales y pocas veces inapropiadas, la

hipocondría puede tratarse de mejor manera si se controla la depresión y si se realiza una identificación clara de cada trastorno ya que la depresión se preocupa básicamente en los hechos pasado y la hipocondría en la manifestación presente y futura.

La actitud hipocondríaca aparece como un síntoma en algunas formas de depresión endógena, especialmente en la melancolía involutiva (depresión de los ancianos).

2.4.2. Fobia.

Toda la vida humana transcurre centrada por miedos y angustias, y las fobias son precisamente síntomas y defensas contra esos miedos y angustias.

Schneider (1986) señala que la fobia es un cuadro de gran ansiedad pero en relación a situaciones u objetos bien definidos, lo que provoca una evitación de esas circunstancias.

Así mismo, es probable que sean más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Constituyen el síntoma relevante de la neurosis fóbica, pero también pueden anticipar un estado psicótico y persistir durante toda su evolución.

Coleman (1980) por su parte nos señala que la fobia es un miedo persistente hacia un objeto o situación que no representa peligros reales, para la persona o en la que el peligro real es magnificado fuera de toda proporción en cuanto a su serenidad. La siguiente lista de fobias comunes y sus objetos puede dar una idea de la variedad de situación y hechos alrededor de los cuales se puede llegar a centrar una fobia.

Acrafofia: a lugares altos.

Agorafobia: a los lugares abiertos o muy abiertos

Algofobia: al dolor.

Astrafobia: a las tormentas, los rayos y los truenos.

Claustrofobia: a los lugares cerrados o al encierro mismo.

Hematofobia: a la sangre.

Misofobia: a contaminarse con gérmenes.

Monofobia: a quedarse solo.

Nictofobia: a la oscuridad.

Ocolofobia: a la multitud.

Patofobia: a las enfermedades.

Pirofobia: al fuego.

Sifilofobia: a la sífilis.

Zoofobia: a los animales en general o a alguna clase particular de animal.

Algunas de estas fobias involucran un miedo exagerado de cosas que sólo producirían un temor ligero a la mayoría de las personas, como la oscuridad, los incendios, las enfermedades o las víboras.

El desorden fóbico se presenta más comúnmente entre los adolescentes y los adultos jóvenes que entre la gente ya mayor. También se diagnóstica con más frecuencia en mujeres que en hombres quizá porque los miedos fuertes han sido tradicionalmente más aceptados y compartidos con los roles femeninos que con los masculinos dentro de nuestra sociedad.

La mayoría de nosotros tenemos ciertos miedos irracionales menores, pero en el desorden fóbico este miedo es tan intenso que interfiere en las actividades cotidianas.

Las personas que sufren de fobias admiten que no tienen causas reales para temer de tal objeto o de la situación, pero no pueden hacer nada para quedarse así mismo.

Los individuos fóbicos normalmente muestran una amplia gama de otros síntomas, además de sus fobias, tales como dolores de cabeza por tensión, dolor de espalda, molestias estomacales, mareos y miedo a “sufrir un colapso”. En los momentos de pánico más agudo, los individuos se quejan de sensaciones de irrealidad, de extrañamiento y de “no ser ellos mismos”. Con frecuencia acompañan a las fobias sentimientos de depresión y muchos pacientes informan de dificultad en las relaciones interpersonales que les acarrea muchos problemas.

Greist (1986) menciona que el miedo a enfermarse como manifestación de fobia, parece ser cualitativamente distinto de la preocupación por la enfermedad o la creencia de sufrirla. A diferencia de las fobias de origen externo, como la agorafobia, que produce miedo sólo en ciertas situaciones, el miedo a la enfermedad es una fobia de origen interno de la cual no puede huir la persona. El miedo a la muerte puede intensificar los temores hipocondríacos o producirlos.

La forma de no confundir una fobia con hipocondría es porque la primera presenta el temor que se genere en la niñez y raramente es resistido, a diferencia de la hipocondría donde la persona tolera y manifiesta sus síntomas el mayor número de veces a diferencia de la fobia.

2.4.3. Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Schneider (1986) lo señala como la presencia de pensamientos obsesivos y/o actos compulsivos recurrentes.

Vidal (1995) lo explica como pensamientos obsesivos y los actos compulsivos recurrentes, asociados con frecuencia a depresión, angustia y despersonalización. Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos que irrumpen una y otra vez en la conciencia en forma estereotipada y dolorosa para el enfermo, pues éste no puede separarse de ellos, aunque sean percibidos como absurdos e inadecuados.

Los actos, rituales y ceremonias también tienden a realizarse necesariamente a menudo en la creencia de conjurar así un mal mayor.

Por consiguiente Buela-Casal (1996) menciona que este trastorno ha sido descrito hace más de 150 años. Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos persistentes, recurrentes, egodistónicos, es decir, no experimentados como pensamientos que invaden la conciencia y el sujeto intenta ignorarlos o suprimirlos. Las compulsiones son conductas repetitivas y con una aparente finalidad realizada de acuerdo con ciertas reglas o de forma estereotipada.

La conducta no tiene una finalidad en sí mismo, sino que está orientada a producir o prevenir, alguna situación o acontecimiento futuro. La acción es realizada bajo la presión de una compulsión, asociada al deseo de resistirla, por los menos al comienzo. La mayoría de las veces la persona reconoce lo absurdo de tal conducta y no encuentra ningún placer en realizarla, aunque sí proporciona un alivio en su ansiedad.

No hay diferencia en la incidencia entre sexos, comenzando en la adolescencia o en el comienzo de la edad adulta, siendo más precoz en los varones.

Se conceptualizan los diferentes síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo como manifestación de las estructuras cognitivas. Todos los rituales son reductores de ansiedad, ya sean visibles o encubiertos.

Ambos trastornos pueden involucrar pensamientos recurrentes acerca de la enfermedad física, pero este es el principal síntoma de la hipocondría, los pensamientos del hipocondríaco no son irracionales sino son una mala interpretación de los síntomas a diferencia del obsesivo compulsivo donde sus pensamientos son irracionales e irresistibles.

La hipocondría, generalmente se acompaña de síntoma de ansiedad, depresión, algún tipo de fobia y en la base hay rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva.

2.4.4. Somatización.

La somatización es un elemento esencial de los trastornos somatorformes, según lo manifiesta el DSM-IV, ya que se caracteriza por la aparición de múltiples síntomas físicos que no pueden explicarse desde el punto de vista médico.

Por definición, la somatización incluye dolores que aparecen en diferentes lugares del cuerpo, esta tienden a aparecer y desaparecer, son cambiantes en cuanto a su naturaleza y van de los pinchazos a los latidos, los calambres o la sensación de quemazón.

La enfermedad se diferencia de otras por: hay poca o nula concentración, son personas sugestionables y cuentan con pocas estrategias para afrontar un evento estresante.

Así, Coleman (1980) manifiesta que “soma” significa cuerpo y un desorden somático implica un patrón neurótico en el cual el individuo se queja de síntomas corporales para los que no se pueden encontrar bases orgánicas. Estos individuos viven preocupados por su estado de salud y con presuntos desórdenes de enfermedades de los órganos del cuerpo.

A pesar de que no existe ninguna base orgánica, estos individuos creen sinceramente que sus síntomas son reales y serios y no deben ser confundidos con personas que fingen enfermedades físicas para poder obtener un tratamiento especial.

Por su parte Vidal (1995) señala que este aspecto se refiere al uso patológico del cuerpo como expresador de conflictos personales más o menos inconscientes. Esta “somatización” del cuerpo es motivo de frecuentes y reiteradas consultas al médico y de abuso de exámenes y tratamientos innecesarios, gravando así económicamente los servicios asistenciales. A menudo se asocia con ansiedad y depresión.

Por consiguiente se especifica que es un mecanismo de defensa, en virtud del cual el sujeto utiliza patológicamente su cuerpo para eludir un conflicto personal que no se puede afrontar.

Schneider (1986) indica que se caracteriza por la existencia de múltiples síntomas somáticos, recurrentes y con frecuencia variable, donde no se puede explicar ninguna patología orgánica o mecanismo fisiopatológico.

Este trastorno se diferencia de la hipocondría en que no hay diferencia alguna entre el sexo y la edad, para la posibilidad de que surja, la cantidad y diversidad en los síntomas es mucho mayor en la somatización y no puede interpretar sus síntomas como una enfermedad específica a diferencia del hipocondríaco que puede interpretar la enfermedad específica conforme su sintomatología.

La característica principal de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la “interpretación-somatización” personal de uno o más signos o síntomas, (Tchimino, 2001).

Por ello, Greist (1986) aclara que la somatización suelen volverse al parecer un foco de preocupaciones hipocondríacas.

2.5. El Hipocondríaco y su entorno.

La persona que padece de hipocondría se encuentra íntimamente relacionado a su núcleo familiar, social, médico y laboral; obteniendo de ellas múltiples ventajas y desventajas personales que le permiten hacer su vida más sencilla o bien más complicada según sea el caso.

Sin embargo las personas que se encuentran alrededor de él sufren las consecuencias de su conducta, asumiendo un papel de personas activas o pasivas, deteriorando las relaciones con dichas personas y, son precisamente de éstas rupturas de las que hablaremos a continuación.

2.5.1. La relación con el médico.

Baur (1989) explica que muchos hipocondríacos están convencidos para su desdicha de que los médicos no los comprenden y que un desajuste sutil del lenguaje y las intenciones conducen a irritaciones mezquinas.

La lista de los defectos de los hipocondríacos es como la de los mote con que se le designa: interminable. Además de absorber el tiempo y las energía del médico donde estos pacientes son desagradecidos, incapaces de apreciar los esfuerzos, no se muestran temerosos sino más bien orgullosos y felices.

El hipocondríaco cambia de médico con frecuencia, pide consejos para rechazarlos, solicita regímenes complejos de medicamentos y dietas especiales que luego modifican hasta transformarlas por completo.

Se menciona también que después de la consulta semanal del hipocondríaco, el médico se siente embargado por sentimiento de desesperación, odio, deseo de castigar, culpa y una fatiga agotadora.

Los mismos médicos señalan que el resentimiento entre ellos y los hipocondríacos es un sentimiento mutuo.

El tedioso tratamiento de un hipocondríaco significa una pérdida evidente de dinero y prestigio. Al mismo tiempo les quita tiempo a los enfermos agudos y para el médico moderno que necesita más tiempo, no más pacientes, los sujetos de éste tipo constituyen un problema real.

La disputa entre médico e hipocondríaco es demasiado conflictiva, ya que aunque el médico le asegure que no tiene nada, el hipocondríaco solamente se queda tranquilo un tiempo, pero su preocupación de nuevo vuelve (Tchimino, 2001).

2.5.2. La Familia.

A partir de la década de 1960, se tiende a enfocar los males psicógenos y psicósomáticos desde la perspectiva de que la unidad básica a estudiar no es el paciente sino la familia. Aunque pocos han centrado su atención en la hipocondría, algunos especialistas en terapia familiar, han tratado de descubrir como se desenvuelven estos pacientes en su medio familiar y, en concreto, como utilizaran la enfermedad para regular las transacciones familiares.

A pesar de las grandes diferencias, cabe hacer algunas generalizaciones, la más evidente es que los síntomas de los hipocondríacos generalmente se adaptan a los de sus cónyuges y otros parientes íntimos.

Otra generalización, menos evidente que la anterior, es que la hipocondría trastorna a la familia, pero al mismo tiempo la estabiliza. Sucede como si los roles interrelacionados de hipocondríaco-persona fuerte indispensable o hipocondríaco-enfermero abnegado pero manipulador orientara los problemas de la familia a una vía circular o más precisamente a un circuito cerrado autorregulado de realimentación.

Además de su influencia estabilizadora y su tendencia a ajustarse a las demás características de la familia, la hipocondría será probablemente el mal elegido por aquellos que han aprendido a ser opresor y el oprimido pero tienen escasa experiencia con relaciones igualitarias (Baur, 1989).

Tchimino (2001) comenta que este trastorno tiende a afectar a muchos miembros de la familia, ya que hay familias que son especialmente sensibles y están muy inclinadas hacia la interpretación de los signos de la enfermedad en todos los ámbitos de la vida del hipocondríaco y de esta forma los miembros de la misma familia aprenden a interpretar negativamente cualquier signo corporal y lo asocian con angustia, miedo o ansiedad.

2.5.3. Sociedad.

Algunos hipocondríacos tratan de manejar sus problemas personales por miedo a la enfermedad, de ahí la necesidad de estudiar que actividad tiene la sociedad hacia el sujeto enfermizo o propenso al sufrimiento físico.

Los valores sociales y las tradiciones vigentes ejercen una doble influencia sobre el conocimiento de la mala salud. En primer lugar, la sociedad modifica la definición de enfermedad; en segundo lugar las costumbres sociales modifican la concepción vigente del rol del enfermo, de cómo éste debe actuar y los demás deben tratarlo.

Pasando a la enfermedad como el rol asumido por el individuo, la persona que está o cree estar enferma disfruta de ciertos privilegios y padece de algunas desventajas. Cuando se determina que una persona está enferma, la sociedad le confiere ciertos privilegios.

La excepción principal es la del trabajo cotidiano, el enfermo no debe realizar grandes esfuerzos físicos ni tareas intelectuales fatigosas. Así mismo, se deja al

enfermo de mostrar buena conducta dentro de ciertos límites, se le permite ciertos melindres y una expresión franca de su depresión.

Sin embargo los privilegios no vienen solos, existen desventajas, derivada de la creencia de que es mejor ser sano que enfermo (Baur, 1989).

*“Lo que debemos aprender a hacer,
Lo aprendemos en la práctica”*

** Aristóteles **

CAPITULO III

3 - FACTORES E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA HIPOCONDRIASIS

3.1. Interpretación y Creación de síntomas.

Los síntomas somáticos son extremadamente comunes; aproximadamente 60% de la población "normal" experimenta un síntoma somático a lo largo de su vida, tiempo que no es compartido por un hipocondríaco, pues una particularidad de este trastorno se encuentra en la búsqueda de ayuda médica, la cual resulta de un proceso global de la experiencia de diversas enfermedades. ¿Cuáles son esas experiencias que le hacen acudir constantemente al médico?, la respuesta es el síntoma, algo sencillo pero complejo en su entender.

Este proceso inicia con una percepción de los cambios en las funciones del cuerpo y es interpretada de acuerdo al marco de referencia del funcionamiento individual. Al respecto Avía (1993) indica que la interpretación y creación que la persona le atribuye a los síntomas, forma parte de una influencia de diferentes variables tales como las experiencias previas personales y familiares.

A partir de esta experiencia se forma una serie de creencias irracionales acerca de la salud en general. Por ejemplo pensar que los cambios corporales son una señal de alarma, de que algo va mal. Estos factores no sólo influyen en el individuo, sino al mismo tiempo moldean cómo reaccionará a los síntomas como resultado de su proceso cognitivo; en este proceso cognitivo son interpretados los síntomas del cuerpo y el individuo le atribuye a ellos un significado específico.

Se han descrito diversos mecanismos por los que pueden producirse síntomas somáticos en ausencia de enfermedad física o de lesión estructural como por ejemplo:

- Ω La hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo puede afectar la mayor parte del cuerpo y producir síntomas como síndrome de colon irritable.

Ω El aumento de la tensión de los músculos voluntarios puede producir cefalalgias (tensión o dolor) cervical.

A esto se suma la interpretación errónea de la naturaleza de los síntomas, la convicción de enfermar y el fracaso de la tranquilización para el beneficio de la persona, estos son los principales, considerados para decir que una persona es hipocondríaca.

En estos casos la persona hipocondríaca está preocupado por su salud, sabemos que su preocupación es real, pero esta interfiere en sus actividades personales, familiares, de pareja y laboral. La preocupación se convierte en una ansiedad que hay que calmar una y otra vez, y así quizá no se convenza hasta que haya dejado de percibir los dolores o los malestares. (Herbert, 1973, en Greis, Jefferson y Spitzer, 1986).

3.1.1. De la salud a la enfermedad.

A lo largo de la presente temática establecimos que uno de los objetivos de la Psicología de la Salud, es aquel que tiene que ver con el proceso de salud – enfermedad, en donde ambos componentes interactúan en una dialéctica (en tanto que son dos momentos de un mismo fenómeno) que se va a expresar en la calidad de vida, en las condiciones nutricionales, en la forma específica de enfermar y de morir y en la constitución somática.

Los que deseamos contribuir en la promoción de la salud, debemos atender y entender antes que nada el proceso de salud – enfermedad, ya que las explicaciones sobre la salud y la enfermedad que se han desarrollado hasta este momento, históricamente, se han dirigido con mayor frecuencia hacia horizontes negativos, es decir, hacia la situación de la enfermedad, quizás porque las manifestaciones dolorosas y limitante de la misma obligaban a los hombres a buscar remedios para eliminarlas o mitigarlas.

La noción de la salud implica ideas de variación y de adaptación continua, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y desadaptación. No puede entonces, admitirse que la salud sea solo la ausencia de la enfermedad y viceversa: entre los estados de salud y enfermedad existe una escala de variación con estados internos diarios que van desde la adaptación perfecta hasta la desadaptación que llamamos enfermedad.

Tanto la salud como la enfermedad presentan síntomas clínicos directos y, en estas condiciones, ambos estados se excluyen mutuamente. Pero no sucede lo mismo con la salud y la enfermedad latente no percibida.

El paso de la salud a la enfermedad comienza con un periodo silencioso de incubación válido para todo tipo de enfermedades, periodo que puede ser muy corto o muy largo. La definición de la OMS de salud es:

“Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social de capacidad para la función y no sólo la ausencia de enfermedad o de invalidez” (Morales, 1999).

De esta forma, la enfermedad podría definirse como un desequilibrio biológico y ecológico o como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto. Este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y/o de la anatomía del individuo. (San Martín, 1981).

Lovelle, 1987 (en Morales, 1999) expresa que la salud sería al mismo tiempo:

- Ω La ausencia de daño morfológico.
- Ω Ausencia de limitaciones funcionales.
- Ω Determinado nivel de bienestar social.
- Ω Determinado nivel de desarrollo de la personalidad.

Señala que en cada una de estas cualidades existe una línea de continuidad; por el cual se puede hablar de salud y por debajo del cual se puede hablar de enfermedad, a esto lo denomina **“proceso de salud – enfermedad”**.

Evidentemente los conceptos de salud y enfermedad han evolucionado de diferentes modos así como la práctica de la medicina en particular, y de la atención de la salud en general. ¿Cómo se han dado estos cambios de concepto y qué los ha generado?

Piña (1992) explica los tres niveles por los que ha pasado el proceso de salud – enfermedad:

La primera concepción de la enfermedad, es la que se presenta en un organismo en particular, y para resolverlo se requiere de las ciencias médicas, que decidirán que tipo de tratamiento es el más adecuado en función de la enfermedad. Dicho modelo es conocido como unicausal, donde se concibe que toda enfermedad es provocada por un sólo tipo de agente, que a su vez es la causa. Lo que lo ha generado en este caso, es que al investigar las diferentes enfermedades, notaron que el microorganismo es aislado y cultivado produciendo la enfermedad.

Sin embargo este concepto arraigado por el modelo médico resalta que el proceder sobre la enfermedad es más curativa, ya que solo se atiende al síntoma, sin eliminar la causa, además de que seguirá siendo decisivo en el análisis de las enfermedades que aquejan a la humanidad. Aplicando este modelo al comportamiento, el síntoma de cualquier trastorno es lo que se tendrá que lidiar, siendo este la causa principal y el comportamiento es solo el reflejo del síntoma.

En el segundo nivel la enfermedad ya no solo es parte del organismo, sino que es parte del individuo, ya no se le concibe como un ser aislado de su entorno social, sino como miembro de una comunidad y, consecuentemente se le ubica dentro de ciertas condiciones económicas, políticas y sociales y, dependiendo de su

actividad serán las condiciones de su salud y de su enfermedad. Este modelo se caracteriza por ser multicausal de enfermedad, considerándola socialmente determinada. A pesar de ser constituida como tal, aún no alcanza una explicación lo suficientemente convincente para dar a entender el proceso de salud – enfermedad, ya que se sigue observando una formación lineal y mecánica de los procesos sociales involucrados.

Como alternativa a este modelo, se presenta un tercer nivel, propuesto por Leavell y Clark, el cual consiste en que el ser humano está íntimamente relacionado con su edad, sexo, ocupación, estado socioeconómico, etcétera; por tanto las condiciones de salud no pueden ser estudiadas de forma estática, sino todo lo contrario (dinámicas), en virtud de que se reemplazan conforme cambian las condiciones históricas – sociales bajo las que se rige, es decir, el proceso de salud – enfermedad, implica un proceso socio – histórico.

Esto quiere decir que una persona dentro del contexto histórico social, político, económico y cultural; juega un papel predominante dentro de su propio proceso de salud – enfermedad.

Dentro de este modelo se hace énfasis en las condiciones de vida y de los estilos de la misma; las primeras se refieren a cómo el hombre es considerado dentro de su contexto social, específicamente a las condiciones en las que vive; el segundo punto tiene que ver con la forma de comportarse dentro de un grupo social.

De esto se desprende la necesidad de plantear dos modelos para abordar el proceso de salud – enfermedad:

- a) Determinación social de la salud y
- b) Determinación psicológica.

Ambos modelos conceptúan a la salud como:

- Ω Un nivel microsocia: la relación tiene que ver con la formación económica y el estado de salud de la población en general.
- Ω Un nivel grupal: se relaciona el modo de vida y las condiciones de vida que afronta un grupo social.
- Ω Un nivel individual: la relación se encuentra entre el estilo, las condiciones y el estado de vida personal.

La característica de esta es que la relación siempre se establece entre la persona y su entorno en todas las dimensiones, lo que reitera la afirmación fundamental:

“ El hombre no puede ser entendido fuera de su contexto social, sobre todo cuando se tiene que explicar el proceso salud – enfermedad”

Aso (1989) afirma que efectivamente el proceso de salud enfermedad es la expresión de las perturbaciones y se manifiesta en las relaciones interpersonales, es decir, cuando el hombre enfrenta su existencia lo hace a través de cómo lo percibe y de cómo se percibe a sí mismo, lo que determina que recurra al empleo de varias conductas con la intención de crear estrategias.

Sin embargo las estrategias empleadas muchas veces no son las adecuadas para asimilar el proceso por el cual atraviesan, cuando ello ocurre se inicia la construcción de los síntomas y se insertan de manera inconsciente a la lista de las diferentes patologías: esquizofrenia, obsesiones, fobias, histerias e hipocondrías.

Anteriormente se menciona que el hombre enfrenta su existencia a través de la “percepción” elemento que las corrientes interpretativas de la salud – enfermedad

no contemplan, pues le dan prioridad a la constitución biológica de forma individual, y por lo tanto son ajenas a las relaciones sociales y psíquicas, por lo que Aso (1989) propone que para entender y tratar de mejor forma la causa por la cual atraviesa la persona es necesario ligarlo a las actividades cotidianas, a la clase social a la que pertenece, al medio ambiente al que se encuentra expuesto, a las condiciones de trabajo, al factor político y económico (socialmente determinado) en que vive, así se puede retomar al individuo como un ser que esta involucrado en un contexto histórico – social. Lo que implica por sí mismo tres cuestiones a tratar:

- 1- Demostrar el carácter histórico del proceso de salud – enfermedad.
- 2- Definir con precisión el objeto de estudio del proceso de salud – enfermedad.
- 3- Fijar propuestas referidas al problema en la determinación del proceso.

Esto nos permitirá entender los problemas de salud de países dependientes como México, al desglosarse los nexos de la organización social con la salud y la enfermedad, y las repuestas que se generan en cuanto intentos de solución. Desde esta perspectiva, la actividad debe vincularse al objetivo primordial de atender sobre todo la elevación y el mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos.

Por lo cual es necesario conocer cual es el significado que tiene para cada persona la salud y la enfermedad y lo que ambos representan, tómesese en cuenta que ello tiene un sentido diferente en cada una de las etapas de desarrollo en el que se encuentra el individuo, para lo cual iremos abordando las diferentes etapas de desarrollo con la finalidad de conocer el concepto que puede tener una persona a cierta edad.

Latorre, 1993 (en Latorre y Beneit, 1994) argumenta que para los niños de 3 o 4 años no existe noción de lo que es estar enfermo. En el estado preoperacional (4 – 7 años) el niño define la enfermedad de modo anecdótico por una sola enfermedad, experimentada por él mismo o por una persona cercana. Al inicio de la etapa lógico – concreto (7 – 11 años), el niño supera la explicación anecdótica y, pasa a relacionar a la enfermedad con acciones inespecíficas atribuyéndolas a la causalidad de la enfermedad a una de varias acciones. En la etapa lógico – formal (11 – 15 años), aparecen nociones más elaboradas, generalizadas, abstractas y relativistas acerca de la enfermedad.

A esto le agregamos las condiciones por la que atraviesa el país, y que son estructuras fundamentales para dar pie a que se construya el proceso de salud – enfermedad.

Efectivamente el poder político y económico deciden acerca de la distribución y asignación de los recursos de un país y de una comunidad, y por tanto, acerca de la accesibilidad y disponibilidad de los recursos de salud. También decide acerca de la presencia en constructo social y ecológico de suficientes recursos, oportunidades y redes de apoyo social para proteger la salud y amortiguar las situaciones de emergencia, no obstante, Costa y López (2000) mencionan que también como estructuras representativas de un país pueden decidir, todo lo contrario, la presencia de la escasez, de la penuria y la falta de poder y control social que acarrea la enfermedad, la muerte, graves alteraciones del comportamiento, o una vida miserable en la que predominan la sumisión y la resignación.

Por lo tanto la salud y el bienestar de la gente se ve perturbada de manera creciente por factores que ya no son, solo ni principalmente, las enfermedades contagiosa. El aumento de la esperanza de vida nos enfrenta con el cúmulo de problemas crónicos derivados del aumento de la población anciana.

Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes de tráfico ocupan el primer lugar en las estadísticas de la mortalidad de los países desarrollados. Esto se encuentra íntimamente relacionados con los estilos de vida y el comportamiento en sí. Por ejemplo los problemas derivados de los estilos de vida que se manifiestan con mayor frecuencia son: cáncer, obesidad, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, accidentes de circulación, enfermedades de transmisión sexual, embarazos en edades de riesgo, alteraciones graves del comportamiento, suicidio, fumar, el comer en exceso, beber, ingerir dietas abundantes en ácidos grasos saturados, auto administrarse heroína o cocaína, no hacer ejercicio, no seguir los tratamientos prescritos, conducir a velocidades no permitidas, conducir sin el cinturón de seguridad, prestar poca atención a las normas del tránsito, manejar en estado de ebriedad, mantener relaciones sexuales sin protección alguna.

La característica de todos estos es situarse bajo la palabra “**comportamiento**” el comportamiento en suma no es una enfermedad, menos una enfermedad de la mente, es sencillamente comportamiento.

El comportamiento es más genuino, más interesante, más elaborado, más complejo y más fascinante que todos los simulacros y duplicados ocultos contruidos sobre él, y de los que se pretende que sea un síntoma. A la falacia y arrogancia que supone preguntar ante el comportamiento no convencional o desadaptado de una persona. “ qué tipo de enfermedad padece esta persona”, a de responderse que no padece enfermedad alguna.

Sencillamente se comporta. Y por qué se comporta así, no es una cuestión que se pueda responder desde la mente y desde la enfermedad mental, sino que se tiene que analizar cada una de las partes con las que interactúa el ser humano, un análisis que se subtrae desde el proceso de salud – enfermedad.

Cabe destacar que durante el proceso de salud – enfermedad se va creando la interpretación y creación de los diferentes síntomas y sensaciones y que estos se encuentran ligados a las diferentes situaciones por las que atraviesa la persona.

3.1.2. Que son los síntomas.

El síntoma constituye un dilema para aquel que lo estudia, pues la palabra en sí misma encierra diferentes significados históricos y conceptuales, que van desde el médico hasta el psicológico. Por ejemplo el médico basa el síntoma en una disfunción que se relaciona con la descripción etiológica de la enfermedad, es decir, el síntoma es producto exclusivo de una constitución bio – física que da como resultado la manifestación de una enfermedad.

Por otro lado y contrapuesto a lo mencionado Freud considera que un síntoma se forma en el inconsciente a partir de la satisfacción de los deseos sexuales y del choque que ello produce al no llevarlos a cabo (la insatisfacción). El síntoma resulta ser así, la expresión sustitutiva y significativa de una satisfacción coartada por la libido. Al respecto Lacan opina que un síntoma es la base de la interpretación con un significado de gran potencial que tiene serias repercusiones en el individuo.

El concepto de síntoma que es de nuestro interés ya que es el que se apega al enfoque Cognitivo – Conductual, especifica que un síntoma es una señal y como tal tiene un significado importante para quien lo expresa. Los síntomas físicos en ausencia de una patología identificable son un elemento característico de las personas que padecen de hipocondriasis. Estos síntomas se presentan de manera inconsciente obteniendo múltiples ganancias.

Sin embargo García – Campayo, Salvanés y Álamo (2001) consideran que el síntoma no es la enfermedad ni el problema, es sabido que es una señal que tiene el poder de influir en diferentes aspectos psicológicos y producir un nivel de estrés

muy alto que es regulado por el cuerpo y que influye en la estructura de la persona. Es así como el síntoma forma parte de una creencia que parte de la interpretación personal de un hipocondríaco.

El síntoma es una señal, un aviso que genera la Naturaleza, y como todo signo tiene un significado; significado que es otorgado por las creencias, la percepción y el sentir de la persona, en el caso del hipocondríaco el factor que se encuentra más relacionado con el síntoma es la percepción. En estos casos el síntoma es importante pues permite determinar si éste es físico o psicológico, en el caso del primero se realizan los exámenes pertinentes para descartar lo segundo y trabajar sobre él. Los síntomas que manifiesta un hipocondríaco son más físicos que psicológicos, más no por ello estos no se presentan. Los síntomas psicológicos explica Maclorydle y Stanley (1988) son una expresión de los mecanismos de defensa y afrontamiento psicológico, es decir, la persona tiene pocas habilidades para conservar la adaptación en diferentes ambientes, por lo que experimenta efectos desagradables como: ansiedad, miedo, ira, tristeza, desamparo o desesperanza, en tanto que la activación de los sistemas biológicos requiere cambios fisiológicos demostrables como taquicardia, sudoración, vasoconstricción o hipersensibilidad. En consecuencia debemos pensar antes que nada, qué significa este síntoma y como comprender al hipocondríaco. La respuesta podría ser buscar la evolución de cada uno de los síntomas y cómo se han presentado, el curso de la evolución de cada uno forma parte no sólo de un historial clínico, sino que también forma parte de su vida y del entorno que lo rodea.

García – Campayo, Salvanés y Álamo (2001) explican que la función que tienen los síntomas son:

- Ω Cumplir una función protectora, permitiendo que el conflicto no salga a la luz.

- Ω Es ambivalente: por una parte, es la expresión de una disfunción y un sufrimiento, por otra, mantiene el equilibrio del sistema.

- Ω Es coherente con el estilo de comunicación predominante en la familia, lo cual le da un significado simbólico.

Blacklour (1983) señala que los hipocondríacos afrontan dos riesgos:

- 1- El riesgo y costos de pruebas y procedimientos innecesarios.
- 2- La enajenación de sus médicos y familiares por su tendencia a estimular en otras personas sentimientos de desesperanza, frustración, ira e impaciencia.

Solo hay que recordar que los síntomas no son lo que parecen, es necesario interpretarlos y saber que lugar ocupan en la vida de las personas y como le afectan. Con esto sabremos que el síntoma no es la enfermedad; el síntoma no es el problema, sino todo lo contrario, el síntoma constituye una parte de nuestra vida, es un auxiliar, tras de él se esconde un conflicto psicoafectivo, de no pequeña magnitud, que el hipocondríaco ya no soporta o tolera.

3.1.3. Qué son las Sensaciones.

Las sensaciones constituyen la fuente principal de nuestros conocimientos acerca del mundo exterior y de nuestro propio cuerpo. Ellas son los canales básicos por los que la información sobre los fenómenos del mundo exterior y en cuanto al estado del organismo llega al cerebro, dándole al hombre la posibilidad de orientarse en el medio circundante y con respecto al propio cuerpo. Si dichos conductos estuvieran cerrados y los órganos de los sentidos no llevaran la información necesaria, no sería posible ninguna vida consciente.

Éstas permiten al hombre percibir las señales y reflejar las propiedades y atributos de las cosas del mundo exterior y de los estados del organismo. Ellas vinculan al hombre con el mundo exterior y son tanto la fuente esencial del conocimiento como la condición principal para el desarrollo psíquico de la persona.

“No son las sensaciones el auténtico manantial de nuestra vida consciente, sino que lo es el estado interior de la conciencia, la facultad de pensamiento racional, consubstanciales con la naturaleza e independientes del flujo de información que llega del mundo exterior”

Los órganos de los sentidos no reflejan las influencias exteriores, sino que son estimuladas por ellas solamente; y el hombre no percibe los influjos objetivos del mundo circundante, sino únicamente sus propios estados subjetivos, que reflejan la actividad de los órganos de los sentidos (Luria, 1984).

En este proceso sensorial, independientemente del tipo de sensación de que se trate, hay siempre una secuencia de hechos. En primer lugar, tienen para que puedan ser detectados. En segundo lugar tiene que haber un receptor, ya que en el preciso momento en que la información del exterior llega al cerebro, se produce la sensación.

Esto nos demuestra que una vez captado el estímulo, la intensidad de la sensación depende de la intensidad del estímulo, aunque esta relación no es lineal. Esto significa que a un aumento del estímulo no corresponde exactamente el mismo aumento de sensación, (Ballesteros, 1995).

3.1. 4. Qué es la percepción

La percepción es mucho más complicada ya que se requiere destacar del conjunto de rasgos influyentes (color, forma, propiedades táctiles, peso, gusto, etc.) los indicios rectores fundamentales, haciendo abstracción a la vez de los rasgos insustanciales. Requiere la unificación de los grupos de indicios esenciales y básicos y la confrontación del conjunto de rasgos percibido con los conocimientos anteriores acerca del objeto. Si en el proceso de la misma, la hipótesis del objeto en cuestión coincide con la información recibida, surge el reconocimiento del objeto, y así culmina el proceso de percepción del mismo.

La percepción íntegra del objeto surge como resultado de una compleja labor analítico-sintética, que destaca rasgos esenciales y mantiene inhibidos otros que no lo son, y combina con los detalles percibidos en un todo concienciado.

Este complicado proceso de reflejo de objetos o situaciones íntegras es lo que en psicología se llama percepción, es pues, fácil advertir que el hecho perceptivo es un proceso activo y complejo, que a veces requiere una seria labor analítico-sintética (Luria, 1984).

“De ahí que ni la sensación ni la percepción, y con mayor motivo ésta, puedan considerarse como reflejo pasivo de la realidad, como registro pasivo de la información que llega al organismo”

Ballesteros (1995), señala que los seres humanos poseen cinco sentidos a través de los cuales adquieren información del medio, ya que la percepción es el proceso psicológico por el que la información que llega a través de los sentidos se interpretan y adquieren sentido para el que lo recibe.

Esto nos hace comprender que los seres humanos percibimos el mundo que nos rodea de manera precisa y sin necesidad de esfuerzo aparente, aunque la percepción del mundo que nos rodea generalmente es correcta, algunas veces se producen ilusiones que alteran la interpretación de la realidad.

3.2. La culpabilidad como un estado de ánimo.

Castilla (1991) menciona que en verdad, la culpa es un fenómeno ni más ni menos complejo que cualquiera otra acción en toda su multidimensionalidad aparece, efectivamente como un complejo.

La culpa se refiere a una acción determinada del hombre mediante la cual viola el principio rector, el hacer lo debido.

Se puede entonces, hacer lo bueno y hacer lo malo, pero aparte de esta cuestión, lo malo es deparador de culpa.

La culpa, pues existe y con carácter general, cada vez que hace el mal, aunque aquello que se refute como mal varía de cultura a cultura y dentro de cada cultura de persona a persona. Entre la valoración que una sociedad confiere a los actos que sus miembros llevan a cabo y la valoración que así mismo confiere cada miembro a la citada acción.

Es cierto que la vivencia de la culpa “se acompaña” de un determinado sentimiento, de una especial afección, pero en tanto este sentimiento es vivido, concienciado, ya no es solamente tal sentimiento, sino “algo más”. La expresión “vivencia de culpa” implica la unidad funcional de lo psíquico dada como irreductible y en la que junto al afecto existen otros elementos (mala conciencia, ánimo culposo, etcétera).

El rasgo fundamental de la vivencia de culpa es el sentimiento que la acompaña. Se trata de un sentimiento de pesar, “la pesadumbre”, que es lo que el culpable experimenta ante todo es el “peso” de la culpa. No es exactamente pena, tristeza, sino “pesar”.

A su vez Avia (1993) señala la idea de hipocondría como una fuerte defensa para personas que tienen una autoestima inaceptablemente baja. La confrontación con la idea de una vida personal insatisfactoria o de uno mismo como incompetente o fracasado es más dura de aceptar que la posibilidad de tener alguna enfermedad. Esta situación conlleva al individuo a un estado de culpa.

Velasco (2000) señala que el sentimiento de culpa por lo general adopta en la persona que padece hipocondría una conducta rígida en su comportamiento, ya que impide de manera sistemática se asuma la responsabilidad para aceptar cualquier tratamiento y este sentimiento puede trasladarse a los miembros de la

familia donde pueden dejar el control de su situación familiar en manos de personas extrafamiliares, el médico o el psicoterapeuta.

3.3. Ansiedad.

Echeburúa (1996) señala que la ansiedad es un componente que está presente en muchos trastornos de conducta, sin embargo el área de ansiedad y de sus alteraciones nucleares no esta bien delimitada todavía.

Se trata de un conjunto con gran prevalencia y notable repercusión clínica en diversas áreas de la salud pero sin una definición suficientemente precisa y sin una acotación de límites adecuados.

De la Gándara (1999) nos explica que la ansiedad es clásicamente un sentimiento subjetivo que implica la presencia de sensaciones de aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido, inseguridad o miedo, a modo de anticipación indefinida de un peligro ante una amenaza más o menos objetiva, que supone una forma de miedo ante algo o ante “nada”, en contraposición al “miedo” concreto ante un peligro o amenaza real.

Habitualmente cuando nos sentimos ansiosos, tendemos a buscar una explicación que justifique ese estado en algo que nos ha pasado o nos está ocurriendo en ese momento o que esperamos que suceda.

Se debe hacer una distinción entre ansiedad normal y anormal, donde la primera se refiere a una ansiedad adaptativa y útil para resolver problemas de la vida, controlable y lógica, que, aunque puede ser incómoda, no implica sufrimiento grave, la ansiedad anormal se refiere a inútil, excesiva, inapropiada; no sirve para adaptarse y por el contrario dificulta el rendimiento y la adaptación.

Los estímulos más habituales provienen del entorno psicosocial del sujeto (por ejemplo, trabajo, familia), del medio ambiente, (por ejemplo, clima, tráfico) o del propio organismo (por ejemplo, dolores, enfermedades), y lo que importa no son sólo sus características, sino la valoración que el sujeto hace de ellos, por lo que debe extremarse el cuidado a la hora de establecer la relación de causalidad entre un estímulo y la aparición de la ansiedad.

Schneider (1986) indica que en la hipocondría, se presentan la ansiedad, que puede ser acompañada de síntomas de distintos miedos, preocupaciones no realistas excesivas y síntomas relacionados con tensión muscular, hiper-vigilancia e hiperactividad vegetativa.

Tchimino (2001) acierta en comentar que este trastorno de la hipocondría es asociado muy a menudo con la ansiedad, ya que existe una preocupación exagerada por la salud llevando a la persona a un escape de conciencia total.

Por lo que, Colón (2000) determina que la persona hipocondría puede darse cuenta de que sufre de ansiedad innecesaria y que en realidad no tiene una enfermedad física seria. Sin embargo, no puede curarse automáticamente hasta que no se percate de que la ansiedad por su salud es irreal.

A su vez, Greist (1986), demuestra que la interpretación errónea de la naturaleza de los síntomas, convicción de enfermedad y fracaso de la tranquilidad para beneficiar al paciente son características de la hipocondriasis, y los criterios principales para considerar que una persona es hipocondríaco.

Pueden existir grados variables ya que algunas personas pueden estar preocupadas por un dolor persistente, pero suelen tranquilizarse al explicarles el médico que están físicamente sanas.

En cambio la persona ansiosa, no se convencerá hasta que haya desaparecido el dolor o el malestar. La ansiedad del hipocondríaco no se alivia con la tranquilización o quizá los efectos de ésta sean de duración breve.

3.4. Queja somática.

Bernabeu (2000) asegura que las quejas más frecuentes consisten en una combinación de problemas digestivos, sexuales, dolor y pseudo-neurológicos.

A su vez, Avia (1993) señala que el hipocondríaco se queja de dolores diversos o sensaciones que le parecen desproporcionados para ser variables y generalizados y a veces bastante vagos. Aunque describen dolores y molestias por todo el cuerpo, se ha reconocido una “preferencia” por ciertos sistemas, tales como el gastrointestinal, músculoesquelético y sistema nervioso central, correspondiendo a las zonas del abdomen, pecho, cuello y cabeza.

Estos síntomas pueden estar reflejando, alternativamente, sensaciones corporales normales, una percepción aumentada del funcionamiento fisiológico o concomitantes somáticos de las emociones.

Baur (1989) indica que los síntomas se sitúan con mayor frecuencia en la zona de la cabeza y cuello, seguida del abdomen y tórax.

Los de cabeza y cuello incluyen mareos, escuchar el latido cardiaco durante las noches, pérdida de audición, nudo en la garganta, carraspera o tos y manchas que cruzan el campo visual.

Estos síntomas no han cambiado durante siglos; entre los trastornos gastrointestinales, el más común es la indigestión en todas sus formas, seguida de dolores y males de los intestinos.

Por último, los síntomas torácicos más comunes son palpitaciones, pulso irregular o acelerado, dolores en el costado izquierdo, incapacidad de inspirar profundamente, suspiros involuntarios y sensación de hipertensión.

Desde luego que esta lista de los síntomas más frecuentes de cabeza, tórax y abdomen no incluye todas las manifestaciones de hipocondría moderna. Se quejan de problemas sexuales, enfermedades de la piel, dolor de espalda, insomnio, temor a la halitosis y los olores corporales, desfiguraciones del rostro y extremidades y hasta se conoce un caso de miedo hipocondríaco profundo a ser hipocondríaco.

3.5. Proceso cognitivos.

Asociado a los factores psicológicos los procesos cognitivos son lo que mayor malestar produce en las personas, específicamente en los hipocondríacos, ya que han desarrollado un esquema cognitivo sobre la creencia de tener una enfermedad física.

Un proceso cognitivo significa adquirir un conocimiento proveniente tanto del exterior como del interior, en donde interviene principalmente los pensamientos, e imágenes y sentimientos que los acompañan. La Terapia Cognitivo – Conductual ha establecido diferentes tipos de pensamientos tales como:

- Ω Dicotómico: se refiere a la tendencia a dividir los eventos en opuestos o pensar en términos extremos.

- Ω De interferencia arbitraria: se refiere al proceso de elaborar conclusiones cuando se carece de evidencia o ésta es contraria a las conclusiones.

- Ω Sobre generalización: se refiere al proceso de llegar a la conclusión de gran alcance sobre la base de datos escasos.

- Ω Magnificación: se refiere a la tendencia de ver los eventos como mucho más importantes, amenazantes o catastróficos de lo que obviamente son. El individuo exagera el significado o la significancia de un acontecimiento específico.
- Ω Sesgo confirmatorio: se refiere a la tendencia de atender de manera selectiva y, en ocasiones a creer en los eventos que confirmen las creencias. Por mencionar algunos (Medina y Rubio, 1997).

Uno de los elementos que se le atribuyen a un hipocondríaco es la distorsión cognitiva entre la sensación y la percepción de los síntomas. Ballesteros y García (1995), mencionan que en los procesos cognitivos, además de intervenir los elementos ya mencionados, se introduce la conciencia, la sensación y las llamadas funciones mentales superiores, entre las que se encuentra la comprensión de los pulsos aferentes (la percepción propiamente dicha), la comunicación a través de los símbolos (lenguaje), el pensamiento y la creatividad.

Por su parte Baur (1989) hace referencia a ocho experiencias subjetivas enlazadas con los procesos cognitivos y que conllevan al curso de la enfermedad:

1. Cambios percibidos en el cuerpo;
2. Cambios en el funcionamiento normal esperado en el cuerpo;
3. Emisiones del cuerpo inusuales;
4. Cambios en la función límbica;
5. Alteraciones en los principales sentidos;
6. Síntomas físicos no confortables;
7. Estados afectivos inusuales y
8. Alteraciones conductuales en la relación con otros.

Todos estos factores, no solo influyen en la percepción del individuo, sino al mismo tiempo moldean cómo reaccionara a los síntomas como resultado de sus estructuras cognitivas.

El hipocondríaco en este caso ha aprendido o tiene como hábito el interpretar la realidad de forma irreal. Lo que hace que su calidad de vida se vea deteriorada.

(Labrador, Cruzado y Muñoz, 1998).

3.6. Calidad de vida.

Hoy día se habla de calidad de vida como algo superficial y de quienes todos parecen gozar, pero nos enfrentamos a la disyuntiva que esta representa, qué es una vida de calidad. La respuesta requiere de flexibilidad por la variabilidad que presenta.

La calidad de vida es uno de los propósitos a cubrir por parte de los especialistas encargados de la salud, lo que significa que esta no representa la ausencia de la enfermedad, pero tampoco representa la satisfacción de vida de los logros obtenidos y la valoración de las condiciones de vida. Ante tales percepciones la Psicología jugará un papel decisivo en el esclarecimiento de ese proceso por el cual se estima e interpreta a los diversos acontecimientos. Por lo que Grau y González (1998) proponen educar a las personas no solo en el aspecto de la protección de salud y del medio, sino que además a la formación de un estilo de vida saludable y para asumir comportamientos protectores de salud y preventivos de enfermedades que mejoren su calidad de vida.

La calidad de vida de las personas que padecen de una hipocondriasis es casi inexistente, ya que su vida se encuentra enfocada al descubrimiento de nuevos síntomas y a la interpretación de los mismos, lo que implica que ha perdido el sentido de lo que en términos sociales es estar saludable, posiblemente para un hipocondríaco su calidad de vida es satisfactoria, la comprensión que tiene sobre ella esta enfocada a sus condiciones de vida, sus ideologías, valores, aspiraciones, el sentido de su vida y su personalidad, estos elementos influyen en la forma de concebir y vivenciar “su calidad de vida”.

En relación a esto en múltiples investigaciones ha llamado la atención la forma que tienen las personas de concebir su calidad de vida, basándose en los objetos materiales y la felicidad, tan es así que parece que la gente al definir qué es calidad de vida, más bien evalúa “la calidad de vida percibida”. A lo que se recalcan las diferencias de contenido existentes entre la felicidad, la percepción y la calidad de vida. Castro, 2000 (en Restrepa,2001) explica que la felicidad es una actitud y ante ella existen otras actitudes que le acompañan como; el sentir, que es la realización, el resultado del desarrollo centrado en el ser humano; mientras que la calidad de vida requiere de condiciones para asegurarla y satisfacer sus necesidades humanas, por lo cual no forma parte de una actitud. La percepción sin lugar a duda es una actitud, y en función de ella se explica la calidad de vida.

La Psicología estará jugando un papel decisivo en el esclarecimiento de ese proceso de percepción, ¿pero cómo concibe la Psicología la calidad de vida?. Moreno y Ximénes (en Katschnig, Freeman y Sartorius, 2000) explican desde el campo psicológico la calidad de vida es un concepto referido al tipo de respuestas individuales y sociales ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria, de ahí a que su importancia se estime a la salud; una salud rodeada de diversos elementos que actúan de manera directa sobre ella, por ello no sería correcto abordar la calidad de vida exclusivamente desde el área de la salud.

La importancia de la calidad de vida en las personas hipocondríacas proviene principalmente de la consideración de la persona, no solo como organismo enfermo, sino como una persona en interacción. El modelo biomédico proporciona poco interés en la calidad de vida, ya que su preocupación se centra en el estado del organismo.

Contrario a este modelo, el prototipo biopsicosocial parece ser una propuesta interesante a considerar, pues en él se estudian las causas referentes a los estilos de vida asociados al surgimiento de la enfermedad o de aquellos componentes que funcionan como mediadores (variables cognitivas y sociales).

Con lo hasta aquí mencionado podemos decir que el hipocondríaco lleva en términos reales una calidad de vida en función de su percepción, para él aceptable, aunque no lo sea para los demás, en estos casos su enfoque subjetivo se centra en la percepción personal de la salud, un aspecto que es esencial a la hora de predecir o buscar ayuda médica.

A manera de conclusión el objeto de estudio de la calidad de vida no puede ser otro, sino el aumento de los años de vida y el aumento de la calidad de los mismos o, el desarrollo y generalización de una “ vida de calidad ”.

3.7. Intervención Psicológica en la Hipocondriasis.

La hipocondriasis como parte de un conjunto de trastornos somatomorfos ha sido tratada desde diferentes perspectivas psicológicas, siendo las de mayor tradición las Psicodinámicas y los tratamientos farmacológicos. García – Campayo, Salvanés y Álamo (2001) especificaron que estos tipos de tratamientos se emplean desde 1964, mientras que para la década de los 90’s empezaron a emplearse técnicas de corte Cognitivo – Conductual.

En lo que respecta al Tratamiento psicofarmacológico: Surge la necesidad de administrar benzodiacepinas; tienden a disminuir los síntomas somáticos en las personas ansiosas y por lo tanto pueden ser de utilidad en algunos casos de trastornos somatoformes atípicos. Herbert, 1973 (en Greist, Jefferson y Sptizer, 1986) expone que no se han encontrado estudios controlados sobre sus efectos para tratar a personas hipocondríacas, esto puede deberse a que se ha comprobado empíricamente que estos fármacos son ineficaces en la hipocondriasis, y que solo serían efectivos si existe un trastorno asociado a la hipocondría.

Por ejemplo; a una persona se le puede recetar antidepresivos, ya que padece de una depresión grave, acompañada de delirios hipocondríacos, si la persona solo tuviera hipocondriasis los antidepresivos no le serían útiles.

Lo que significa que este tipo de tratamiento constituya un área de discusión, ya que cuando se consulta la bibliografía sobre este tratamiento se observan los siguientes puntos:

- 1- Apenas existen trabajos sobre el tema.
- 2- Las muestras estudiadas suelen ser heterogéneas y no suelen seguir las clasificaciones establecidas.
- 3- Escasean los estudios controlados.

La conclusión es que no existe una suficiente base científica para realizar recomendaciones clínicas fiables en el caso concreto de dicho trastorno.

La Psicoterapia Dinámica: Parte del postulado de que al existir una fantasía inconsciente detrás de los síntomas del hipocondríaco, hay de por medio un contenido expresivo simbólico; siendo la línea causal del conflicto la simbolización que se presenta como disfunción del síntoma. En tal caso el tratamiento variará según el tipo de personas, ya que en varios ejemplos que se irán presentando a lo largo de este punto encontramos que había quienes optaban por un tratamiento simple y otros por un tratamiento a más profundidad.

García – Campayo, Sanz y Claraco, 1860 (en García – Campayo, Salvanes y Alamo, 2001) señalan que el tratamiento de la psicoterapia dinámica tiene dos funciones:

- 1- Establecer una relación terapéutica – paciente intensa, personal e íntima. En la psicoterapia de larga duración esto es fundamental, mientras que en la terapia breve, se realiza de mínimo una entrevista de tres horas, sobre esta base el posterior análisis de transferencia permitirá la segunda función.
- 2- Comprender las relaciones en las cogniciones, interpersonales que le impiden desarrollar relaciones insatisfactorias y le producen síntomas durante esta etapa, se busca el reparar las cogniciones distorsionadas, lo que supone una “experiencia correctora” que puede trasladar al resto de las relaciones.

Ruiz y Cano (2001) proponen como tratamiento un modelo cognitivo, el cual parte de una evaluación, una conceptualización del problema, una socialización terapéutica-cognitiva y por último la generación de alternativas sobre la base del tratamiento planteado. La estrategia de intervención a partir de la cual ha reportado tener mejores resultados son: la exploración funcional – cognitiva, la reconceptualización cognitiva, aceptación y cordialidad, y el uso de la retribución del malestar.

3.7.1. Contexto histórico de la Terapia Cognitivo – Conductual.

La historia de la Terapia Cognitivo – Conductual se remonta a los tiempos de los antiguos filósofos, griegos y romanos, entre ellos Epícteto quien destacó el papel de los factores cognitivos como causales del trastorno emocional. Lo que significa que el ser humano se guía por sus pensamientos; a partir de tal revelación le siguieron muchas más como por ejemplo; Kant señala “La enfermedad mental ocurre cuando una persona no puede ajustar su sentido privado al sentido común.” En suma existe una larga historia que precede a la Terapia Cognitivo – Conductual, sin embargo los Teóricos Cognitivos Semánticos y los Teóricos del Aprendizaje Social contribuyen de manera directa al surgimiento de ésta.

Los Teóricos Cognitivos Semánticos (George Kelly, Albert Ellis y Aarón Beck) se han planteado como objetivo modificar los patrones erróneos del pensamiento de la persona y las premisas, asunciones y actitudes subyacentes a estas cogniciones. Ellos parten de que los procesos del pensamiento afectan de modo adverso la forma en como la persona percibe su exterior y como esto lo conduce a desarrollar emociones disfuncionales y, a partir de éstas distorsiones comienzan a trabajar identificando y evaluando las concepciones erróneas. Cabe destacar que cada uno de los integrantes de esta teoría ha perfeccionado de manera individual un enfoque activo y estructurado para el tratamiento de diversos trastornos, sin alejarse de los lineamientos teóricos que los caracteriza (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1998).

En lo que respecta a la Teoría del Aprendizaje Social sus principales representantes: Julián Rotter, Albert Bandura y Walter Mischel, enfatizan que parte del aprendizaje humano es mediado cognitivamente y, que en vez de responder a las consecuencias ambientales, los humanos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales, es decir, las personas tienden a seleccionar e interpretar ciertos eventos. Su principal objetivo es describir las interacciones continuas entre las variables conductuales, cognitivas, afectivas, fisiológicas y ambientales.

Los conceptos y objetivos que provienen de las Teorías Semánticas y de la Teoría del Aprendizaje Social proporcionan el sustento de desarrollo de la Teoría Cognitivo – Conductual. De esta manera establecen la forma y estructura de los conceptos y principios teóricos bajo los cuales se regirán, así mismo, determinan que su objetivo es y será resaltar la interdependencia de los múltiples procesos que están involucrados en los pensamientos, sentimientos y conductas del individuo, también observan como interactúa el medio ambiente con estos procesos, pues suponen que las cogniciones de las personas contribuyen a la etiología y mantenimiento de algunas conductas consideradas como trastornos.

Un hecho importante que permite que la Terapia Cognitivo – Conductual se fundará en 1989, es la investigación realizada por Ignacio de Loyola; considerado uno de los precursores de esta Teoría en España en el siglo XVI, dicho evento estaba enfocado en la experiencia de los ejercicios espirituales, logrando un cambio en las diferentes personas que padecían algún tipo de trastorno.

Para ello Ignacio de Loyola distingue a varias clases de personas que quieran participar, igualmente, selecciona diversas técnicas según la edad, el tiempo y la cultura. Posteriormente forma grupos en donde cada uno tiene características similares, lo que le permite crear estrategias apropiadas para cada grupo. Las principales técnicas que utilizó fueron:

- Ω Control de estímulos;
- Ω Contracondicionamiento;
- Ω Modelado;
- Ω Auto - observación y autocontrol;
- Ω Reestructuración Cognitiva – Afectiva; y,
- Ω Resolución de Problemas.

Cabe mencionar que éstas no eran consideradas unas técnicas, sino más bien formaban parte de un sacramento que les permitía aprender a examinar parte de su conciencia. (Villapecegin, 1991).

Cada uno de los eventos mencionados anteriormente permitieron que se estableciera como tal la Terapia Cognitivo – Conductual en Madrid por iniciativa de un grupo de terapeutas de esta orientación entre los que se encontraban F. Bas Ramallo (su actual presidente), preocupado por divulgar esta metodología y conseguir un lugar de encuentro para los profesionales de la práctica clínica. Haciéndose oficial en el Congreso Internacional “ Latini Dies” de Asociaciones de Terapia Cognitiva – Conductual de los países de Lengua Latina, celebrado en 1989 en Roma y en Noviembre de 1992 se integra a la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia, (Buela, Caballo y Sierra ,1996)

Según Goldfried (1996) existen cinco fundamentos que son reflejo de la Terapia Cognitivo – Conductual y estan basados en los siguientes principios:

- Ω La conducta es el resultado del proceso constante de retroalimentación entre el organismo y la situación en la que se encuentran;
- Ω Este proceso de interacción es un agente activo;
- Ω Respecto al individuo: los factores cognitivos constituyen los agentes determinantes de la conducta;

Ω El significado psicológico de la conducta para el individuo constituye el factor causal más importante; y,

Ω Los pensamientos, los sentimientos y las conductas son causalmente interactivos.

La Terapia Cognitivo – Conductual se caracteriza por lo siguiente:

1- Considera la Naturaleza de las psicopatologías como una parte de la conducta sintomática derivada de un aprendizaje o de conductas inadaptadas, por lo tanto el síntoma no es el problema.

2- El objetivo de la terapia es aliviar la conducta sintomática mediante la supresión o la sustitución de las conductas inadaptadas.

3- El papel del terapeuta es fungir como un entrenador que ayuda al paciente a desaprender viejas conductas y aprender otras nuevas. El control del refuerzo es importante.

4- El papel del material inconsciente para ellos no es relevante ya que no forma parte del área científica.

5- La conducta, los sentimientos observables y las acciones extra - terapéuticas, son los elementos más relevantes.

Medina y Rubio (1997) explican que la evaluación psicológica de este enfoque incluye las respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas, la detección de variables organismicas y ambientales que provocan o mantienen las conductas, hace énfasis en el presente y en las variables situacionales que el sujeto consulta y que considera inadecuadas.

Así mismo el modelo propone un análisis funcional que tome en cuenta lo cognitivo y lo conductual, es decir, los diálogos internos, las estrategias de solución de problemas, y las respuestas que colaboran en el mantenimiento de la conducta. Las fases de la evaluación se llevan a cabo como

Se ilustra en el siguiente cuadro:

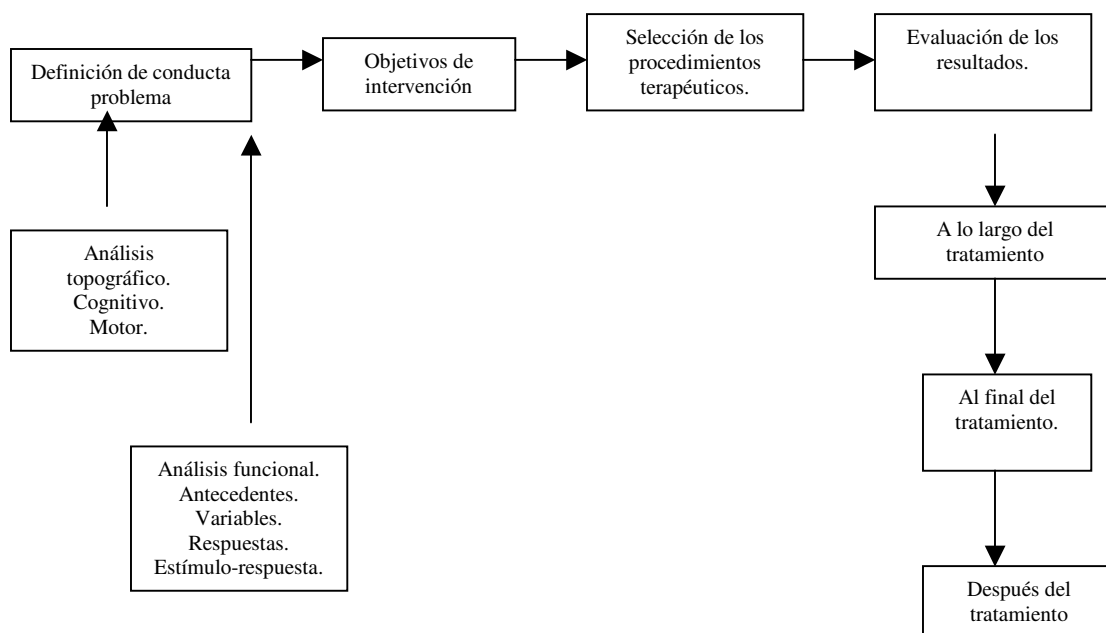


Tabla. 1.1 fases de evaluación de la terapia Cognitivo – Conductual.

Habiendo establecido las fases de evaluación es importante mencionar cuales son los tipos de terapia que se sustentan en el enfoque Cognitivo – Conductual.

En primera instancia se denominan terapias de conducta o comportamiento a las técnicas que, basadas en las teorías del aprendizaje y teorías cognitivas semánticas, se aplican al tratamiento de conductas inadaptadas, a fin de modificarlas o suprimirlas, las terapias a utilizar son: la desensibilización sistemática, el condicionamiento encubierto, contracondicionamiento, sensibilización en encubierta, reforzamiento, extinción, modelamiento, reestructuración cognitiva y auto - instrucción, entrenamiento de habilidades de superación, solución de problemas y atribuciones. (Caballo, 1991).

La terapia cognitivo-conductual ha recibido y continua recibiendo una atención considerable de los medios académicos, de los usuarios, de los servicios e incluso de las instituciones sociales encargadas de velar por la salud psicológica. Todo ello, a su vez, eleva mucho la credibilidad de éstos modelos teóricos.

3.7.2. Aproximación Cognitivo – Conductual a la modificación de Conducta de Salud.

El enfoque Cognitivo – Conductual destaca el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de conducta. En este caso la modificación de conducta se ha desarrollado en poco tiempo, lo que implica que se realicen cada vez más investigaciones en torno a la aplicación de diferentes técnicas en la modificación de conducta.

Kendar y Norton (1998) especificaron que muchos aspectos en la vida de una persona se ven afectados como consecuencia de una enfermedad y su tratamiento. Independientemente de las afecciones físicas que puede conllevar la enfermedad y la terapéutica médica, otras áreas relacionadas con la personalidad y estilo particular de vida del paciente sufrirán alteraciones que, aunque en diversos casos posiblemente podrían ser pasajeras, interferirán en la calidad de vida de la persona. Por ejemplo, el área de las relaciones con familiares y amistades, las relaciones y desempeño profesional-laboral, el funcionamiento sexual, es por mucho donde los cambios acontecidos a raíz de una enfermedad y su tratamiento van a ser más marcados.

Enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad, soportar el tratamiento y permanecer en un estado de expectación para muchas personas supone una incertidumbre respecto del futuro que no solamente afecta emocionalmente al enfermo sino también la totalidad del núcleo familiar y del círculo de amistades que conjuntamente con el paciente sufrirá las consecuencias de esas alteraciones y se verán afectados por entremezclas de emociones que a veces son difíciles de

manejar y controlar, como por ejemplo: tristeza, soledad, ira, rabia, miedo, ansiedad, depresión, desesperación, y desesperanza.

El paciente y su familia muchas veces se ven involucrados en una serie de emociones y pensamientos que demoran el desarrollo de las conductas y actitudes adecuadas para enfrentar la enfermedad y promover comportamientos que favorezcan la recuperación de la salud.

Las actitudes del paciente hacia su enfermedad muchas veces cambian la pauta de los estilos de comunicación familiares, y las actitudes de la familia como respuesta a la reacción del paciente esto influirá, sin lugar a dudas, en el mantenimiento de patrones de conductas que puedan ser favorables o perjudiciales para su salud. Lo mismo ocurre en las relaciones con las amistades y allegados.

A menudo el balance saludable es difícil de lograr sin la ayuda y guía de un profesional que oriente sobre como los aspectos psicológicos-emocionales, las expectativas, las actitudes y el stress, se manifiestan en los problemas de salud y como aprender a manejar apropiadamente estos factores que hoy día sabemos por numerosas investigaciones se interrelacionan con los aspectos médicos de diversas enfermedades y que ha llevado al desarrollo de una forma de estudiar y tratar esos dilemas llamada Terapia Cognitivo –Conductual, y que es vital que sean tratados en una visión de Recuperación Integral de la Salud ("Total Wellness"). Por ejemplo, hay descubrimientos recientes que relacionan la tensión a la que se enfrentan las mujeres después de someterse a cirugía de cáncer del seno y un empeoramiento de su condición, los investigadores descubrieron que la ansiedad emocional puede hacer disminuir las defensas naturales del organismo contra la enfermedad; además de tener que soportar la incomodidad causada por el estado emocional que causa la ansiedad.

En casos como estos la asesoría psicológica es beneficiosa en ayudar a reducir la tensión que por lo general va acompañada también de pensamientos perturbadores, y de esta manera aliviar el estado emocional con un efecto benéfico en el aspecto médico relacionado a la salud física de la persona. Ese beneficio es probable se extienda a personas con otros tipos de cáncer. (Ruiz y Cano, 2001).

Por otra parte, muchas personas que sufren de problemas médicos que ocasionan dolor físico, tales como dolores de cabeza o de espalda crónicos, migrañas, artritis, etcétera, desconocen que además tienen problemas de stress como resultado de tener que vivir con su dolor físico y los cambios de vida que generan sus dificultades médicas en primer lugar. Las personas se frustran, sienten coraje, se deprimen, se sienten desesperanzados y solos, y se afecta su autoestima entre otras consecuencias emocionales que traen su limitación física, el dolor, y los cambios en las relaciones y armonía familiar, marital, los cambios en el área laboral y la habilidad para realizar tareas, alteraciones en las relaciones con amistades, y cambios o impedimentos para las diversiones entre otras cosas.

En otras palabras, en el manejo efectivo de enfermedades que producen dolor se hace sumamente necesario incluir el manejo psicológico-emocional para lograr un tratamiento integral de estos problemas que brinden un mayor bienestar al paciente. El paciente necesita aprender conocimientos y destrezas que le ayuden a manejar sus emociones, sus actitudes y su forma de pensar acerca de su dolor, y también como manejar los cambios que impone su condición de salud en todos los aspectos expuestos. Después de todo, él tener que lidiar con la experiencia del dolor drena nuestras energías tanto como lo hace un trabajo demandante o una situación familiar o personal que sea muy conflictiva o problemática.(Kendar y Norton, 1998).

Algunas circunstancias en que necesitamos orientación y tratamiento psicológico usualmente son:

- Ω Manejo del stress.
- Ω Manejo del coraje y la frustración.
- Ω Manejo de la depresión.
- Ω Manejo de la autoestima.
- Ω Manejo de la comunicación en la familia.
- Ω Aceptación de las limitaciones y cómo desarrollar alternativas a dichas limitaciones.

- Ω Manejo de las sensaciones e interpretaciones acerca del dolor.
- Ω Manejo de formas inadecuadas de pensar.
- Ω Manejo de la vergüenza por la enfermedad o sus limitaciones.
- Ω Manejo de la ansiedad y/o el temor a los procedimientos médicos.
- Ω Manejo de imágenes, visualización positiva y auto-hipnosis.
- Ω Manejo de sentimientos de culpa.
- Ω Otra variedad de circunstancias.

Algunas problemáticas médicas y/o áreas de salud con componentes emocionales claros que necesitan ser tratados para una mejoría integral del paciente, y en las cuales la intervención a través de procedimientos psicológicos por un profesional de la Psicología de la Salud con preparación y experiencia en el área de la Modificación Conductual, será de gran ayuda la terapia Cognitivo - Conductual:

- Ω Dolores de cuello.
- Ω Dolores de espalda
- Ω Dolores de cabeza crónicos /migraña.
- Ω Neuralgias.
- Ω Diabetes.
- Ω Hipertensión.

- Ω Cáncer.
- Ω Artritis.
- Ω Enfrentar procedimientos médicos dolorosos.
- Ω Cambios de hábitos nutricionales.
- Ω Integración de rutina de ejercicios.
- Ω Problemas médicos con componentes de stress.
- Ω Diversas problemáticas médicas que tienen componentes de dolor físico.
- Ω Modificación conductual para el manejo del nivel de colesterol.
- Ω Hipocondriasis.
- Ω Diversos tipos adicionales de problemáticas.

3.7.3. Estrategias Cognitivo – Conductual y Técnicas de Intervención en el Sector Salud.

Bajo el nombre de Terapia Cognitivo – Conductual se agrupa una variedad de Técnicas terapéuticas específicas, pero que también representan un modelo conceptual. Diversos trastornos requieren de distintos procedimientos como las terapias de habilidades de afrontamiento, las terapias de resolución de problemas, el entrenamiento de auto – instrucción y los diversos procedimientos de auto – control, entre otros.

Por otro lado cada una de las técnicas de intervención utiliza una estrategia y procedimiento diferente según sea el caso; por ejemplo Meichenbaum (en Linn y Garske, 1988) enfatizan tres puntos importantes que deben de sobresalir como puntos de estrategia:

- Ω Los diferentes aspectos de la experiencia cognitiva (por ejemplo; creencias, expectativas, imágenes y cogniciones) deben de enfatizarse; pues se encuentran relacionadas con el proceso de aprendizaje.
- Ω Ofrecer diferentes prescripciones como el mejor punto de intervención en el complejo cognición – efecto – conducta – consecuencia.

- Ω Utilizar diferentes tácticas de intervención que van desde las cuestiones didácticas a las creencias irracionales, hasta los diálogos socráticos diseñados para fomentar las habilidades de afrontamiento.

Las intervenciones de la Terapia Cognitivo – Conductual usualmente son activas, de tiempo limitado y considerablemente estructuradas, por lo cual las técnicas y estrategias pueden variar según se requiera, las técnicas que han sido aplicadas en la mayoría de la población se irán abordando a la par en el transcurso del presente apartado. Así mismo se reportarán los resultados obtenidos de diversas investigaciones realizadas en el área de salud.

1-. ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS:

Rimm (1987), enfatiza que esta técnica forma parte de un proceso meta cognitivo, por el cual las personas comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirige sus intentos de resolución hacia el problema que se le presenta en el instante. Por lo cual abarca tres puntos importantes de abordar: problema: es una situación específica de la vida que puede ser único o de sucesos relacionados; la solución eficaz: son respuestas de afrontamiento que no sólo logran estos objetivos, sino que además maximiza las consecuencias y minimizan las negativas y el afrontamiento: que es la combinación de la solución de problemas y la ejecución del afrontamiento con respecto a un problema determinado.

El programa de tratamiento cognitivo – conductual propuesto para los síntomas psicóticos se conforma de tres elementos: entrenamiento en estrategias de afrontamiento, para reducir los síntomas positivos; entrenamiento en solución de problemas, dirigidos a aumentar el nivel de funcionamiento de la persona y entrenamiento en estrategias cognitivo – conductuales de prevención de recaídas, dirigido a reducir el riesgo de recaídas en el futuro. El terapeuta procura en estos casos dar apoyo emocional a las personas, a través del apoyo y protección incondicional al paciente. Por último se encontraron diferencias significativas en

cuanto a la reducción en las alteraciones del pensamiento y en los síntomas negativos al comparar la terapia cognitivo – conductual y el tratamiento tradicional. La principal aportación de este estudio, es la demostración de que la terapia cognitivo – conductual, es muy eficaz (Vallejo y Gasto, 1990).

2-. TÉCNICAS DE BIOFEEDBACK:

Mediante esta técnica Caballo (1991) comenta que al paciente se le informa de una serie de procesos fisiológicos de los que él no suele ser consciente, permitiendo así que la persona los perciba y sea capaz de someterlos por sí mismo.

Los instrumentos a utilizar son muy sencillos, pues facilitan la información directa al paciente, sea de tipo auditivo o visual, la información que se brinda son los cambios fisiológicos y como estos se relacionan con los psicológicos.

Los tipos de biofeedback más utilizados son:

A) EMG.

B) EEG.

El campo de aplicación suele ser los trastornos musculares (tensión muscular), trastornos vasculares (hipertensión, arritmias y taquicardias) y problemas de ansiedad, asma, insomnio, trastornos gastrointestinales, etcétera.

Oblitas y Becoña (2000), indican que la presión arterial de los pacientes hipertensos se ha tratado de controlar de manera directa aplicando diversas formas de entrenamiento de biofeedback la propia presión arterial y, más recientemente otros parámetros hemodinámicos como por ejemplo; la velocidad de la onda del pulso. Por ejemplo, un procedimiento muy frecuente de biofeedback discreto binario consiste en que el sujeto observe una luz roja que se enciende cuando ha bajado la presión arterial al menos 5 mmHg y que no se enciende en el caso opuesto, por el contrario, en el biofeedback discreto proporcional se presenta al sujeto información verbal o visual de los cambios producidos.

La diferencia entre una y la otra, es que en la primera, la persona recae constantemente, además el procedimiento es muy tedioso y molesto en comparación con el segundo.

3-. LA RELAJACIÓN:

Los antecedentes históricos de las técnicas de relajación, son antiguas. Existen importantes eventos que han permitido su desarrollo, pues anteriormente solo se utilizaba en el área clínica, sin embargo los resultados obtenidos con dicha técnica han permitido su expansión a otras áreas; como la Psicología de la Salud.

Esta técnica se define como: un estado con características fisiológicas, subjetivas y conductuales, similares a las de los estados emocionales, pero de signo contrario. Davis , Robbins y McKay (1985), mencionan que el objetivo primordial de dicha técnica es: reducir la tensión fisiológica y es incompatible con la ansiedad: el hábito de responder de cierta forma anula el hábito de responder de otra. Se ha conseguido cubrir dicho objetivo en la aplicación de los tratamientos dirigidos a: La tensión muscular, el insomnio, la depresión, la fatiga, el colon irritable, los espasmos musculares, el dolor de cuello y espalda, la hipertensión y el tartamudeo.

El programa de relajación propuesto consiste en un esquema simplificado que abarca cada uno de las áreas de los músculos, este programa se realiza en poco tiempo, ya que son ejercicios muy sencillos y precisos. El grupo de músculos que se trabaja son:

- 1- Se inicia por manos/ antebrazos/ bíceps dominantes.
- 2- Manos/ antebrazos/ bíceps no dominantes.
- 3- Frente, cuero cabelludo, ojos y nariz.
- 4- Boca y mandíbula.

- 5- Cuello.
- 6- Hombros, pecho y espalda.
- 7- Abdomen.
- 8- Piernas y muslos.
- 9- Pantorrilla.
- 10-Pies.

De igual forma la Terapia Cognitivo – Conductual se ha empleado en personas que sufren de DOLOR CRÓNICO, este se caracteriza por ser un dolor constante y poco tolerable, en ocasiones se encuentra relacionado con enfermedades progresivas.

El tratamiento tiene como objetivo ayudar a la persona a obtener un control sobre las experiencias de dolor al realizar cambios específicos en sus cogniciones y, así adaptarse mejor a las nuevas situaciones con las que interactúa. Este tratamiento consiste en utilizar el biofeedback (retroalimentación), pues a través de él, la persona aprende diferentes procesos de autocontrol, es decir, aprende a controlar las funciones de su cuerpo tales como; la temperatura dérmica, el pulso o las ondas alfas del cerebro. Aunado a esto se utiliza la relajación con la finalidad de afrontar las situaciones estresantes, además los recientes desarrollos en el manejo del dolor crónico, así como el resultado de diversas investigaciones proponen el considerar las actitudes, las expectativas y las ideas de las personas, ya que estas influyen en como perciben el dolor. El objetivo de dicho modelo es ayudar al paciente a obtener un mejor control sobre la experiencia del dolor al producir cambios en su cognición.

Otro tipo de tratamiento con el mismo enfoque, es presentarle a la persona un marco conceptual del dolor, como influyen sus pensamientos y sentimientos en la percepción del mismo. Posteriormente se le enseña a desarrollar estrategias de afrontamiento al dolor, como por ejemplo; medios para desviar la atención del dolor, la utilización de la imaginación y, por supuesto practicar la relajación.

En este tratamiento se practica básicamente la inoculación de estrés, la relajación y la reestructuración cognitiva.

Las tres técnicas empleadas han arrojado datos importantes en cuestiones cualitativas y cuantitativas, lo que contribuye a que los tratamientos se sigan aplicando con éxito (Goldstein y Krasner, 1991).

4-. LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA:

Cuando se habla de reestructuración cognitiva se hace alusión a un conjunto de técnicas con diferentes peculiaridades, sin embargo el objetivo para todas es el mismo, este objetivo consiste en identificar y modificar las cogniciones que son desadaptativas. Al respecto Méndez, Olivares y Moreno, (1998) especifican que las técnicas que se encuentran dentro de este grupo son:

- La terapia racional emotiva;
- Terapia cognitiva de Beck;
- Entrenamiento auto - instruccional de Meichenbau; y,
- Reestructuración racional sistémica de Goldfried y Goldfried.

Cabe mencionar que cada una de las técnicas emplea un procedimiento diferente, así mismo no se puede utilizar para tratar varios casos.

Un ejemplo en donde se ha utilizado la relajación y la reestructuración cognitiva es en el TINNITUS. Los hallazgos de estudios epidemiológicos sugieren que más del 1 al 3% de la población adulta tiene tinnitus crónica grave que les causa problemas en sus actividades diarias, en su estado de ánimo y les produce problemas en el sueño.

La tinnitus es una percepción auditiva fantasma, definida como: la experiencia de sonidos en ausencia de cualquier estímulo exterior. A estos se suman las

constantes visitas al sector salud, provocando que el tratamiento médico brindado sea poco efectivo, ante esto, el sector salud propone trabajar desde un marco multidisciplinario, con la finalidad de darle al usuario un mejor tratamiento.

En lo que respecta a la Psicología de la Salud esta, se ha encargado de realizar diversas investigaciones, encontrando que entre la depresión, la ansiedad y el estrés hay una relación con el tinnitus. Estos hallazgos permitieron que se ofreciera un mejor tratamiento para las personas que padecían de tinnius, el tratamiento se encuentra apoyado en los principios de la Terapia Cognitivo - Conductual.

Antes de aplicar el tratamiento se debe realizar una evaluación de los aspectos depresivos, de ansiedad y de estrés, posteriormente se realiza un auto – registro de los síntomas, especificando su intensidad.

Las técnicas a utilizar en este tipo de casos es la relajación muscular, las cuales tiene como objetivo reducir las molestias que causa el tinnitus, también se utilizan técnicas de reestructuración cognitiva, con la finalidad de reestructurar las cogniciones y los temores relacionados con el tinnitus. Además la exposición gradual a situaciones temidas.

La importancia de la intervención psicológica en el manejo de tinnitus es evidente, ya que los pacientes con tinnitus suelen sufrir dificultades psicosociales y de cormobilidad.

Es ahora cuando existen pruebas de que la Terapia Cognitivo – Conductual puede ser eficaz para aliviar las molestias causadas por el tinnitus, además los meritos de esta terapia en comparación con otros tratamientos alternativos, dentro de la Psicología en el ámbito hospitalario, no se conocen aún. (Andersson y Ortiz, 2002).

5-. AUTOCONTROL:

El autocontrol es un conjunto de procedimientos diseñados para permitir que las personas controlen o modifiquen su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. En este caso el terapeuta tiene la tarea de ser solamente el profesor, instruyendo a la persona en los principios de cambio de conducta aplicado a sí mismo.

Las estrategias de autocontrol abordan temas como el establecimiento de objetivos, el control de la motivación, la recompensa y el castigo interno. La variedad de la aplicación de dichas técnicas se debe a que permiten tener una generalización de la conducta a modificar en cualquier situación (Caballo, 1991).

Bajo el mismo enfoque se han tratado los trastornos cardíacos, solo que en este caso para poder desarrollar, evaluar y aplicar un tratamiento se apoya en el siguiente argumento:

“ La relación que existe entre los patrones de conducta tipo A, su medio circundante; elevan el número de posibilidades de que una persona padezca un trastorno cardíaco”

Cuando se han establecido los parámetros de la conducta tipo A y de su relación con el medio, el segundo paso consiste en elaborar el procedimiento de intervención (tratamiento), el cual tiene como objetivo modificar los comportamientos específicos; como el comer, el beber o el fumar; los intentos de influir en este tipo de conductas es hacer frente a un estilo de vida y, por tanto, los procedimientos de cambio conductual requiere de mayor complejidad y sutileza.

En una investigación en la que se busca modificar la conducta Tipo “A” en pacientes con enfermedades cardíacas; se consiguió con éxito modificar dicha conducta y relacionar tales cambios con la no aparición de trastornos cardíacos.

Las técnicas que se emplearon son:

- Ω Autocontrol: a partir del cual la persona tenía un aprendizaje social cognitivo.
- Ω La contratación conductual y
- Ω La reestructuración cognitiva.

Los resultados fueron siempre sorprendentes ya que cuando se reducía la conducta tipo “A”, se redujo la tasa de personas cardíacas e incluso el número de defunciones (Goldstein y Krasner, 1991).

3.7.4. Propuesta Cognitivo – Conductual para el tratamiento de sujetos con Hipocondriasis.

Los tratamientos que han demostrado una mayor eficacia en el tratamiento específico de la hipocondría son los tratamientos psicológicos basados en procedimientos Cognitivo – Conductuales y como el inicio de cualquier otro tratamiento requiere para su elaboración de:

- a) Una valoración diagnóstica precisa;
- b) Un conocimiento exhaustivo de los factores implicados en el origen y desarrollo del problema: antecedentes, organismo, respuestas y consecuencias;
- c) La formulación de un esquema explicativo que identifique las variables más relevantes del caso, las relaciones críticas entre ellas, y el proceso que ha seguido a lo largo del tiempo y
- d) El establecimiento de una relación adecuada entre el usuario y el terapeuta.

Finalmente en función de lo anterior, el establecimiento de objetivos evaluables acordes al caso y al usuario. (Baeza, 2001).

La incógnita hasta este momento es cómo se trabaja con una persona hipocondríaca a partir de este modelo; antes de saberlo, es esencial comentar que las cogniciones de un hipocondríaco juegan un papel importante; pues existe una tendencia persistente a la atribución de los síntomas somáticos a una causa orgánica. Por otra parte se observa una atención focalizada hacia el funcionamiento corporal, con lo que se retroalimenta el circuito.

La persona percibe muchos síntomas, los atribuye a una causa física y, esto confirma el hecho de que esta enfermo. Las conductas se vuelven inactivas, produciendo una atrofia muscular e incapacidad, lo que facilita la búsqueda de ayuda médica, a esto se agregan las cuestiones psicofisiológicas como: la ansiedad, cambios en el estado de ánimo y la poca correlación entre el temor y el peligro real. Partiendo de esto, García – Campayo, Sanz y Claraco, 1860 (en García – Campayo, Salvanes y Álamo, 2001) destacan que las primeras intervenciones van encaminadas a reducir los síntomas de ansiedad y por ende la incapacidad que producen.

Posteriormente se analizan y tratan los factores que originan y/o mantienen la ansiedad y otras alteraciones que le acompañan.

A nivel conductual se favorece la extinción de búsqueda de ayuda médica, mientras se expone gradualmente a la actividad física, para el manejo de los aspectos fisiológicos se propone el entrenamiento de relajación y, por último para la mejoría de las relaciones interpersonales se emplean técnicas como:

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Desarrollo de la asertividad.
- La resolución de problemas.

El trabajar los aspectos cognitivos y conductuales de un hipocondríaco tiene muchas ventajas, lo que representa el obtener resultados eficaces. Para obtener una mejor visión de ello, se presenta el siguiente cuadro, propuesto por Avia (1993):

ANTECEDENTES FRECUENTES EN PROBLEMAS DE HIPOCONDRIÁ	COGNITIVO	CONSECUENCIAS HABITUALES ANTE CONDUCTAS HIPOCONDRIACAS
<p>A) Remotos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - enfermedad física en la infancia (en la persona o familiar). - familiares con actitud / creencias hipocondríacas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupación por el cuerpo. - auto - observación excesiva de funciones corporales (cambios y nuevos signos). - atención a zonas problemáticas: <ol style="list-style-type: none"> 1- descuido de áreas sanas. 2- Acumulación de información negativa sobre su cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> - refuerzo positivo (atención, refuerzos primarios). - refuerzos negativos (miedo a estar enfermo, signos físicos, estímulos de estrés y escape a la imaginación de las consecuencias últimas temidas). - castigo negativo.: retirada de reforzadores potenciales por conductas activas (bienestar, energía, autonomía, refuerzo social). <p>POTENCIAL RETIRADA DE LA ATENCIÓN DE PERSONAS PRÓXIMAS.</p>
<p>B) Próximos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - muerte/ duelo en la familia, o de una persona próxima. - signos de malestar físico no explicables y semejantes a enfermedades graves, - información reciente, novedosa y alarmante (epidemia o SIDA). 	<p style="text-align: center;">EMOCIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - activación fisiológica del SNA como: <ol style="list-style-type: none"> 1- cambios corporales. 2- Diversos dolores y cambiantes - temor irracional ante una posible enfermedad. - posible alteración de ánimo. 	<p style="text-align: center;">VARIABLES ORGANISMICAS SUGERIDAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - factores sociales y culturales relacionados con la expresión emocional de enfermar. - posible capacidad de incrementar la percepción de signos físicos internos. - déficit en el repertorio de respuestas ante sucesos desencadenantes de estrés relacionados con la historia personal.
	<p style="text-align: center;">CONDUCTUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - verbalización preferente: <ol style="list-style-type: none"> 1- temas de enfermedad. - consulta a diversos médicos: - búsqueda de información relevante. - conductas típicas de enfermar. - auto inspecciones. 	

Tabla 1.2. Relación de cogniciones y conductas de un hipocondríaco

Como puede observarse en el cuadro anterior, la autora incluye otros elementos que no son considerados por García – Campayo, Sanz y Claraco, (1860) y Baeza (2001). Estos elementos son; los antecedentes remotos y próximos y las variables organismicas.

Las primeras nos permiten ver si la persona hipocondríaca a estado relacionada directa o indirectamente con este trastorno a lo largo de su vida y, el segundo nos permite establecer una relación del trastorno con variables sociales y culturales.

Además la autora incluye aspectos relacionados con la salud, si se ha perdido, aspectos relacionados con la prevención y aspectos relacionados con el desarrollo personal del usuario que de un modo u otro tiene que ver con lo que pasa.

He aquí una relación de aquellas técnicas consideradas más efectivas para tratar la hipocondría, según Avia (1993) :

- 1- Técnicas de Reestructuración cognitiva: son un conjunto de técnicas que trabajan con los pensamientos, usando el diálogo y las pruebas para validar los pensamientos. Para la hipocondría se trabaja con los errores al atribuir los síntomas vagos, ambiguos y normales a enfermar de gravedad. También se ánima a cambiar el foco de atención y sus perniciosas consecuencias, ampliándolo a sensaciones saludables del propio cuerpo. Y se busca instaurar nuevas creencias más realistas sobre la salud y la enfermedad.
- 2- Técnicas de relajación: sabemos que la ansiedad puede provocar síntomas que se pueden atribuir a una enfermedad grave o, incluso, generar enfermedades graves. Además el generar estas nuevas sensaciones agradables y gratificantes, ayuda a cambiar el foco de atención y se orienta hacia un pensamiento menos negativo, reduciendo en algo las preocupaciones existentes.

- 3- Inundación imaginaria ante la posibilidad de enfermedad grave o muerte: consiste en intentar visualizar los pensamientos y presentimientos negativos sobre la enfermedad y la muerte, como si realmente hubiera ocurrido.
- 4- Exposición interoceptiva: técnica conocida con el nombre de “paradógicas” donde se le pide a la persona que mediante diversos procedimientos, se genere y se exponga voluntariamente a los síntomas y sensaciones temidas. De esta manera la persona percibe que tiene un control sobre dichos síntomas. Se consigue que sensaciones que antes se consideraban como señal de peligro se vean como absolutamente normales. Por tanto esta técnica, también contribuye a un cambio en el pensamiento y a reducir la angustia y la preocupación.
- 5- Entrenamiento en Técnicas de Asertividad: con la mejoría de la asertividad y la autoestima se desarrollan formas más efectivas de conseguir los objetivos y deseos (laborales y, sobre todo sociales), sin tener que usar la queja y los síntomas como forma de comunicación.
- 6- Análisis y resolución de áreas conflictivas de la vida de la persona: se tratan específicamente, y con tratamientos también específicos según sea el área, aspectos de la vida de la persona que han quedado seriamente dañados como consecuencia del trastorno, o bien han incidido de alguna manera en su aparición o mantenimiento.

En una investigación realizada por Chappell y Steverson (1936) (en Avia, 1993) al trabajar con personas hipocondríacas que sospechaban de padecer cáncer en el estómago. Los elementos del tratamiento consistieron en controlar la

preocupación, mediante un entrenamiento a cambiar el pensamiento. El procedimiento consistía en entrenar a las personas a generar detalles vividos de periodos satisfactorios de su vida y a pensar en ellas de manera sistemática; al cabo de dos o tres semanas se entreno a familiares y personas significativas del entorno de la persona, con la finalidad de cambiar los temas de conversación cada vez que estas se centraban en sus dolores; eliminación del refuerzo y sustitución por sensaciones de competencia por realizar en el tratamiento; explicación sobre la influencia del pensamiento en la actividad corporal con el fin de hacerles lograr una pausa sobre cómo, en cierto modo, ellos son los responsables en la producción de sus malestares; y apoyo, sugestión y refuerzo de los logros; junto con una enseñanza sistemática de verbalización encubierta adecuada.

Al término del tratamiento los resultados fueron satisfactorios para la Institución de Salud, para las personas que padecían de hipocondría, para los familiares y amigos allegado y para los psicólogos encargados del tratamiento.

Antes de dar por terminado el tratamiento, es muy útil analizar con el usuario la evolución del trastorno y obtener su impresión del proceso terapéutico en su conjunto, y la evaluación de aquellas técnicas, estrategias o intervenciones que le resultaron más y menos útiles.

La tarea que queda a los Psicólogos de la Salud es doble, primero debe poner a prueba, con controles adecuados, la utilidad a largo plazo de este enfoque (Cognitivo – Conductual) y determinar que componentes de los señalados son los más útiles, en segundo, comprender y entender que la hipocondría no puede ser estudiada únicamente como la consecuencia de diferentes patologías, pues hoy por hoy son muchos los casos en donde una persona padece hipocondría sin que esta se encuentre asociada a otro trastornos y, es precisamente este punto al cual debemos poner la atención necesaria, debido a la poca investigación realizada al respecto.

*“ Si encuentras una solución
y te aferras a ella,
esa solución puede convertirse
en tu próximo problema ”*

** Anónimo **

CAPITULO IV

4 . FACTORES PSICOSOCIALES QUE SE RELACIONAN CON LA HIPOCONDRIASIS

4.1. Metodología.

La presente investigación fue no experimental, se caracterizó por ser descriptiva y explicativa ya que se utilizó el método de encuesta observacional con un diseño transversal descriptivo explicativo, se utilizaron instrumentos transversales de muestra no probabilística, en donde no existía la manipulación de variables experimentales.

4.2. Sujetos.

La muestra estuvo integrada por 988 personas con las siguientes características:

- Ω Se encontraban dentro del rango de edad (18 años a 75 años) para ambos sexos.
- Ω Personas que se encontraban en la sala de espera ya fuesen para consulta externa e interna en los siguientes Hospitales: MIG, Español, Juárez, 1° de Octubre y Centro Médico Nacional Siglo XIX.
- Ω Comunidades pertenecientes a una agrupación sin importar sexo o nivel socioeconómico.
- Ω Familias conformadas por padre, madre e hijos.
- Ω Personal de Hospitales ya mencionados como: prestadoras de servicios, técnicos, administradores y profesionales (psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros).

A los sujetos se les explicó el propósito de la investigación, con la finalidad de que su participación fuese voluntaria.

4.3. Objetivos.

Objetivo General:

- Ω Analizar los factores Psicosociales que se relacionan con el desarrollo y mantenimiento de la hipocondría.

Objetivos Específicos:

- Ω Determinar las relaciones existentes entre los procesos cognitivos, la queja somática y la hipocondriasis.
- Ω Analizar la relación existente entre la edad de un hipocondríaco y su sexo.
- Ω Conocer las implicaciones que tienen los hipocondríacos en su calidad de vida, ante los cambios de estado de ánimo.

4.4. Escenario.

Las área de aplicación de la prueba fue en: las salas de espera para consulta externa de los siguientes hospitales:

- Ω MIG.
- Ω Hospital Español.
- Ω Hospital Juárez.
- Ω Hospital 1 ° de Octubre y,
- Ω Centro Medico Nacional Siglo XXI.

4.5. Hipótesis:

Si la hipocondriasis es una enfermedad producida por una preocupación excesiva de la salud, entonces los factores Psicosociales (sexo, edad, vigilancia de salud, ansiedad, culpabilidad, estados de ánimo, queja somática y procesos cognitivos) influyen en el desarrollo y mantenimiento de ésta.

4.6. Variables.

V. D. Desarrollo y mantenimiento de la hipocondriasis.

V. I. Los factores Psicosociales (sexo, edad, vigilancia de salud, ansiedad, culpabilidad, estados de ánimo, queja somática y procesos cognitivos).

4.7. Materiales e Instrumentos.

Materiales:

Ω 988 formatos de los instrumentos utilizados “Funcionamiento Psicosocial” y “ Funcionamiento de la Salud” Ramírez, G. E. M. Marisela., Cortés, V. E. B., Vaquero, J. E., y Arriaga, A. Yasmín. (2003). Evaluación de requerimientos de salud integral en población mexicana. Psicología y Ciencia Social. Vol. 5, 2, 62-67.

Ω Bolígrafos.

Instrumento:

Se utilizaron las siguientes escalas elaboradas por Ramírez, G. E. M. Marisela., Cortés, V. E. B., Vaquero, J. E., y Arriaga, A. Yasmín. (2003). Evaluación de requerimientos de salud integral en población mexicana. Psicología y Ciencia Social. Vol. 5, 2, 62-67.

Ω Funcionamiento de la Salud (FS), que consta de cinco sub -escalas con un total de 69 reactivos.

Ω Funcionamiento Psicosocial (FP), que consta de 4 sub -escalas con un total de 58 reactivos.

La confiabilidad del instrumento a utilizar se obtuvo a partir de un estudio piloto empleando una prueba Test – Retest (la cual consiste en aplicar el instrumento a

una población específica y posteriormente aplicar el mismo instrumento después de cierto tiempo, para evaluar la confiabilidad entre los resultados). El instrumento se aplicó a 100 sujetos del mismo sexo, con un rango de edad de 18 a 80 años en la sala de espera de hospitales públicos y privados. La aplicación fue de aproximadamente 20 minutos de manera grupal o individual, utilizando un intervalo de tres semanas para las mismas personas, cabe mencionar que durante la aplicación se encontraban dos investigadores. Se obtuvo una confiabilidad Test – Retest mayor a .70 en la mayoría de las escalas. Lo anterior mostró que el instrumento mencionado es confiable para su aplicación en la población.

Para la presente investigación se utilizarán los siguientes reactivos de cada escala:

Instrumento “Funcionamiento de Salud” (FS)

ESCALA	CATEGORIA	REACTIVOS
Uso del sector salud	Visitas al doctor	43
Creencias y actitudes de salud	Hipocondriasis	48, 54, 60 y 69.
	Vigilancia de salud	46, 47 53 y 59

Instrumento “ Funcionamiento Psicosocial” (FP)

ESCALA	CATEGORIA	REACTIVOS
Salud Psicológica	Cambio de estado de ánimo	38,52,55
	Culpabilidad	39,51,54
	Ansiedad	41,47,50
	Queja somática	46,48,53
	Disturbio cognitivo	40,43,58
	Calidad de vida	42,45,56,55

4.8. Procedimiento.

Diseño de investigación.

El diseño fue de tipo transversal descriptivo y explicativo

FASE:

1-. Aplicación del instrumento:

Se aplicaron los instrumentos FS y FP a los pacientes que se encontraban en las salas de espera para consulta externa de los Hospitales privados MIG y Español; y en los hospitales públicos, Juárez, 1º. De Octubre y Centro Médico Nacional Siglo XXI. Con el previo consentimiento Institucional y personal de cada paciente.

En algunos casos (hospitales públicos) se aplico de manera grupal e individual. Lo anterior dependió del número de sujetos encontrados y su disponibilidad de aceptación y tiempo. El investigador siempre estuvo presente para resolver dudas o preguntas y en algunos casos para leer los reactivos a las personas que lo requerían. El tiempo estimado en responder el instrumento fue de 20 minutos y se aplico una sola vez para cada persona.

2-. Captura de datos:

Los datos fueron capturados para realizar una correlación de los mismos, posteriormente se analizaron empleando el paquete estadístico computarizado SPSS "9".

3-. Análisis de datos:

Se utilizó una prueba no paramétrica (Spearman) para evaluar la relación entre la V. D. y V. I.

*“ Quien desee hacer lo correcto
al por mayor,
deberá equivocarse
al por menor “*

** Montaigne **

CAPITULO V

5. ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS.

Para la realización de este apartado se eligieron del instrumento Funcionamiento de la Salud (FS) los reactivos relacionados con la hipocondría (43, 46, 47, 48, 53, 54, 59, 60 y 69) y, del instrumento Funcionamiento Psicosocial (FP) los reactivos relacionados con el desarrollo y mantenimiento de la misma, los cuales están englobados dentro de la categoría "SALUD PSICOLÓGICA" (ver anexo 1 y 2). Cabe destacar que los reactivos de cada uno de los instrumento se desglosaron en el marco teórico, igualmente se encuentran relacionados con el desarrollo de los objetivos específicos.

Los reactivos seleccionados se analizaron bajo los parámetros de la prueba Spearman, determinando un nivel alfa de .05 para dicha prueba.

Así mismo se presentaron los datos obtenidos del análisis y la relación estadística de los mismos de la siguiente forma:

- Ω En primer lugar se mostraron los resultados relevantes, aún los que estén en contra de la hipótesis.

- Ω En segundo se expusieron los principales resultados a través de gráficas y tablas para detallar los datos que justifiquen la conclusión.

La forma en como se presentan los datos es conforme se encuentra la descripción de las categorías (ver anexo 2).

SEXO * PREOCUPACIÓN POR SALUD

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * Preocupación por salud	983	99.5%	5	.5%	988	100.0%

Sexo * Preocupación por salud Crosstabulation

Count		Preocupación por salud						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo	Masculino		103	91	82	40	125	441
	Femenino	2	179	98	74	51	138	542
Total		2	282	189	156	91	263	983

Al relacionarse el sexo con la preocupación por su salud se obtuvo un nivel de significancia de .010, lo que demuestra que hay diferencias significativas en cuanto a la elección de hombres y mujeres. En lo que respecta a la elección de las mujeres se observa de manera particular que el 33.025, "**no**" les preocupa su salud, mientras que al 25.46%, "**si**" le preocupa su salud, la diferencia entre estas dos elecciones es de 7.56%, esta podríamos decir que es relativamente mínima en comparación con el 14.94%, de mujeres que se preocupan "**un poco**" por su salud, así como las que se preocupan de manera "**regular**" representado por 13.65% y por último el 23.62% de mujeres que "**casi no**" se preocupan. La elección de los hombres tiende a ser muy similar con el de las mujeres, pero en este caso el reactivo que obtuvo mayor puntuación fue el que "**si**" se preocupan por su salud, representado por un 28.34% y un 23.35% "**no**" les preocupa en nada su salud; obsérvese una diferencia de 4.99%, esta nuevamente es mínima en comparación con las demás.

Por lo tanto estos datos nos permiten concluir tres cosas.

- 1- Los hombres tienden a preocuparse más que las mujeres por su salud.
- 2- La diferencia entre la preocupación por la salud y el caso omiso de la misma, en ambos casos es relativamente mínima.

3- Hay una fuerte contraposición en el extremo de los valores mostrados entre la negación y la afirmación por la preocupación por la salud en el caso de las mujeres.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.082	.032	-2.568	.010
N of Valid Cases		983			

Tabla 1. Señala el nivel de significancia de la relación entre el sexo y la preocupación por su salud.

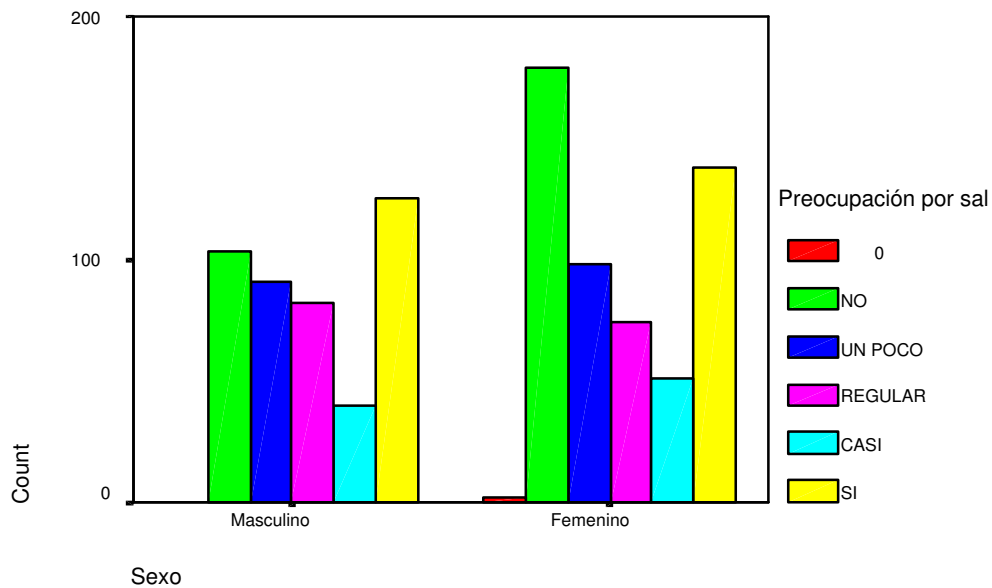


Fig 1. Muestra la frecuencia de respuestas de la correlación entre el sexo y la preocupación por su salud.

EDAD Y PREOCUPACIÓN POR SALUD

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * Preocupación por salud	975	98.7%	13	1.3%	988	100.0%

Los datos de esta relación obtuvieron un nivel de significancia de .000, esto quiere decir que ambas variables están correlacionadas, ya que el mayor número de personas que se preocupa por su salud está representada por 18 personas de 50 años, mientras que 22 personas de 21 años "no" se preocupan por su salud. Lo que implica que las personas entre 45 - 50 años son las que más se preocupan por su salud, por tanto las personas que se encuentran entre los 21 años y las que rebasan los 50 años la preocupación por su salud puede ser proporcionalmente a la edad señalada.

edad * Preocupación por salud Crosstabulation

Count

		Preocupación por salud					Total	
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI		SI
edad	1				1		1	
	4				1		2	
	5				1		1	
	7		2	1			3	
	17						1	
	18		3	4	2	1	11	
	19		3	2		5	13	
	20		15	5	3	1	26	
	21		22	9	8	2	46	
	22		8	6	6	2	24	
	23		13	13	10	4	45	
	24		6	5	5	3	21	
	25		10	5	3	2	22	
	26			4	1		9	
	27		3	4	4		12	
	28		7	7	4		21	
	29		6	5	3	2	18	
	30		4	2			6	
	31		10	3	1		17	
	32		7	5	2	1	16	
	33		3	3	2		9	
	34					2	4	
	35		6	3		2	15	
	36		1	1	4	1	9	
	37		5		3	2	12	
	38		4	5	1	1	20	
	39		7	2	4	3	23	
	40		10	3	8	2	38	
	41		8	5	8	2	28	
	42		15	1	5	3	38	
	43		5	4	3	5	32	
	44		9	10	6	9	45	
	45		10	10	2	7	46	
	46		17	2	11	2	44	
	47		6	4	8	8	41	
	48		10	8	5	1	36	
	49		7	6	10	4	35	
	50		7	7	5	4	41	
	51		9	2	1	2	16	
	52		4	7	3	5	29	
	53		2	9	3	1	20	
	54		1	5		4	10	
	55		1	4		5	10	
	56		1	1	4		10	
	57	2	1	1	2	1	9	
	58		2			1	3	
	59		5	1		3	9	
	60		1	3	1	8	13	
	61					1	1	
	62		1	2			3	
	63					1	1	
	64		1				1	
	65		1				1	
	69		1		2		3	
	70					2	2	
	73			1			1	
	77			1			1	
	402		1				1	
Total		2	281	187	156	90	259	975

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.178	.031	5.651	.000
N of Valid Cases	975			

Tabla 2. señala el nivel de significancia de la relación entre la edad y la preocupación por su salud.

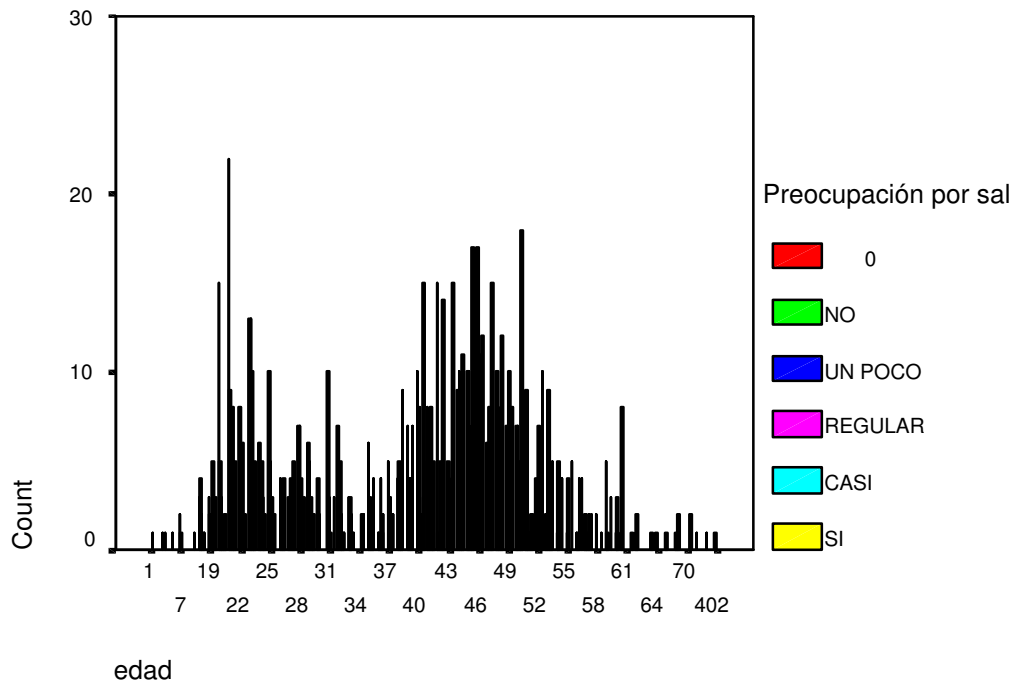


Fig 2. Muestra la frecuencia de respuestas de la correlación entre la edad y la preocupación por su salud.

USO DEL SECTOR SALUD

Se define como el número de consultas que hace una persona al sector salud durante un año.

Dentro de ésta categoría se correlacionan la siguientes variables:

V . D. Aunque los médicos me dicen que estoy bien, me preocupa mí salud.

V . I . ¿Ir al consultorio del doctor? (excepto por embarazo).

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
CONSULTORIO * Preocupación por salud	984	99.6%	4	.4%	988	100.0%

Al relacionarse el número de visitas al médico durante el año con la preocupación por su salud se obtuvo un nivel de significancia de .000, lo que i demuestra que hay variabilidad en la elección de respuestas.por ejemplo solo 272 personas acuden "**dos veces**" al médico, seguida de 192 personas que acuden aproximadamente entre "**3 - 5 veces**", por último 134 personas acuden "**6 veces o más**". La diferencia sobre todo en las dos últimas es de 58, cantidad que se visualiza en la gráfica 3. Por lo tanto los datos estadísticos nos permiten concluir que hay una generalización entre el número de visitas y la preocupación por la salud.

CONSULTORIO * Preocupación por salud Crosstabulation

Count	Preocupación por salud						Total
	0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
CONSULTORIO 0			1			1	2
0		55	35	32	16	41	179
1		68	59	31	9	37	204
2		85	42	43	28	74	272
3-5		49	29	36	19	59	192
6 O MAS	2	25	23	15	18	51	134
6						1	1
Total	2	282	189	157	91	263	984

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.139	.031	4.386	.000
N of Valid Cases		984			

Tabla 3. señala el nivel de significancia de la relación entre el número de consultas y la preocupación por la salud.

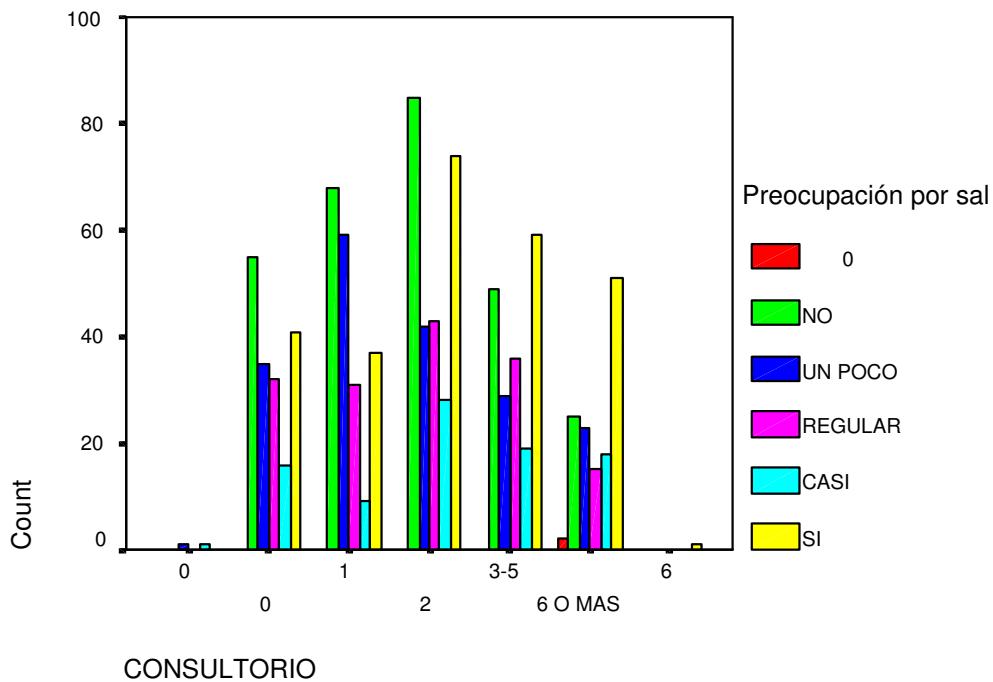


Fig 3. Relación entre el número de consultas realizadas durante un año y la preocupación por la salud en los usuarios del sector salud público y privado.

VIGILANCIA DE SALUD

Se define como la atención constante que se tiene ante cualquier malestar manifestado en el cuerpo.

Las variables que se correlacionan son:

V . D. Aunque los médicos me dicen que estoy bien, me preocupa mí salud.

V . I . Atiendo mucho al rendimiento de mí cuerpo.

Atiendo y cuido mí salud.

Estoy al pendiente de las reacciones de mí cuerpo.

Soy capaz de anticipar futuros problemas de salud.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Atender rendimiento de cuerpo * Preocupación por salud	984	99.6%	4	.4%	988	100.0%
Atender y cuidar salud * Preocupación por salud	984	99.6%	4	.4%	988	100.0%
Pendiente de reacciones de cuerpo * Preocupación por salud	984	99.6%	4	.4%	988	100.0%
Anticipar problemas de salud * Preocupación por salud	984	99.6%	4	.4%	988	100.0%

Atender rendimiento de cuerpo * Preocupación por salud

Al correlacionarse ambas variables, se observa la influencia que tiene el atender el rendimiento del cuerpo sobre la preocupación por su salud, esto se denota específicamente en 346 personas, las cuales mencionan que atienden de manera **"regular"** el rendimiento de su cuerpo, esto se contrasta con las 200 personas que respondieron que **"si"** atienden el rendimiento de su cuerpo, cabe destacar que la diferencia entre ambas corresponde a 146, cifra sumamente considerable en comparación con las 217 personas que respondieron que atienden solo **"un**

poco" el rendimiento de su cuerpo, en este caso la diferencia es de 17, relativamente mínima (ver tabla 4.) Por lo tanto al obtenerse un nivel de significancia de .000 se puede concluir que existe una generalización dentro de la población al atender el rendimiento de su cuerpo y la preocupación por su salud.

Crosstab

Count		Preocupación por salud						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Atender rendimiento de cuerpo	NO	2	38	18	8		23	89
	UN POCO		69	54	39	19	36	217
	REGULAR		75	76	83	23	89	346
	CASI		39	22	13	28	30	132
	SI		61	19	14	21	85	200
Total		2	282	189	157	91	263	984

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.153	.033	4.864	.000
N of Valid Cases		984			

Tabla 4. señala el nivel de significancia de la relación entre el atender el rendimiento de su cuerpo y la preocupación por su salud.

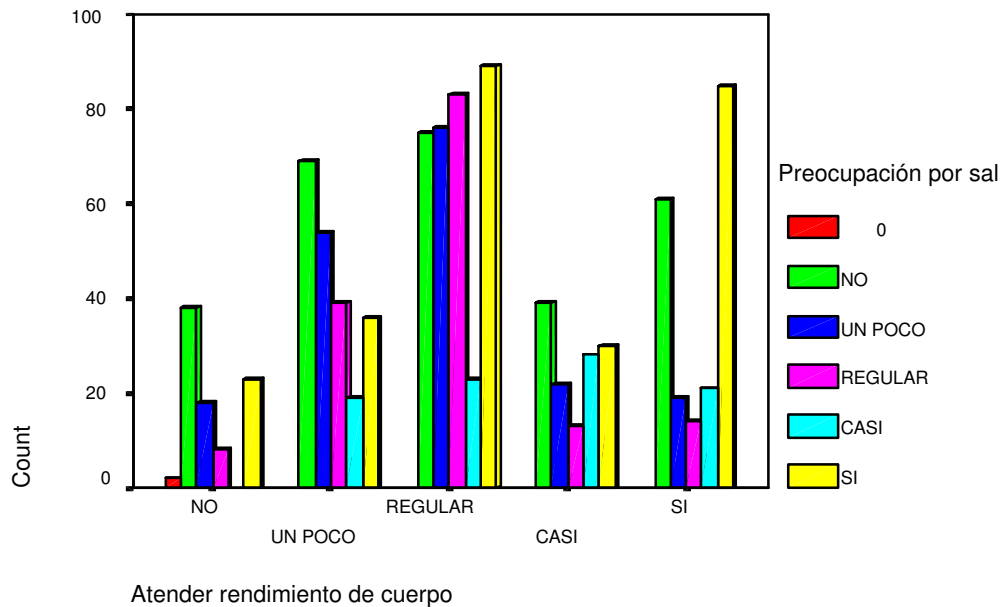


Fig 4. Relación entre el atender el rendimiento de su cuerpo y la preocupación por su salud en los usuarios del sector salud público y privado.

Atender y cuidar salud * Preocupación por salud

Al relacionarse el atender y cuidar su salud con la preocupación por la misma, se obtuvo un nivel de significancia de .000, esto quiere decir que 324 personas indican que atienden y cuidan su salud de manera **"regular"**, seguida de 290 personas que respondieron que afirmativamente, en tercer lugar 160 mencionaron que sólo la hacen **"poco"** y 161 **"casi siempre"**. Estos datos se pueden corroborar al observarse la tabla 5. Destacando que hay una variabilidad de respuestas (ver fig 5.) En conclusión podemos decir que la mayoría de las personas atienden y cuidan su salud de **"regular"**, ante lo cual habría que preguntarse para ellos que significa el contenido de **"regular"**. Así mismo la diferencia entre cada una de las elecciones respectivamente es de : 34-130-1, lo que significa que hay una generalización dentro de la población al atender y cuidar su salud al preocuparse por la misma, aunque parece ser que esto **"no"** es compartido por 45 personas.

Crosstab

Count		Preocupación por salud						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Atender y cuidar salud	0			4				4
	NO	2	25	3	3		12	45
	UN POCO		55	40	28	6	31	160
	REGULAR		73	73	71	32	75	324
	CASI		44	34	33	24	26	161
	SI		85	35	22	29	119	290
Total		2	282	189	157	91	263	984

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.148	.033	4.700	.000
N of Valid Cases		984			

Tabla 5. señala el nivel de significancia de la relación entre el atender y cuidar la salud y la preocupación por la misma.

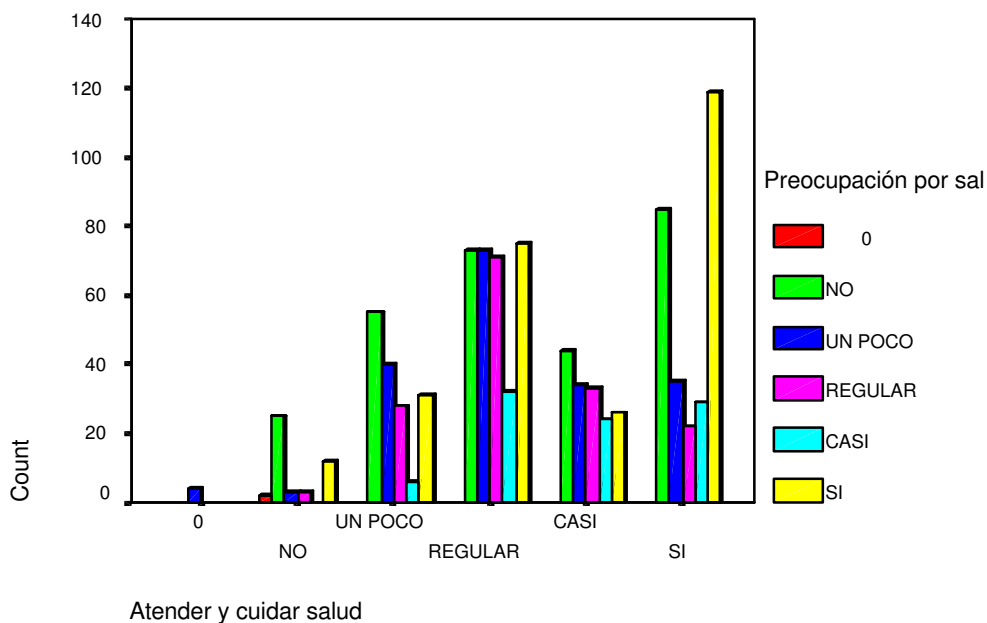


Fig 5. Relación entre el atender y cuidar su salud y la preocupación por la misma en los usuarios del sector salud público y privado.

Pendiente de reacciones de cuerpo * Preocupación por salud

Al realizarse la correlación entre ambas variables se obtuvo un nivel de significancia de .000, esto significa que hay una fuerte influencia por parte de la V.I. sobre la V.D. Esto se observa en la gráfica 6. en donde 509 de 984 personas respondieron que efectivamente están al pendiente de las reacciones de su cuerpo, mientras que el número de personas restantes optaron por las siguientes opciones "**no, un poco, regular y casi**". Por tanto al haber una variabilidad en la frecuencia de respuestas, hay una generalización en la población al estar pendientes de las reacciones de su cuerpo cuando se preocupan por su salud. (ver fig 6).

Crosstab

Count		Preocupación por salud						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Pendiente de reacciones de cuerpo	NO		23	6	6	2	10	47
	UN POCO		35	25	12	5	8	85
	REGULAR		49	40	58	21	23	191
	CASI		36	42	31	22	21	152
	SI	2	139	76	50	41	201	509
Total		2	282	189	157	91	263	984

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.199	.032	6.358	.000
N of Valid Cases		984			

Tabla 6. señala el nivel de significancia de la relación entre el estar pendiente de las reacciones de su cuerpo y la preocupación por su salud.

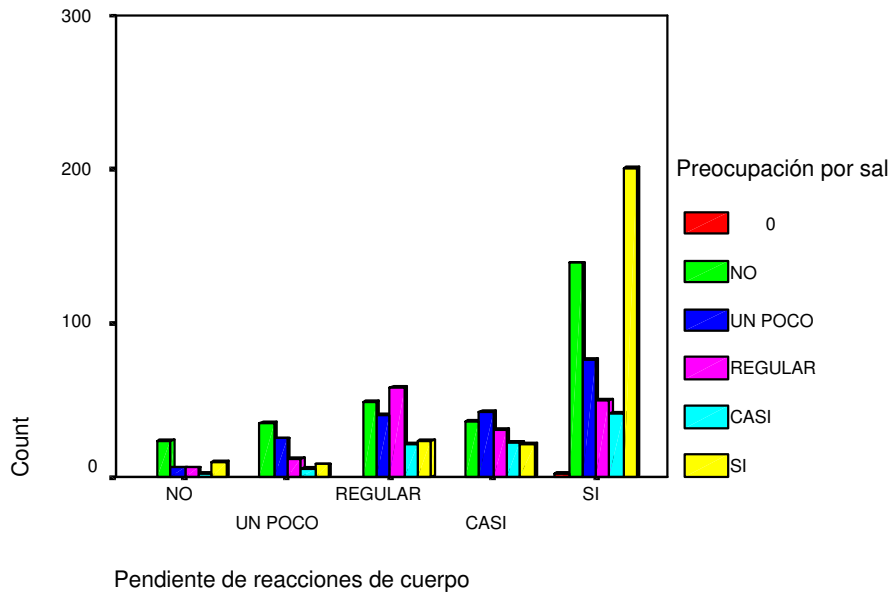


Fig 6. Relación entre el estar pendiente de las reacciones de su cuerpo y la preocupación por su salud en los usuarios del sector salud público y privado.

Anticipar problemas de salud * Preocupación por salud

Al relacionarse ambas variables se obtuvo un nivel de significancia de .000, en este caso se denota en la tabla 7. Las diferencias entre cada una de las opciones tanto de la variable independiente como dependiente. El mayor número de personas que considera que "no" se anticipa a sus problemas de salud cuando se preocupa por ella, mientras que solo 145 "_ casi siempre" se anticipan a sus problemas. Lo ya mencionado nos permite concluir que:

La variable independiente (anticipar problemas de salud) influye en la variable dependiente (preocupación por salud) y, por lo tanto se observa una generalización dentro de la población (ver fig 7).

Crosstab

Count		Preocupación por salud						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Anticipar problemas de salud	0		2					2
	NO	2	122	46	33	14	78	295
	UN POCO		40	56	38	12	45	191
	REGULAR		26	48	40	21	43	178
	CASI		30	27	28	27	33	145
	SI		62	12	18	17	64	173
Total		2	282	189	157	91	263	984

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.125	.034	3.943	.000
N of Valid Cases		984			

Tabla 7. señala el nivel de significancia de la relación entre la anticipación de los problemas de salud y la preocupación por la misma.

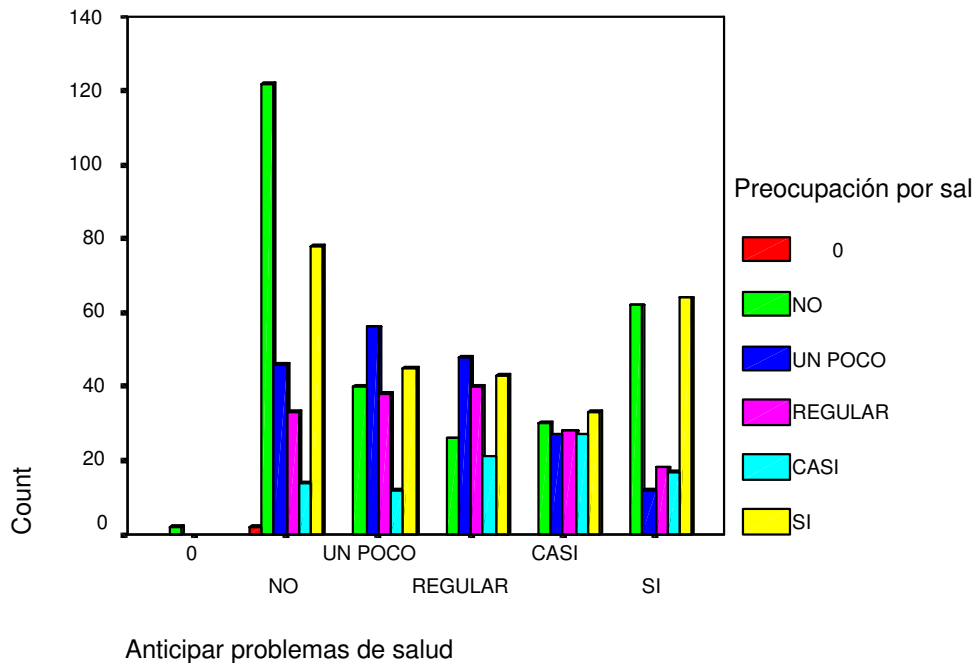


Fig 7. Relación entre la anticipación de los problemas de salud y la preocupación de la misma en los usuarios del sector salud público y privado.

CAMBIO DE ESTADO DE ÁNIMO

El estado de ánimo se define como el sentimiento de una especial afección, es un sentimiento vivido concienciado y no solamente es el sentir algo más.

Dentro de esta categoría se correlacionaron las siguientes variables:

V.D = Me enfermo muy frecuentemente.

V. I. = Has perdido interés en las cosas.

Se ha sentido deprimido.

Su ánimo ha sido feliz y positivo.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Perder interés por cosas * Enfermedad frecuente	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%
Sentirse deprimido * Enfermedad frecuente	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%
Ánimo feliz * Enfermedad frecuente	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%

Perder interés por cosas * Enfermedad frecuente

El enfermarse frecuentemente indiscutiblemente influye en las personas ya que estas tienden a perder interés por cosas, esto se encuentra sustentado al obtener una significancia de (.000) señalando la correlación. En este caso las personas **"muy poco"** llegan a perder interés por las cosas, sobresaliendo una negativa de la misma, la cual asciende a 372 en comparación con las 4 personas que respondieron que **"sí"**. Así mismo 27 personas pierden interés **"un poco"**, 27 pierden el interés de manera **"regular"** y 11 pierden **"bastante"** el interés.

Por lo tanto la tabla y la gráfica señalan una generalización existente entre el poco interés por sus cosas durante una enfermedad frecuente. (ver tabla 8).

Crosstab

Count		Enfermedad frecuente					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Perder	0	2					2
interés	"MUY POCO"	372	115	98	15	26	626
por cosas	"UN POCO"	71	27	35	11	11	155
	"REGULAR"	69	28	25	10	11	143
	"BASTANTE"	14	6	7	3	6	36
	"MUCHO"	12		3		4	19
Total		540	176	168	39	58	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.148	.033	4.670	.000
N of Valid Cases		981			

Tabla 8. señala el nivel de significancia de la relación entre la pérdida de interés por las cosas y el enfermarse frecuentemente.

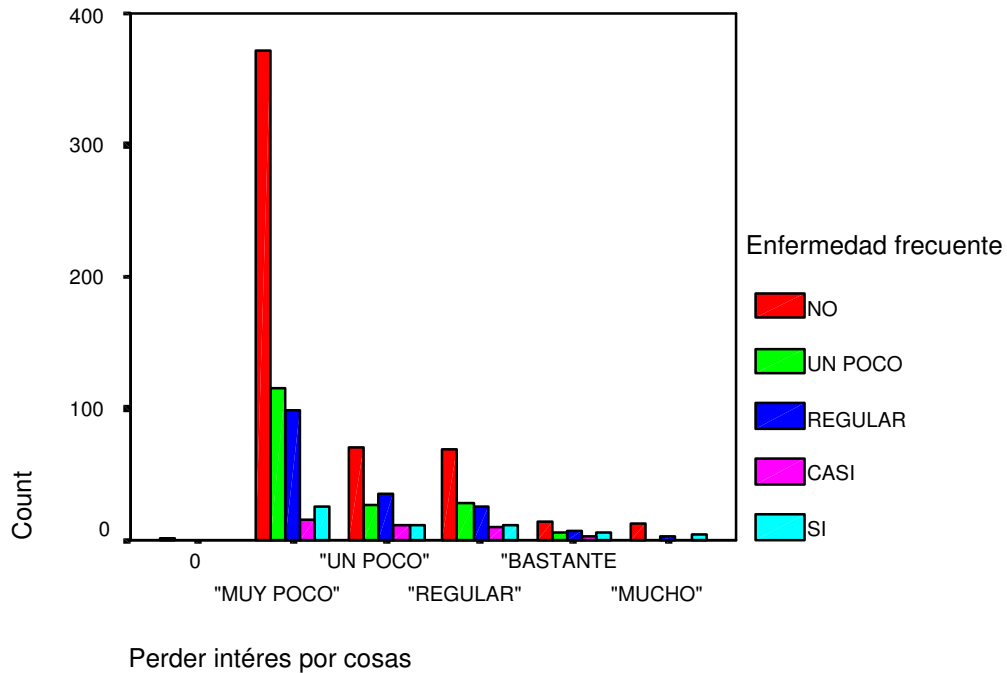


Fig 8. Relación entre el perder interés y la enfermedad frecuente en los usuarios del sector salud público y privado.

Sentirse deprimido * Enfermedad frecuente

La significación corresponde a (.000) lo que nos señala una relación existente entre estas dos variables, en donde 540 personas **"no"** se deprimen cuando enferman mientras que 58 **"si"** se deprimen, otras 176 se deprimen **"un poco"** y 168 de manera **"regular"** y 39 casi no se deprimen, como se observa, las respuesta son muy variables, existiendo entre cada una de ellas una diferencia entre 8, 129 y 9 respectivamente (ver tabla 9).

Estos datos nos indican que aparentemente la población no se deprime durante una enfermedad frecuente, aunque cabría preguntarse si esto sucede generalmente en cuanto a esta situación. (ver fig 9).

Crosstab

Count		Enfermedad frecuente					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sentirse	0	2					2
deprimido	"MUJY POCO"	221	35	25	10	8	299
	"UN POCO"	130	53	40	9	8	240
	"REGULAR"	93	51	56	8	5	213
	"BASTANTE"	34	22	29	6	15	106
	"MUCHO"	60	15	18	6	22	121
Total		540	176	168	39	58	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.272	.031	8.844	.000
N of Valid Cases		981			

Tabla 9. señala el nivel de significancia de la relación entre el sentirse deprimido y el enfermar frecuentemente.

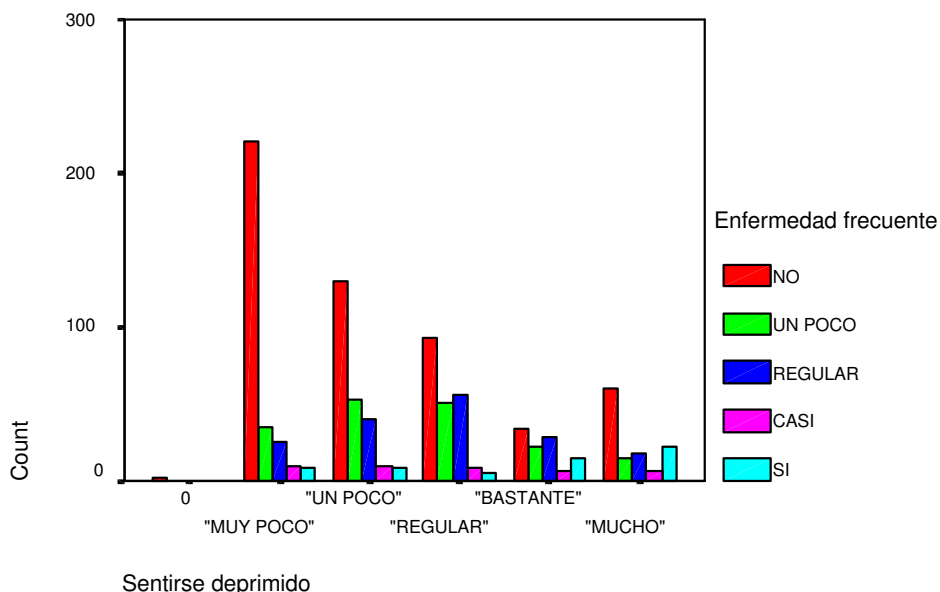


Fig 9. Relación entre el sentirse deprimido y el enfermar frecuentemente en los usuarios del sector salud público y privado.

Ánimo feliz * Enfermedad frecuente

Al relacionarse la variable enfermedad frecuente con la variable ánimo feliz, se encontró que efectivamente existe una correlación, pues si influye el ánimo de las personas en el número de veces que enferma, el nivel de significancia fue de (.000), esto implica que “**muy pocas**” personas les afecta en su estado de ánimo, mientras que a otras, esto “**no**” interviene en su estado de ánimo, ya que el 33.84 % de la población confirma el argumento anterior (ver tabla 10).

Crosstab

Count		Enfermedad frecuente					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Animo feliz	0	4		1	1		6
	"MUY POCO"	34	16	5	4	11	70
	"UN POCO"	35	20	23	7	15	100
	"REGULAR"	161	67	84	7	13	332
	"BASTANTE"	153	59	31	16	13	272
	"MUCHO"	153	14	24	4	6	201
Total		540	176	168	39	58	981

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	-.221	.031	-7.094	.000
N of Valid Cases	981			

Tabla 10. señala el nivel de significancia de la relación entre el ánimo feliz y el enfermarse frecuentemente.

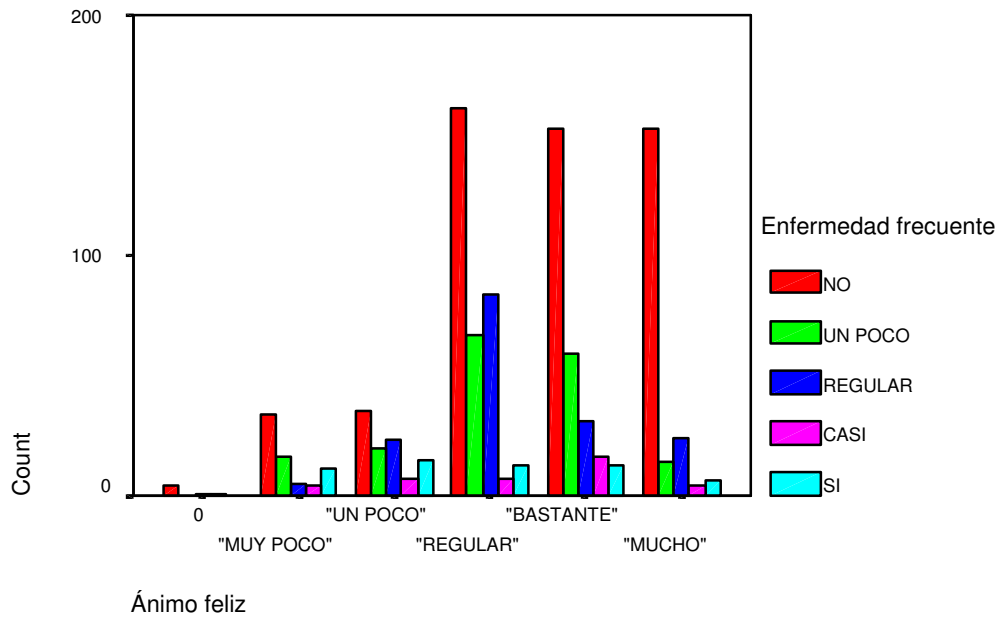


Fig 10. Relación entre el ánimo feliz y la enfermedad frecuente en los usuarios del sector salud público y privado.

CULPABILIDAD

Esta es definida como un fenómeno complejo donde se refiere a una acción determinada del hombre mediante la cual viola el principio rector, el hacer lo debido.

Dentro de esta categoría se correlacionan las siguientes variables:

V.D. Mis oportunidades de vida son mejores que las de otras personas de mi

edad.

V. I . Piensa mucho en sus fallas.

Se ha sentido culpable cuando algo le sale mal.

Se reprocha a menudo cuando algo le sale mal.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pensar en fallas * Mejores oportunidades que otras personas	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%
Sentirse culpable * Mejores oportunidades que otras personas	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%
Reprocharse a menudo * Mejores oportunidades que otras personas	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%

Pensar en fallas * Mejores oportunidades que otras personas

En este caso no se encontraron diferencias que fuesen significativas ya que se obtuvo una significación de (.524) por lo tanto no se pudo generalizar la muestra a pesar de que muchas personas piensan de manera "**regular**" en sus fallas y que estas influyen en sus oportunidades, esta respuesta es muy similar a la afirmación, nótese que en ambas la diferencias es mínima, lo mismo sucede con la elección de las demás rubros (ver fig 11).

Crosstab

Count		Mejores oportunidades que otras personas					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Pensar en fallas	"MUY POCO"	28	20	38	30	48	164
	"UN POCO"	34	20	59	34	60	207
	"REGULAR"	22	26	87	26	56	217
	"BASTANTE"	41	24	81	47	51	244
	"MUCHO"	24	12	30	25	58	149
Total		149	102	295	162	273	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.020	.033	.637	.524
N of Valid Cases		981			

Tabla 11. señala el nivel de significancia de la relación entre el pensar en sus fallas y tener mejores oportunidades que otras personas.

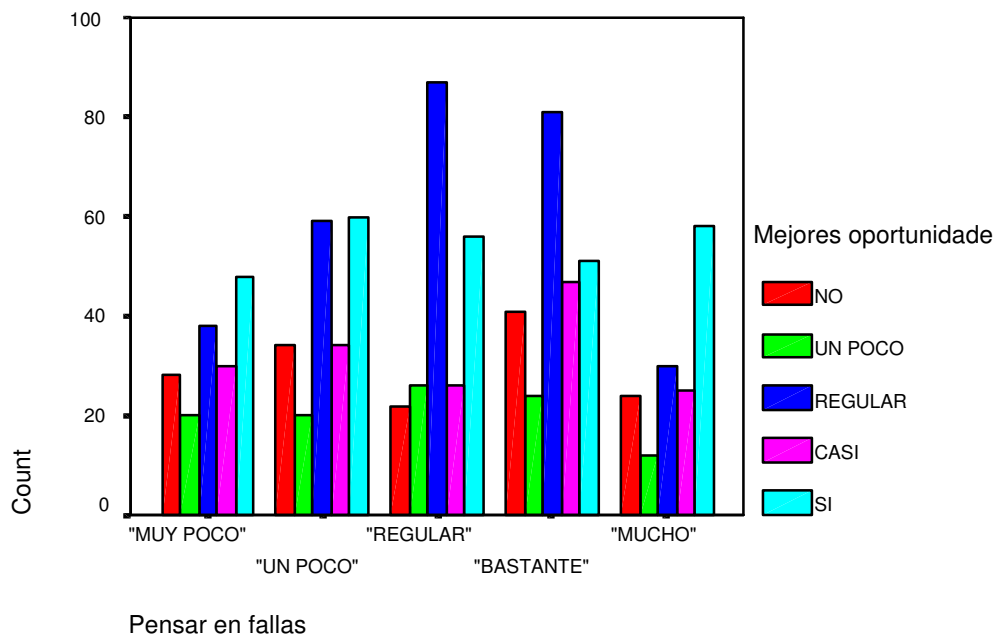


Fig 11. Relación entre el pensar en sus fallas y el tener mejores oportunidades que otras personas en los usuarios del sector salud público y privado.

Sentirse culpable * Mejores oportunidades que otras personas

El sentirse culpable no se relaciona significativamente con las mejores oportunidades que otras personas, pues el nivel de significancia es de (.512) lo que indica que no hay una distribución que sea significativa. Las elecciones más sobresalientes son sentir de manera **"regular, casi y sí"** una culpabilidad. Por lo que podemos concluir que la muestra no se puede generalizar a pesar de ello, el sentirse culpable si influye en sus oportunidades, aunque no de manera directa (ver fig 12).

Crosstab

Count		Mejores oportunidades que otras personas					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sentirse culpable	0					3	3
	"MUY POCO"	41	17	51	40	74	223
	"UN POCO"	33	29	80	46	61	249
	"REGULAR"	27	36	84	38	47	232
	"BASTANTE"	26	12	57	26	46	167
	"MUCHO"	22	8	23	12	42	107
Total		149	102	295	162	273	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.021	.034	-.656	.512
N of Valid Cases		981			

Tabla 12. señala el nivel de significancia entre el sentirse culpable y el tener mejores oportunidades que otras personas.

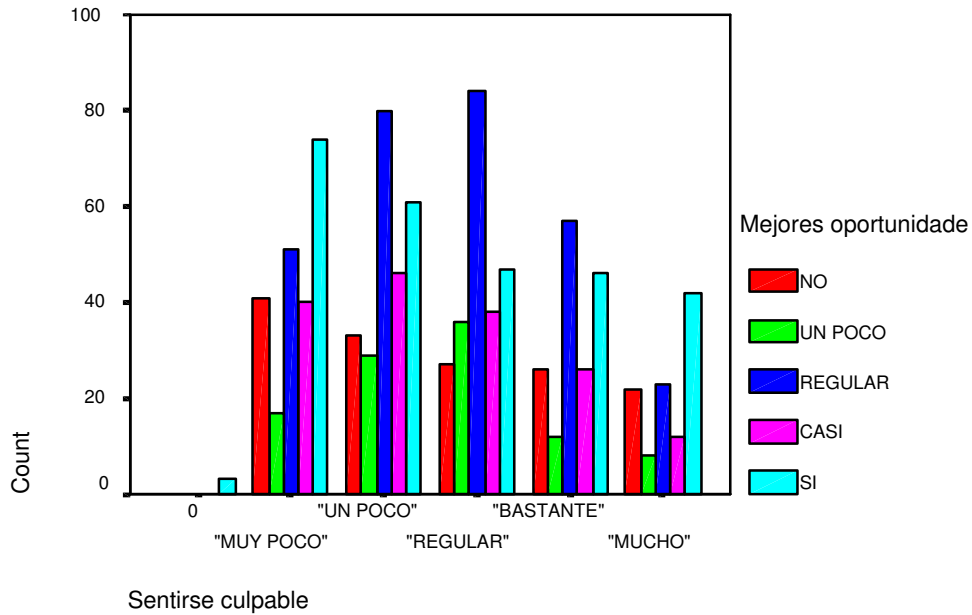


Fig 12. Relación entre sentirse culpable y el tener mejores oportunidades que otras personas en los usuarios del sector salud público y privado.

Reprocharse a menudo * Mejores oportunidades que otras personas

No existe correlación alguna entre estas dos variables, ya que las respuestas tienden a ser semejantes puesto que el nivel de significancia es de (.309), esto se puede corroborar en la gráfica No. 13 y en donde se observa que efectivamente las personas contestan de manera similar, por ejemplo, la diferencia entre ellas es mínima, sobre todo en los rubros **"regular"** y lo mismo ocurre con los demás rubros.

Crosstab

Count		Mejores oportunidades que otras personas					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Reprochase a menudo	0				2	3	5
	"MUY POCO"	46	22	86	49	93	296
	"UN POCO"	40	28	55	30	58	211
	"REGULAR"	28	20	82	46	47	223
	"BASTANTE"	17	27	54	24	41	163
	"MUCHO"	18	5	18	11	31	83
Total		149	102	295	162	273	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.032	.033	-1.017	.309
N of Valid Cases		981			

Tabla 13. señala el nivel de significancia de la relación entre el reprocharse a menudo y el tener mejores oportunidades que otras personas.

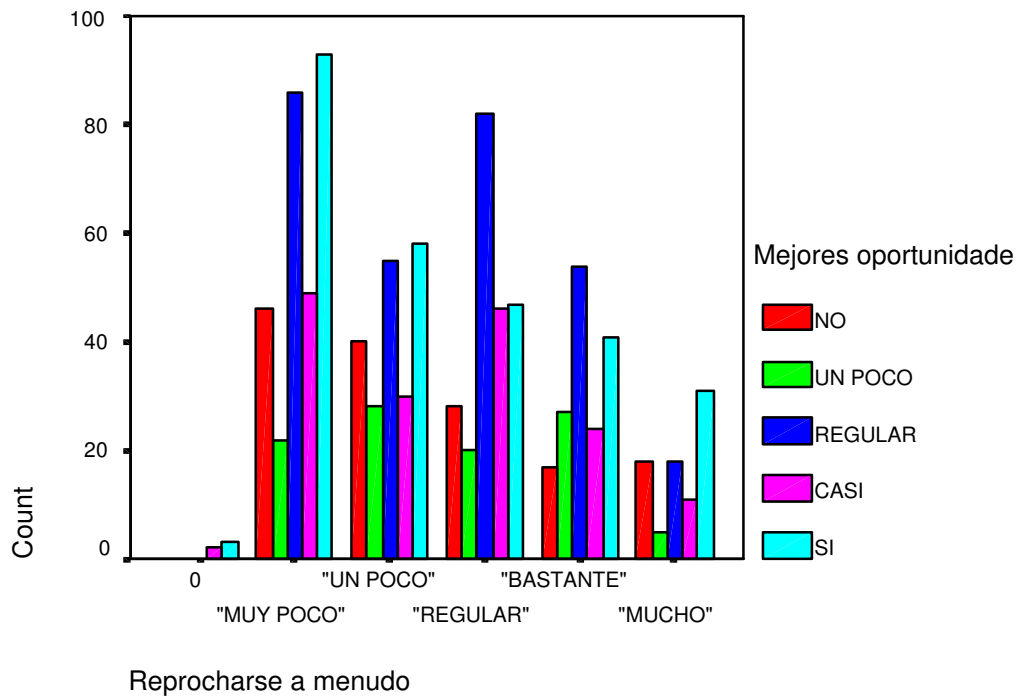


Fig 13. Relación entre el reprocharse a menudo y el tener mejores oportunidades que otras personas en los usuarios del sector salud público y privado.

ESTADO ANSIOSO

Se caracteriza por ser un sentimiento subjetivo que implica la presencia de sensaciones de aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido, etcétera; ante una amenaza más o menos objetiva.

Dentro de esta categoría se correlacionan las siguientes variables:

V.D. Aunque los médicos me dicen que estoy bien, me preocupa mí salud.

V. I . Que tan a menudo se ha sentido preocupado.

Que tan seguido ha tenido miedo de los peor.

Se ha sentido criticado.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sentirse preocupado * Preocupación por salud	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%
Miedo de lo peor * Preocupación por salud	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%
Sentirse criticado * Preocupación por salud	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%

Sentirse preocupado * Preocupación por salud

En este caso las variables no están relacionadas, puesto que su nivel de significancia es de (.321), es decir, la elección de respuestas es muy similar, ya que al observar la tabla No 14, hay muy poca diferencia entre una respuesta y otra.

En conclusión no podemos generalizar la muestra, ya que 280 personas no se preocupan por su salud y 262 si se preocupan, en este caso la diferencia es de 18, cifra muy pequeña, pese a ello 323 personas se sienten de manera "**regular**" preocupados por su salud y otras 233 se preocupan "**bastante**".

Crosstab

Count		Preocupación por salud						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sentirse preocupado	"MUY POCO"		38	18	13	14	43	126
	"UN POCO"		49	31	31	17	36	164
	"REGULAR"		80	66	54	32	91	323
	"BASTANTE"	2	69	58	38	18	48	233
	"MUCHO"		44	16	21	10	44	135
Total		2	280	189	157	91	262	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.032	.033	-.992	.321
N of Valid Cases		981			

Tabla 14. señala el nivel de significancia de la relación entre el sentirse preocupado y la preocupación por su salud.

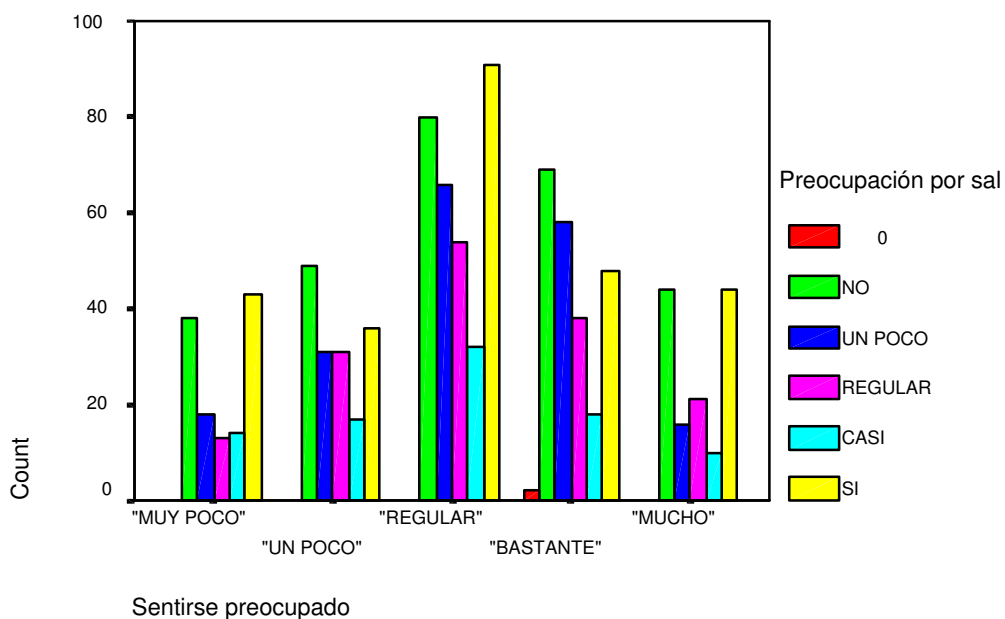


Fig 14. Relación entre el sentirse preocupado y la preocupación por su salud en los usuarios del sector salud público y privado.

Miedo de lo peor * Preocupación por salud

El nivel de significancia (.003) entre ambas variables indica que existe una relación, es decir, el tener miedo de lo peor influye en la preocupación por su salud, ya que en las opciones "**mucho, bastante y regular**", las personas si tienen este miedo cuando se preocupan por su salud, así mismo en la elección "**muy poco y un poco**", las personas indican el no sentir algún miedo, sin embargo en la elección "**un poco y bastante**," la diferencia ente el miedo y el no sentirlo es mínimo, como se observa en la fig 15.

En conclusión existe una generalización dentro de la población el mostrar el miedo de que suceda lo peor en cuanto a la preocupación por su salud.

Crosstab

Count		Preocupación por salud					Total	
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI		SI
Miedo de lo peor	0			2			2	
	"MUY POCO"		125	67	52	32	89	365
	"UN POCO"		56	48	43	22	49	218
	"REGULAR"	2	52	41	35	19	64	213
	"BASTANTE"		26	19	18	12	28	103
	"MUCHO"		21	12	9	6	32	80
Total		2	280	189	157	91	262	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.095	.032	2.983	.003
N of Valid Cases		981			

Tabla 15. señala el nivel de significancia de tener miedo de lo peor y preocuparse por su salud.

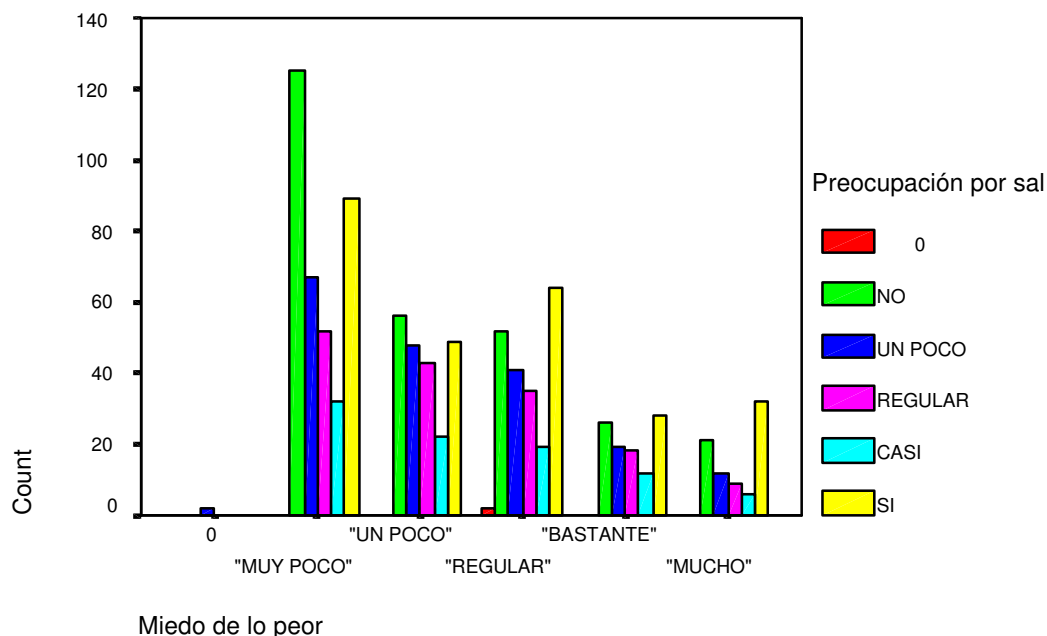


Fig 15. Relación entre el tener miedo de lo peor y la preocupación por la salud en los usuarios del sector salud público y privado.

Sentirse criticado * Preocupación por salud

Al correlacionar el sentirse criticado con la preocupación por la salud se obtuvo un nivel de (.016), ello implica que hay diferencias que son sumamente significativas, por ejemplo las puntuaciones más altas se encuentran en la categoría sentirse criticado en el rubro **"muy poco,"** destacando que al correlacionarse con la preocupación, las elecciones fueron distintas, llegando a sobresalir por encima de la afirmación de la preocupación por la salud la negativa de la misma, caso contrario con las demás elecciones (**un poco, regular, bastante y mucho**) donde el si obtiene mayor puntuación que el rubro de *no*, de igual forma esta negativa de la preocupación por la salud, en especial con los rubros **"un poco, regular o casi nada,"** la diferencia entre ellas es mínima, por ejemplo la diferencia entre ellas es de 19 personas aproximadamente. (Ver tabla 16).

A partir de estos datos podemos concluir que el sentirse criticado afecta de manera indirecta sobre la preocupación por su salud.

Crosstab

Count		Preocupación por salud						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sentirse criticado	0		1	2				3
	"MUY POCO"	2	119	69	43	31	92	356
	"UN POCO"		52	57	50	27	63	249
	"REGULAR"		72	37	39	16	50	214
	BASTANTE"		16	14	17	9	28	84
	"MUCHO"		20	10	8	8	29	75
Total		2	280	189	157	91	262	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.077	.033	2.416	.016
N of Valid Cases		981			

Tabla 16. señala el nivel de significancia de la relación entre el sentirse criticado y la preocupación por la salud.

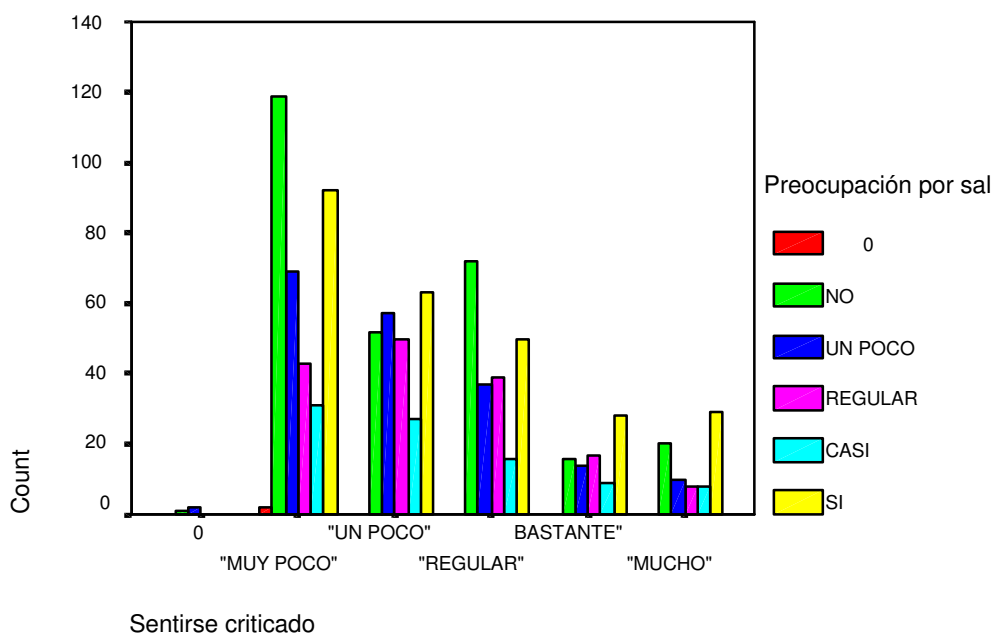


Fig 16. Relación entre el sentirse criticado y la preocupación por su salud en los usuarios del sector salud público y privado.

QUEJA SOMATICA

Es la queja de diversos dolores o sensaciones que parecen desproporcionados, para ser variables y generalizados y algunas veces bastante vagos.

Dentro de esta categoría se correlacionan las siguientes variables:

V . D. Me enfermo muy frecuentemente.

V . I . Que tan seguido ha sentido un nudo en el estómago.

Que tan seguido se ha sentido nervioso o con dudas.

Se ha sentido mareado o con vértigo.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sentir un nudo en en estómago * Enfermedad frecuente	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%
Sentirse nervioso * Enfermedad frecuente	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%
Sentirse mareado * Enfermedad frecuente	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%

Sentir un nudo en el estómago * Enfermedad frecuente

En esta relación sobresale la "**negativa**" de sentir un nudo en el estomago cuando la persona enferma frecuentemente, seguida de sentir "**un poco**" ese nudo en el estómago, adverso a ello son pocas las personas que sienten bastante o "**mucho**" ese sentir cuando enfermen frecuentemente (ver fig 17).

El síntoma "**sentir un nudo en el estómago**" se generaliza en la mayoría de la población durante una enfermedad frecuente.

Su nivel de significancia (.000) nos demuestra una clara correlación entre las dos variables expuestas (ver tabla 17).

Crosstab

Count		Enfermedad frecuente					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sentir un nudo en en estómago	0	3				1	4
	"MUY POCO"	255	53	32	9	15	364
	"UN POCO"	96	45	32	9	7	189
	"REGULAR"	116	50	55	13	15	249
	"BASTANTE"	43	23	32	7	8	113
	"MUCHO"	27	5	17	1	12	62
Total		540	176	168	39	58	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.251	.031	8.126	.000
N of Valid Cases		981			

Tabla 17. señala el nivel de significancia de la relación sentir un nudo en el estómago y enfermar frecuentemente.

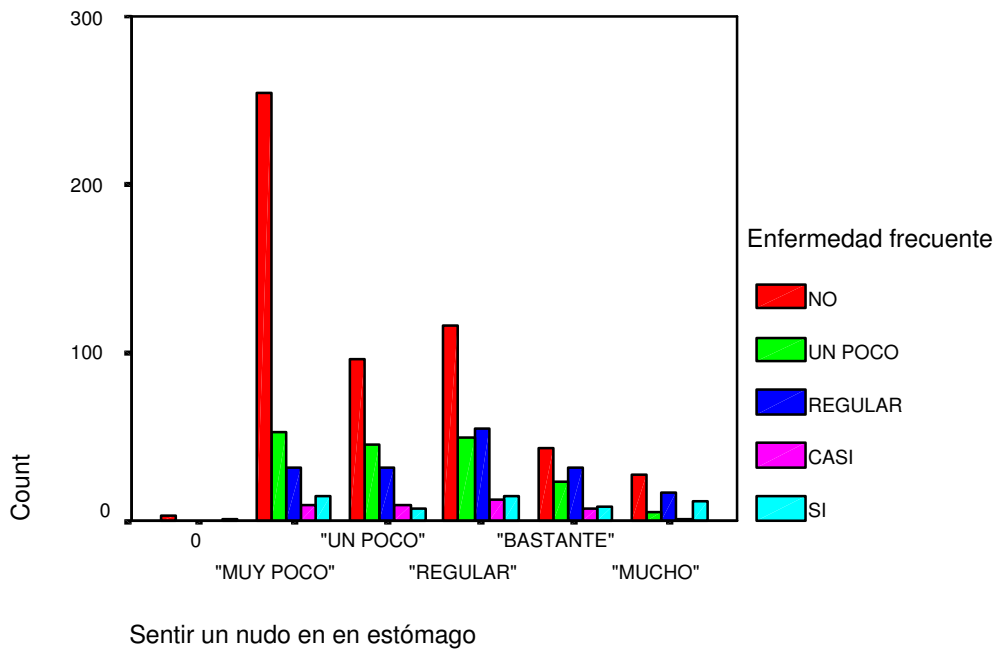


Fig 17. Relación entre sentir un nudo en el estómago y la enfermedad frecuente en los usuarios del sector salud público y privado.

Sentirse nervioso * Enfermedad frecuente

Ambas variables están relacionadas, dado que se obtuvo un grado de significancia de (.000), lo que demuestra que hay diferencias significativas en cuanto a la elección de respuestas. Por ejemplo destaca la poca influencia que ejerce la enfermedad en el sentirse nervioso, entre la elección **"un poco, regular, bastante y mucho"**; la diferencia entre cada una de ellas respectivamente asciende entre 10 y 20 personas (ver tabla 18).

Así mismo, la negativa de sentirse nervioso sobresalió por encima de los demás reactivos, por lo que es generalizado dentro de la población el sentirse nervioso durante una enfermedad frecuente (ver fig 18).

Crosstab

Count		Enfermedad frecuente					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sentirse 0	nervioso	4				1	5
	"MUY POCO"	154	23	22	12	7	218
	"UN POCO"	131	54	39	7	3	234
	"REGULAR"	156	51	55	9	13	284
	"BASTANTE"	56	35	41	8	15	155
	"MUCHO"	39	13	11	3	19	85
Total		540	176	168	39	58	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.214	.032	6.856	.000
N of Valid Cases		981			

Tabla 18. señala el nivel de significancia de la relación entre sentirse nervioso y enfermarse frecuentemente.

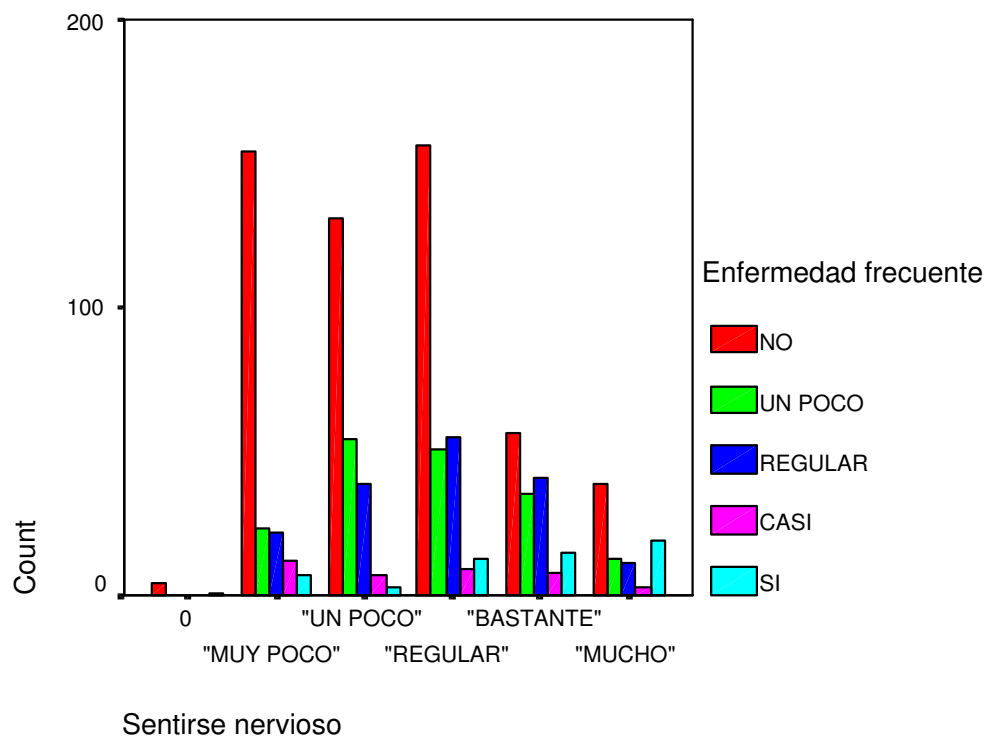


Fig 18. Relación entre el sentirse nervioso y la enfermedad frecuente en los usuarios del sector salud público y privado.

Sentirse mareado * Enfermedad frecuente

La relación entre ambas variables es clara, al mostrar el nivel de significancia (.000), esta significancia probablemente no se encuentre de manera visible en la gráfica No.19 ya que en ella se muestra que la gente **"no"** se siente mareado cuando llega a enfermar, mientras que algunas respondieron que **"si"** sienten este mareo ya sea **"un poco o de manera regular"**. Por otro lado son muy pocas personas las que respondieron que si se sienten mareado por lo tanto la diferencia entre la negativa y la afirmación del mareo es de 482, estadísticamente es una cantidad muy alta, entonces existe una generalización clara dentro de la población en el sentirse mareado durante una enfermedad frecuente.

Crosstab

Count		Enfermedad frecuente					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sentirse mareado	0	2	1				3
	"MUY POCO"	377	91	65	17	24	574
	"UN POCO"	68	41	39	8	6	162
	"REGULAR"	46	25	37	6	17	131
	"BASTANTE"	29	11	17	4	3	64
	"MUCHO"	18	7	10	4	8	47
Total		540	176	168	39	58	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.264	.032	8.579	.000
N of Valid Cases		981			

Tabla 19. señala el nivel de significancia de la relación entre sentirse mareado y enfermar frecuentemente.

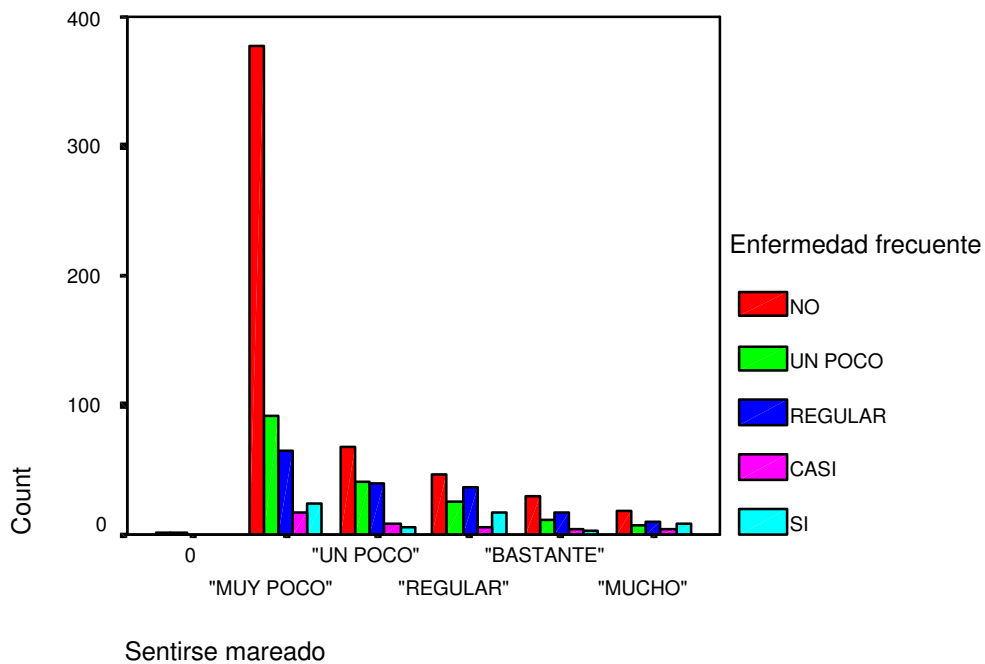


Fig 19. Relación entre el sentirse nervioso y enfermar frecuentemente en los usuarios del sector salud público y privado.

PROCESOS COGNITIVO

Significa adquirir un conocimiento proveniente tanto del interior como del exterior, en donde intervienen principalmente los pensamientos, imágenes y sentimientos que los acompañan.

En esta categoría se correlacionaron las siguientes variables:

V . D . Soy más vulnerable para contraer enfermedades que otras personas de mi edad.

V . I . Qué tan a menudo ha tenido problemas con la memoria.

Qué tan difícil le ha sido concentrarse en sus cosas.

Fácilmente aleja los miedos de su mente.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Problemas de memoria * Vulnerable a contraer enfermedades	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%
Concentrarse en cosas * Vulnerable a contraer enfermedades	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%
Alejar miedos de la mente * Vulnerable a contraer enfermedades	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%

Problemas de memoria * Vulnerable a contraer enfermedades

Existe una correlación entre los problemas de memoria con la vulnerabilidad a contraer enfermedades ya que su nivel de significancia es de (.001), destacando nuevamente que 235 personas de 981 **"muy poco"** llegan a tener problemas de memoria seguida de 273 personas que indican sufrir **"un poco"** de memoria, mientras que sólo 57 afirman que padecen de este problema (ver tabla 20).

Crosstab

Count		Vulnerable a contraer enfermedades					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Problemas de memoria	"MUY POCO"	245	43	25	13	17	343
	"UN POCO"	140	35	15	11	12	213
	"REGULAR"	136	39	28	15	19	237
	"BASTANTE"	71	12	25	10	6	124
	"MUCHO"	27	14	11	5	7	64
Total		619	143	104	54	61	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.165	.032	5.224	.000
N of Valid Cases		981			

Tabla 20. señala el nivel de significancia de la relación entre los problemas de memoria y la vulnerabilidad a contraer enfermedades.

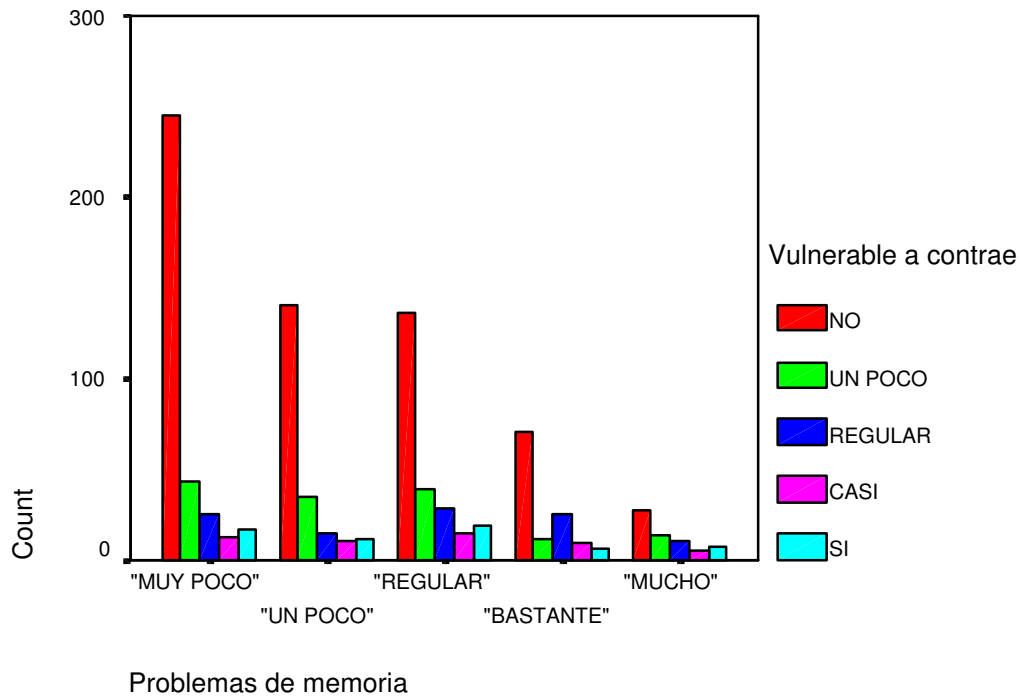


Fig 20. Relación entre los problemas de memoria y la vulnerabilidad a contraer enfermedades en los usuarios del sector salud público y privado.

Concentrarse en cosas * Vulnerable a contraer enfermedades

Al relacionarse ambas variables se encontró variabilidad de respuesta que nos guiaron a la obtención de un nivel de significancia de (.001) demostrando una clara correlación. Nótese que la diferencia entre la elección de una y otra respuesta es visiblemente grande, sobre todo en las respuestas de negación y afirmación; mientras que en los rubros **"un poco, regular y casi"**, la diferencia no es muy grande. Así mismo se observa que la mayoría de las personas centraron sólo un poco su concentración en las cosas, siendo esta la respuesta con mayor puntuación 273 (ver tabla21).

En conclusión la vulnerabilidad de contraer enfermedades influye de manera proporcional en las personas al concentrarse en la realización de sus cosas.

Crosstab

Count		Vulnerable a contraer enfermedades					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Concentrarse en cosas	"MUY POCO"	168	24	12	13	18	235
	"UN POCO"	175	46	31	9	12	273
	"REGULAR"	159	47	29	18	17	270
	"BASTANTE"	88	18	25	8	7	146
	"MUCHO"	29	8	7	6	7	57
Total		619	143	104	54	61	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.106	.032	3.341	.001
N of Valid Cases		981			

Tabla 21. señala el nivel de significancia de la relación entre concentrarse en la realización de las cosas y la vulnerabilidad a contraer enfermedades.

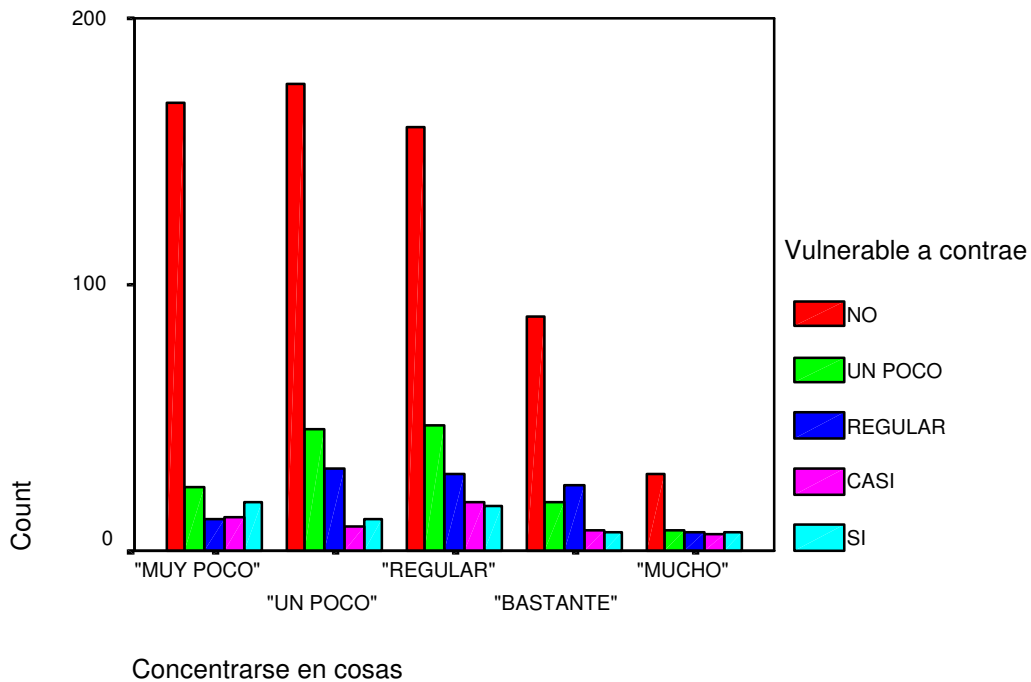


Fig 21. Relación entre concentrarse en la realización de las cosas y la vulnerabilidad a contraer enfermedades en los usuarios del sector salud público y privado.

Alejar miedos de la mente * Vulnerable a contraer enfermedades

La significancia en este caso es de (.001), correspondiente a estas variables señala una correlación entre ellas, obsérvese en la tabla No. 22, que la elección de respuestas es muy variable, ya que la diferencia entre **"muy poco, un poco, regular, bastante y mucho"** es muy marcada, lo mismo ocurre cuando los diferentes rubros de elección de la variable vulnerable a contraer enfermedades.

En el primer caso 309 personas respondieron que de manera **"regular"** alejan sus miedos de la mente, mientras que el segundo caso 619 respondieron que no son vulnerables a contraer enfermedades.

Esto nos da como resultado que la población generalmente no pueda alejar sus miedos de la mente y por ello es vulnerable a contraer enfermedades (ver figura 22).

Crosstab

Count		Vulnerable a contraer enfermedades					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Alejar	0	2					2
miedos	"MUY POCO"	63	16	19	5	10	113
de la	"UN POCO"	89	19	16	7	10	141
mente	"REGULAR"	178	49	39	21	22	309
	"BASTANTE"	149	44	22	10	8	233
	"MUCHO"	138	15	8	11	11	183
Total		619	143	104	54	61	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.109	.032	-3.422	.001
N of Valid Cases		981			

Tabla 22. señala el nivel de significancia de la relación entre alejar los miedos de la mente y la vulnerabilidad a contraer enfermedades.

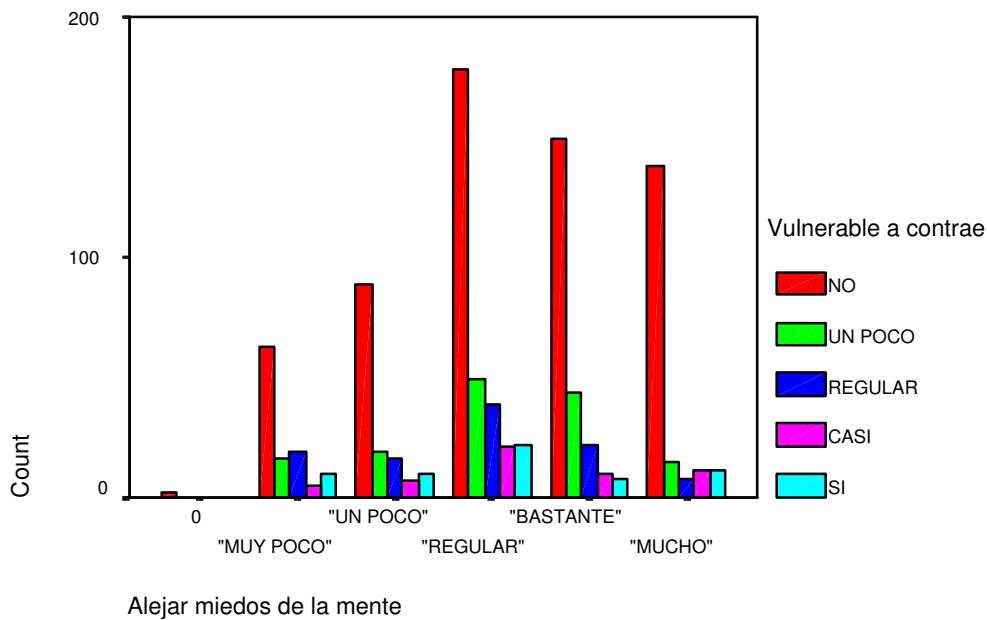


Fig 22. Relación entre alejar los miedos de la mente y la vulnerabilidad a contraer enfermedades en los usuarios del sector salud público y privado.

CALIDAD DE VIDA

Esta no representa la ausencia de la enfermedad, pero tampoco representa la satisfacción de vida de los logros obtenidos y la valoración de las condiciones de vida.

En esta categoría se correlacionan las siguientes variables:

V . D . Mis oportunidades de vida son mejores que las de otras personas de mi edad.

V . I . Qué tan cerca ha estado de sus ideales.

Qué tan satisfecho se ha sentido con su vida.

Se ha sentido insatisfecho con su vida.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Cerca de ideales *						
Mejores oportunidades que otras personas	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%
Satisfecho con la vida *						
Mejores oportunidades que otras personas	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%
Insatisfecho con la vida *						
Mejores oportunidades que otras personas	981	99.3%	7	.7%	988	100.0%

Cerca de ideales * Mejores oportunidades que otras personas

La relación entre las variables de cerca de ideas y mejores oportunidades que otras personas tienen una significancia de (.005), esto implica que hay una diferencia de frecuencia en las respuestas, es decir, mientras que 365 personas se acercan de manera "**regular**" a sus ideales, otras 111 se acercan a ellas "**muy poco**." Esta última cifra en comparación con las 107 personas que mencionan que

se acercan mucho a sus ideales, es relativamente mínima su diferencia, que es de 4 (ver tabla 23).

En este caso, especialmente cabe destacar que el mayor número de respuestas se centran en la elección **"regular"** en ambas variables, lo que significa que hay una influencia moderada por parte de la variable independiente (Cerca de ideales) sobre la dependiente (Mejores oportunidades que otros). Así mismo, resalta que las personas que respondieron que sus mejores oportunidades tienen que ver con lo cerca que se encuentren de sus ideales.

Por lo que se concluye en este apartado que el tener muy claro cuáles son los ideales con ello mejorará sus oportunidades ante los demás (ver fig 23).

Crosstab

Count		Mejores oportunidades que otras personas					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Cerca de ideales	0	1				1	2
	"MUY POCO"	22	10	27	13	39	111
	"UN POCO"	32	11	39	19	25	126
	"REGULAR"	40	44	139	60	82	365
	"BASTANTE"	37	25	66	61	81	270
	"MUCHO"	17	12	24	9	45	107
Total		149	102	295	162	273	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.090	.034	2.836	.005
N of Valid Cases		981			

Tabla 23. señala el nivel de significancia de la relación entre la cercanía de los ideales y el tener mejores oportunidades que otras personas.

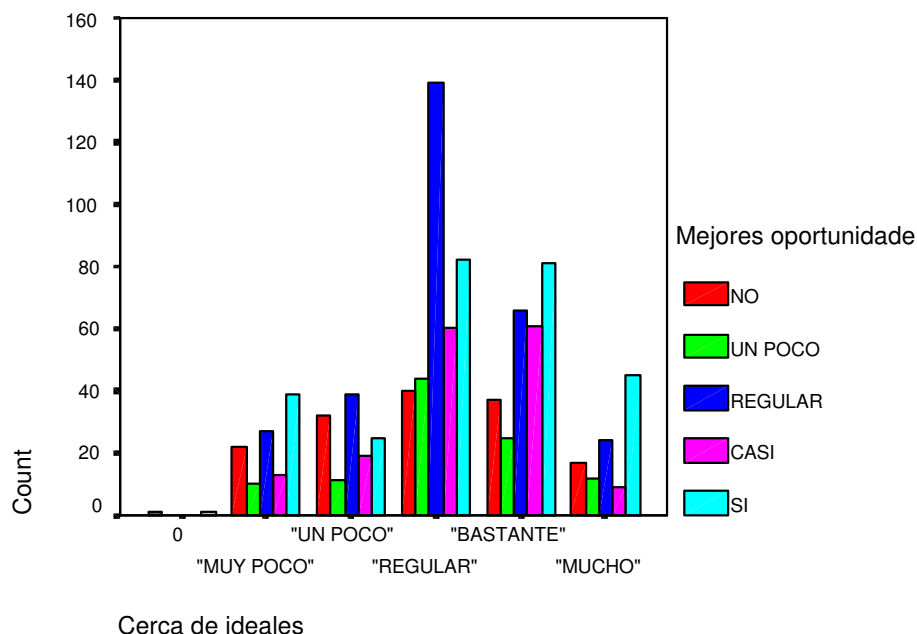


Fig 23. Relación entre el estar cerca de los ideales y el tener mejores oportunidades que otras personas en el sector salud público y privado.

Satisfecho con la vida * Mejores oportunidades que otras personas

La satisfacción de vida al relacionarse con las mejores oportunidades que otras personas, obtuvo un nivel de significancia de (.000), lo que nos indica una clara correlación entre estas dos variables; esto quiere decir que existe una diferencia de respuestas, pero es precisamente, esta diferencia lo que nos permite decir que en esta relación la satisfacción de vida influye **"muy poco"** en la obtención de tener mejores oportunidades que otras personas. (ver fig 24).

Al observar y analizar los datos se encontró que efectivamente 273 personas respondieron que **"si"** tienen mejores oportunidades que otras personas y de esta cifra, sólo 231 están satisfechas con la vida, mientras que sólo 149 personas piensan que **"no"** tienen mejores oportunidades que otras personas y 49 están satisfechos **"muy poco"** con su vida (ver tabla 24).

Crosstab

Count		Mejores oportunidades que otras personas					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Satisfecho con la vida	0			1		3	4
	"MUY POCO"	13	6	15	8	7	49
	"UN POCO"	9	11	20	18	17	75
	"REGULAR"	43	34	106	48	70	301
	"BASTANTE"	50	33	104	53	81	321
	"MUCHO"	34	18	49	35	95	231
Total		149	102	295	162	273	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.113	.032	3.563	.000
N of Valid Cases		981			

Tabla 24. señala el nivel de significancia de la relación entre la satisfacción de vida y el tener mejores oportunidades que otras personas.

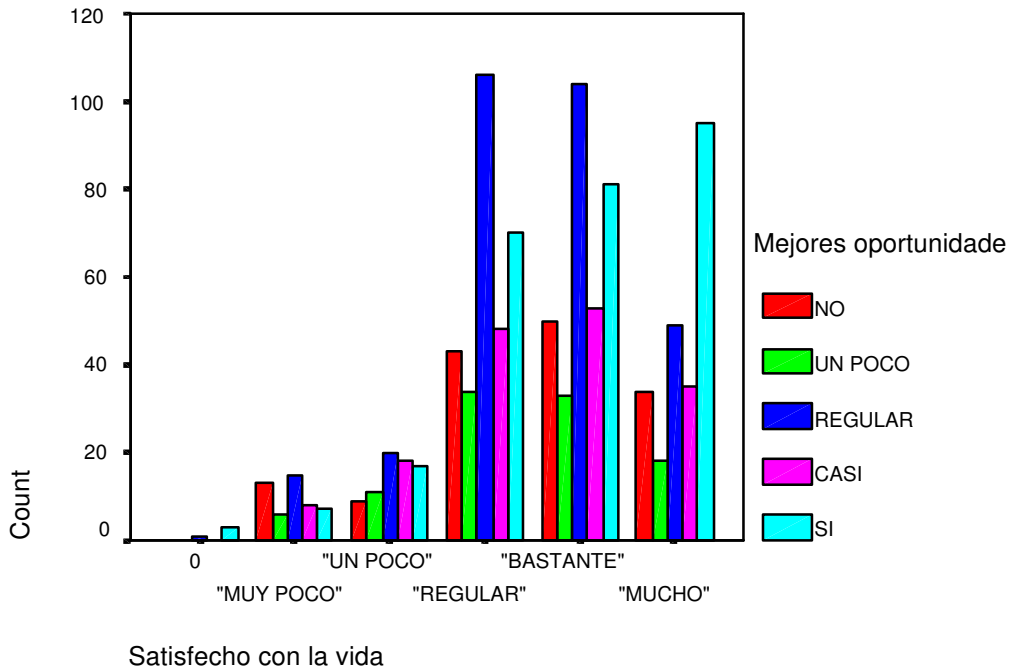


Fig 24. Relación entre el estar satisfecho con la vida y el tener mejores oportunidades que otras personas en los usuarios del sector salud público y privado.

Insatisfecho con la vida * Mejores oportunidades que otras personas

El nivel de significancia obtenido es de (.000) existiendo con ello una correlación clara; una variabilidad de respuestas de las cuales 90 están **"mucho muy"** insatisfechas con su vida, mientras que 430 lo están **"muy poco"**, considerando que **"no"** tienen mejores oportunidades que otras personas y otras 273 que **"si"** la tienen, sin embargo 295 piensan que el obtener mejores oportunidades que otras personas seleccionaron el rubro de regular. Por tanto la influencia de la Variable independiente afecta indirectamente a la variable dependiente en consideración de las respuestas manifiestas (ver tabla 25).

Crosstab

Count		Mejores oportunidades que otras personas					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Insatisfecho con la vida	0			1		3	4
	"MUY POCO"	66	36	118	63	147	430
	"UN POCO"	24	22	46	27	43	162
	"REGULAR"	26	14	81	33	48	202
	"BASTANTE"	12	15	23	23	19	92
	"MUCHO"	21	15	26	15	13	90
	6				1		1
Total		149	102	295	162	273	981

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.115	.032	-3.623	.000
N of Valid Cases		981			.000

Tabla 25. señala el nivel de significancia entre la insatisfacción con la vida y el tener mejores oportunidades que otras personas.

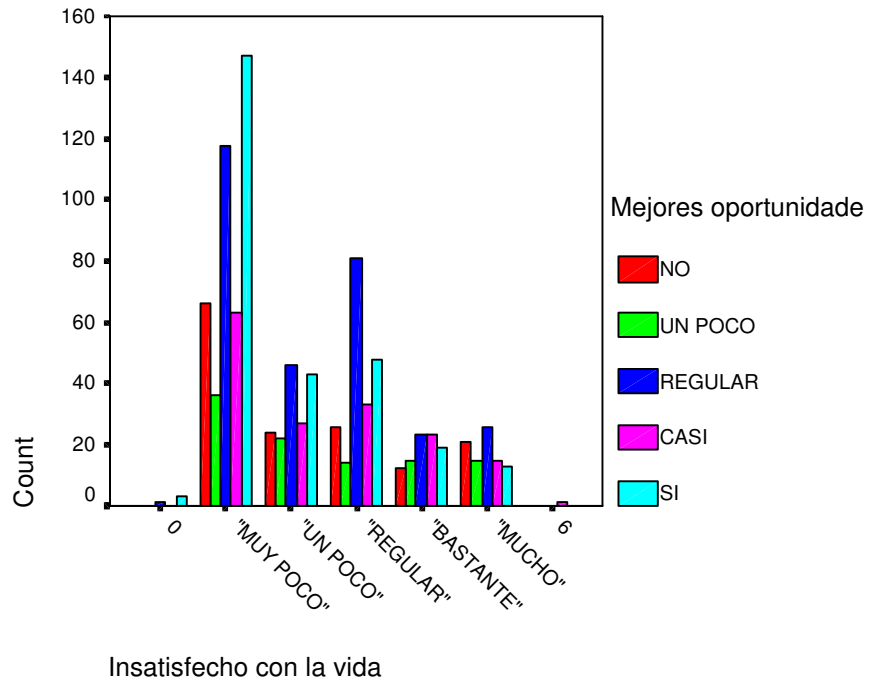


Fig 25. Relación entre la insatisfacción de vida y el tener mejores oportunidades que otras personas en los usuarios del sector salud público y privado.

*“El único sitio donde el éxito
esta antes del trabajo,
es en el diccionario”*

** Vidal Sassón **

CAPITULO VI

6-. CONCLUSIÓN Y DISCUSION

La Psicología de la salud en México, es una ciencia o disciplina todavía en formación, por lo tanto el conocer su historia es importante, para saber, los alcances o limitaciones que ésta ha tenido dentro de la sociedad mexicana, entendiendo esto en función del momento histórico y la realidad que se ha desarrollado dentro de nuestro país en sus diversas etapas.

Los acontecimientos históricos por los que atraviesa el país son elementos muy importantes, dado que son estos los que tienen una gran influencia en el desarrollo histórico de la Psicología de la salud y no sólo de ella, sino de otras ciencias.

A partir de lo ya mencionado, se observa que la Psicología de la Salud ha empezado su campo de acción en la sociedad combinando técnicas teóricas y aplicadas que han permitido el estudio de problemas de la salud, modificación de conducta, familia, etcétera.

La formación del psicólogo de la salud, al igual que su ciencia, están en constante compromiso con las demandas sociales, atravesadas por situaciones históricas del país (económicas, políticas, culturales y sociales) y ante las cuales se exige de profesionistas capaces de dar solución a los diversos problemas cotidianos referentes al proceso salud-enfermedad.

Como hemos mencionado la salud es algo que nos concierne a todos de la misma manera, al igual que tenemos que considerar a la enfermedad como parte de nuestro interés.

El principal objetivo de las ciencias de la salud es identificar los problemas y necesidades que en materia de salud afectan a una población determinada y

especificar los mecanismos de los cuales se pueden satisfacer dichas demandas, por tanto, hablar de salud o enfermedad supone hablar de adaptación, y ésta no se puede entender si no es desde la complejidad de la persona dentro de una realidad biopsicosocial, así mismo, considerar a la salud como un estado de proceso estático y en cierta medida variable, no sería real. En la mayoría de los casos, la salud y la enfermedad son supuestos superpuestos y no necesariamente opuestos.

Este hecho determina que resulte difícil situar un límite entre la salud y la enfermedad, como si fuese sencillo pasar de la salud a la enfermedad o viceversa, ya que dentro de él, interviene un proceso complejo de interacción, en donde el grado de discordancia entre la conducta que tiene una persona y la que teóricamente debería tener en función de la realidad externa, forma parte de un parámetro importante para evaluar el nivel de salud o enfermedad.

Confirmando lo anterior Aso (1989), indica que para entender y tratar de mejor forma la causa por la que atraviesa una persona durante el proceso de salud-enfermedad, es necesario ligarlo a las actividades necesarias, a la clase social a la que pertenece, al medio ambiente al que se encuentra expuesto, a las condiciones de trabajo, al factor político y económico.

Por lo cual la evaluación del grado de salud o enfermedad no debe reducirse al presente existencial si no que debe incluir la evaluación de cómo fue la persona en su pasado histórico y cómo se concibe en un futuro.

Es así como el hombre enfrenta su existencia de acuerdo a cómo la concibe y a cómo se concibe así mismo, lo que determina que recurra al empleo de diversas conductas defensivas y evolutivas que organiza de acuerdo a un determinado plan estratégico, estas estrategias se pueden clasificar dentro de los diferentes cuadros nosográficos, por ejemplo: esquizoides, maniacas, melancólicas,

histéricas, fóbicas e hipocondríacas; considerando ésta última como una enfermedad que experimenta una perturbación en las relaciones interpersonales.

La hipocondría es un tema nuevo y del cual hay poca información en el medio de la Psicología de la salud, de ahí el interés por desarrollar dicho tema, porque consideramos y concluimos que puede ser de gran utilidad para la sociedad, así como para quien padece dicho trastorno y para ampliar el desarrollo de la Psicología de la salud.

Además sería valioso, en la medida en que la hipocondría pueda ser vista a la luz de la disciplina psicológica particularmente en la Psicología de la salud y todo cuanto ésta implica, ya que hasta el momento ha sido tratada bajo el enfoque clínico trabajando únicamente el aspecto conducta de la hipocondría; por lo que cual proponemos para futuros trabajos se preste atención a los aspectos cognitivos y conductuales de dicho trastorno, cabe afirmar que la eficacia del tratamiento clínico no es 100% efectivo en este trastorno, situándonos en los planteamientos de la terapia cognitivo-conductual, este resulta ser más adecuado y benéfico en los aspectos de coste-beneficio.

El trabajar ambos aspectos tiene múltiples ventajas, lo que representa el obtener resultados eficaces, como específica (Avía, 1993).

Así mismo, éste enfoque permite trabajar con las relaciones interpersonales y el entorno al cual esta ligado el hipocondríaco; es sabido que la familia padece las consecuencias emocionales de contar con un familiar hipocondríaco, igualmente esta corriente será una herramienta más para el médico con la finalidad de dar una opción al paciente hipocondríaco (Tchimino, 2001).

No dejando de lado, la importancia de reconocer las causas que originan este trastorno, como la edad en que se corre más riesgo de poder padecerla, el género en que predomina y de cómo influyen indirectamente el nivel social, académico y la herencia (Avía, 1993).

En el aspecto social, la repercusión no la padece la sociedad directamente sino el mismo hipocondríaco, al verse entorpecidas por este trastorno sus relaciones laborales, emocionales, afectivas; en conclusión su calidad de vida se deteriora (Baur, 1989).

González (1998), explica que la calidad de vida de las personas que padecen hipocondriasis es casi inexistente ya que su vida se encuentra enfocada al descubrimiento de nuevos síntomas y a la interpretación de los mismos, perdiendo todo tipo de interés en los términos sociales de estar saludables.

Por otra parte es obvio que el comportamiento de un hipocondríaco no representa la enfermedad sino más bien es la secuencia de un comportamiento que se inicio en la adolescencia, en la adultez o vejez, por tanto, el comportamiento forma parte de un síntoma, de éste trastorno y a partir de él, se rastrea la verdadera causa de este síntoma.

En cuanto al análisis realizado, se encontró que efectivamente los factores psicosociales influyen directa o indirectamente en el desarrollo y mantenimiento de la hipocondría, considerando que los hipocondríacos son individuos con baja autoestima, inseguros, que han tenido poco éxito a nivel familiar, social o laboral, en este caso, la enfermedad constituye una excusa para justificar estas carencias, esto se encuentra sustentado en los niveles de significancia obtenidos en la correlación de las siguientes variables, perder interés, sentirse deprimido, sentir un nudo en el estómago, sentirse mareado e insatisfacción con la vida, etcétera.

Nótese que las variables sexo y edad no concuerdan con la información teórica recabada, ya que, Avia (1993), afirma que la edad más propensa a padecerla es de entre 20 y 30 años, contraponiéndose con los datos estadísticos que muestran que las personas entre 20 y 44 años no se preocupan por su salud.

En lo referente al sexo, este trastorno se manifiesta más en las mujeres que en los hombres a lo que estadísticamente esto no concuerda ya que los datos arrojados indican que los hombres en este caso son más vulnerables a poder padecer este trastorno.

La información recabada estadísticamente fue insuficiente para sustentar el marco teórico en lo referente a la hipocondría, por ejemplo, el enfermo suele buscar la ayuda terapéutica cuando está angustiado, cuando se siente solo, cuando ha perdido la confianza en sí mismo, etc., pero con frecuencia carece de conciencia de enfermedad y no asume la responsabilidad que tiene de contribuir a condicionar con su conducta las circunstancias negativas en que se encuentra.

Por tanto esta información no cuenta con los datos suficientes para cubrir una de las características más importantes en la identificación de la hipocondría, por lo cual sugerimos que para futuras investigaciones se cuestione más ampliamente sobre las cuestiones de salud y enfermedad así como de la manifestación clara de los síntomas de algunos padecimientos por ejemplo se podría preguntar ¿Se predispone al acudir al médico?, ¿Qué síntomas padece de manera recurrente?, etcétera.

En cuanto todo lo anterior proponemos que se tome en cuenta cualquier asunto de comunicación en salud para la sociedad, pues debe tenerse muy en cuenta la gran influencia que en ese campo tienen los medios de comunicación de masas y que se ha demostrado incluye mediante trabajos de investigación.

Esto implica que la ejecución de acciones preventivas en salud no es exclusivas de una sola disciplina (Psicología de la Salud) sino que es un terreno multidisciplinario e interdisciplinario en su concepción.

Para concluir, la Psicología de la salud existe como un vasto enfoque que permite abordar el enfoque salud-enfermedad en diferentes niveles y para el desarrollo y

mantenimiento de la calidad de vida de un hipocondríaco, con ello del futuro de la Psicología de la salud amplía sus líneas de investigación.

No tiene nada de malo en ser hipocondríaco. A veces esto puede ocurrir a causa de nuestro ambiente de trabajo o ambiente familiar, o también por causa de una situación o evento inesperado en la vida de la persona. Quizás, todos alrededor de nosotros constantemente se quejan de estar enfermos o están enfermos. Lo que importa es asegurarse de entender que los pensamientos son incorrectos y que se pueden modificar para que no intervengan con nuestra vida diaria.

Aún pensando en lo que aporta el estudio al ámbito del tratamiento de la hipocondría, de nuevo como siempre abre otros interrogantes que habrá que seguir investigando, a ello se suma el interés de someter a prueba otras posibles estrategias de tratamiento que pueden resultar útiles en este problema, como por ejemplo, intentar modificar la atención en los hipocondríacos; así mismo, también merece la pena estudiar la posible utilidad de combinar tratamientos psicológicos y farmacológicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aguirre, B. G. (1980). Medicina y Magia: El Proceso de Aculturación en la Estructura Colonial. México: Instituto Nacional Indígena.
- 2.- Andersson, G. y Ortiz, L. (2002). Aspectos Psicológicos y Tratamientos Cognitivo–Conductual del Tinnitus. Psicología Conductual. 10 (1) 77–92.
- 3.- Ardilla, R. (2000). Prevención Primaria en Psicología de la Salud. En: Oblitas, Vázquez y Becoña (Eds). Psicología de la Salud. México: Plaza y Valdez 53-65.
- 4.- Aso, C. L. (1989). La Política de la Salud en los Ochenta. México: Cuadernos Políticos. ERD. 23. (2) 89 – 97.
- 5.- Avia, M.D. (1993). Hipocondría. Edit. Martínez Roca. Barcelona.
- 6.- Baeza, V. J. (2001, enero). Clínica de la Ansiedad. Revista de Psicología en Línea. Disponible en: www.clinicadeansiedad.com.
- 7.- Ballesteros y García (1995). Procesos Psicológicos Básicos. España: UNIVERSITAS.
- 8.- Baur, S. (1989). Hipocondría. Edit. Gedisa. Barcelona, España.
- 9.- Bayle, M. y Montes, M. S. (2002). La Vivencia Corporal y sus alteraciones. Disponible en: www.Psycología.com/biblioteca.
- 10.- Bazán, R. E. (2002). Contribuciones de la Psicología de la Salud en el Ambito Hospitalario de México. Psicología de la Salud. 5 (1) 20 – 25
- 11.- Blacklour, B. R. (1983). Signos y Síntomas. México: Interamericana.
- 12.- Becoña, E. Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). Psicología de la Salud: Antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. Psicología de la Salud. México: Plaza y Valdés.
- 13.- Bernabeu, P. M. (2000). Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental. Tomo I. Madrid: Monsa.
- 14.- Bouden, C. L. y Burstein, A. G. (1990). Bases Psicosociales de la Atención Médica. México: Limusa.
- 15.- Buela, C., Sierra, J. y Carboles, J. (1995). Psicología Clínica y de la Salud. En España: Revista Latinoamericana de Psicología. 1 (27) 25 – 40.

- 16.- Buela, C. G., Caballo, V. E. y Sierra, J. C. (1996). Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. España: Siglo XXI editores.
- 17- Caballo, V. E. (1991). Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI.
- 18.- Carrascoza, V. y Ayala, V. (2000). La Participación del Psicólogo en el desarrollo de la Salud Pública en México. Psicología y Salud. 10(2) 149 – 159.
- 19.- Castilla, C. P. (1991). La Culpa. Madrid: Alianza.
- 20.- Catalán, J. L. (2002). Cultura emocional e Hipocondriasis. Revista de Psicología en Línea. Disponible en:
www.numbers/home/jcatalan/hipocondria.tex
- 21.- Comunicado de Prensa No. 64. (30 de Abril del 2002) En Línea: Disponible en: www.ssa.gob.mx.
- 22.- Coleman, J. C. (1980). Psicología de la Anormalidad y Vida Moderna. México. Trillas.
- 23.- Colón, M. M. (2000). Hipocondría ¿Una broma o una Enfermedad?. Revista de Psicología en Línea. Disponible en:
www.hipocondria/unaenfermedad/htm
- 24.- Costa, M. y López, E. (2000). Salud Comunitaria. Barcelona: Martínez – Roca.
- 25.- Davis, M., Robbins, E. y McKay, M. (1985). Técnicas de Autocontrol Emocional. España: Martínez – Roca.
- 26.- De la Gándara (1999). Trastorno de Ansiedad. México: Trillas.
- 27.- Duran-González I.I., Hdz.- Rincón, M. Becerra y Aponte, J. (1995). La formación de psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud. Salud Pública de México. 37 (5) 462 – 471
- 28.- Echeburúa, E. C. (1996). Avances en el Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad. Naturaleza y Tratamiento de Hipocondría. Madrid: Pirámide.
- 29.- Fernández, (1996). Evaluación en Psicología de la Salud: Evaluación

- Psicológica en el Campo de la salud. España: Martínez – Roca.
- 30.- Flores, L. (2001). Psicología de la Salud. Psicología (En Red.)
Disponibile en: www.Psycologia.com./biblioteca
- 31.- Freud, S. (1976). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo IX.
- 32.- Gadamer, H.G. (1996). El Estado Oculto de la Salud. Barcelona: Gedisa.
- 33.- García- Campayo, J., Salvarez, P.R. y Álamo, G. C. (2001). Actualización en Trastornos Somatomorfos. España: Médica Panamericana.
- 34.- Goldfried, R. (1996). De la Terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de Integración. Madrid: Descleé de Brower.
- 35.- Goldstein, P. A. y Krasner, L. (1991). La Psicología Aplicada Moderna. Aplicaciones a la Salud. Madrid: Pirámide. 87 – 111
- 36.- Grau, A. J. y González, P. U. (1998). Ética, Calidad de vida y Psicología de la Salud. Psicología de la Salud. 12 (2) 83 – 96
- 37.- Greist, H., Jefferson, U. y Spitzer, L. (1986). Tratamiento de los Trastornos Mentales. México: Manual Moderno.
- 38.- Harch, C. (1994). La identidad del Psicólogo. México: Edit. Harla
- 39.- Hernández, G. y Rojas, M. (1998). La psicología de la Salud en América Latina. En: La Psicología de la Salud en América Latina. México: Porrúa. UNAM.
- 40.- Holtzman, w. (1993). La Psicología y la Salud por todo el mundo. Primer Congreso Internacional de Psicología de la Salud.
- 41.- Katschning, H., Freeman, H. y Sartorius, N. (2000). Cáalidad de Vida en Trastornos Mentales. Barcelona: MASSON.
- 42.- Kendar, P., Norton, F. (1998). Psicología Clínica: Perspectivas Científicas y Profesionales. México: Limusa. Cap. 13, 557 – 591.
- 43.- Labrador, J. F., Cruzado, J. y Muñoz, M. (1998). Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Madrid: Pirámide.
- 44.- Latorre, P. J. y Beneit, M. P. (1994). Psicología de la Salud. Argentina: Lumen.
- 45.- Linn, S. J. y Garske, J. P. (1988). Psicoterapias Contemporáneas. Terapias Cognitivo - Conductual. Madrid: Desclee de Brower. 331 – 361.

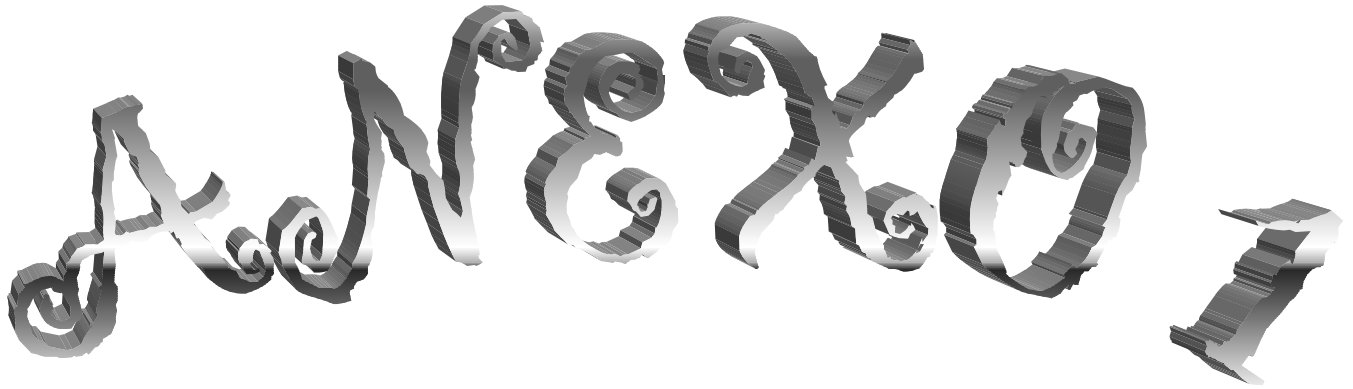
- 46.- Luria, A. R. (1984). Sensación y Percepción. Barcelona: Martínez Roca.
- 47.- Macloryde, M., Stanley, R. (1988). Signos y Síntomas.
México: Interamericana.
- 48.- Marín, C. y Martínez, P. (1995). Febrero. Revista Argentina de Psicología en Línea. Disponible en: www.apitxsa.com7revistaindex/html
- 49.- Matarazzo, J. (1982). Behavioral Health and Behavioral Medicine: frontiers for anew health psychology. American Psychologist. No. 35.
- 50.- Medina, L. y Rubio, S. (1997). Psicología Médica. Los Modelos Psicoterapéuticos de índole cognitivo-conductual. España: McGraw Hill Interamericana 589 – 599.
- 51.- Morales, C. F. (1999). La psicología en la atención primaria de la salud. Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires: Paidós.
- 52.- Olivares, M. y Méndez, C. (1998). Técnicas de Modificación de Conducta. Madrid: Biblioteca Nueva.
- 53.- Ortiz, V. R. (1996). La Metodología Participativa en la Psicología de la Salud. Psicología y Salud. 8(7).77 – 87
- 54.- Piña, L. J. (1992). Psicología y Salud: Aportes del Análisis de Conducta. México: Unison.
- 55.- Pérez, L. R. (2002, mayo). Las Matrices de Agregado, Temporales y Espaciales de la Difusión de la Salud. Revista de Psicología en Línea. Disponible en: www.psicologíacientifica.com
- 56.- Ramírez, G. E.M., Cortés, V. E.B., Vaquero, J. E., y Arriaga, A. J. (2003). Evaluación de Requerimientos de Salud integral en población Mexicana. Psicología y Ciencia Social. Vol. 5, 2, 62 - 67.
- 57.- Restrepa, E. H. (2001). Promoción de la Salud. Calidad de Vida y Promoción de la Salud. México: Panamericana.
- 58.- Ribes, E. (1990). Psicología y Salud. Un análisis conceptual. Barcelona: Martínez – Roca.
- 59.- Ribes, E. (1991). Psicología y Salud. Un análisis conceptual. México. Trillas.

- 60.- Rimm, C. y Masters, C. (1987). Terapia de Conducta. México: Trillas.
- 61.- Roa, A. (1995). Marco Teórico de la Psicología de la Salud. En Roa. (Ed) Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. España: CEPE.
- 62.- Rodríguez, A. G. (1984). La participación del Psicólogo en el Sector Salud. Revista Mexicana de Psicología. 1 (1) 22 – 27
- 63.- Rodríguez, G. y Palacios, J. (1998). Algunas consideraciones sobre la Psicología de la Salud en México. México, D.F.: UNAM
- 64.- Rodríguez, O. G. y Rojas, M. (1996). La Psicología de la Salud en América Latina. México: Facultad de Psicología. UNAM.
- 65.- Rodríguez, O. G. y Rojas, M. (1998). Introducción a la Psicología Clínica. México: Mc Graw Hill.
- 66.- Ruíz, S. J. y Cano, S. J. (2001, marzo). Manual de Psicoterapia Cognitiva. Revista de Psicología en Línea. Disponible en: www.psicología-online.com.
- 67.-San Martín, F. H. (1981). Salud Y Enfermedad: Ecología Humana, Epidemiología, Medicina Preventiva, Sociología y Economía de la Salud. México: Prensa, Médica Mexicana.
- 68.- Salinas, L. R. (1995). El psicólogo en l atención a la Salud. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.
- 69.- Salinas, L. R., González, E. D. y Castillo, P. (1999). Actitudes del Sector Salud en México hacia Actividades Emergentes del Psicólogo en la Organización y Atención de la Salud. Psicología y Ciencias Sociales. 3 (2) 11 – 20
- 70.- Sarafino, P. E. (1998). Health Psuchology : Biopsichosocial Interactions. New York : Jhoy uriley & Sons.
- 71.- Schneider, P. B. (1986). Psicología Aplicada a la Práctica Médica. Manual para la comprensión y conducción lógica del enfermo. México: Paídos.
- 72.- Simón, M. A. (1999). Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. España: Biblioteca Nueva. Universidad.
- 73.- Tchimino, C. (2001). Hipocondría. Disponible en:

www.documentos/cuadernos/Neurología.htm

- 74.- Urbina, S. J. y Rodríguez, G. (1993). El Psicólogo en el Sector Salud en México. Facultad de Psicología. México: UNAM
- 75.- Vallejo, R. y Gasto, F. (1990). Trastornos Afectivos & Ansiedad y Depresión. Ansiedad Secundaria. México: Salvat.
- 76.- Velasco, M. L. y Sinibaldi, J. F. (2001). Manejo del Enfermo Crónico y su Familia. México: Manual Moderno.
- 77.- Villapecelin, A. (1991). Un Psicólogo Español del siglo XVI. Precursores de la Terapia Cognitivo – Conductual. Revista de Psicología General y Aplicada. 44 (3) 363 – 373.
- 78.- Vidal, A. L. (1995). Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Tomo I. México: Panamericana.
- 79.- Zas, R. B. (2000). La Psicología en las Instituciones de Salud. México: Trillas.

A 1 2 3 4 5



*INSTRUMENTO DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y
FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL*

El año pasado. ¿En cual de las siguientes situaciones se encontró?

Marque 0 (NO) si NO le ocurrió

Marque 1 (SI) si SI le ocurrió

Por cada situación que SI le haya ocurrido, marque qué tanta tensión sintió. Seleccione el número que más se acerque a su respuesta. Si marca NO, deje sin marcar los números siguientes de ese mismo renglón.

	Nada tenso 1	Muy poco tenso 2	Poco tenso 3		Muy tenso 4	Totalmente tenso 5					EP
			NO	SI		1	2	3	4	5	
1. Adquirió una casa nueva			0	1		1	2	3	4	5	
2. Algún amigo tuvo problemas serios			0	1		1	2	3	4	5	
3. Algún hijo se fue de la casa			0	1		1	2	3	4	5	
4. Cambió de casa o departamento			0	1		1	2	3	4	5	
5. Cambió de trabajo			0	1		1	2	3	4	5	
6. Dejó el trabajo o lo despidieron			0	1		1	2	3	4	5	
7. Enfermedad grave de un familiar o amigo			0	1		1	2	3	4	5	
8. Muerte de un familiar o amigo			0	1		1	2	3	4	5	
9. Nacimiento de un hijo			0	1		1	2	3	4	5	
10. Problemas con el jefe o compañeros			0	1		1	2	3	4	5	
11. Problemas con la esposa (o) o familiares			0	1		1	2	3	4	5	
12. Problemas financieros			0	1		1	2	3	4	5	
13. Se cambió de ciudad			0	1		1	2	3	4	5	
14. Su hijo (a) empezó o dejó la escuela			0	1		1	2	3	4	5	
15. Su hijo (a) tuvo problemas			0	1		1	2	3	4	5	
16. Tuvo problemas legales			0	1		1	2	3	4	5	
17. Usted sufrió una enfermedad			0	1		1	2	3	4	5	

NE

	Nada 1	Un poco 2	Regular 3	Bastante 4	Mucho 5						EG
						1	2	3	4	5	
18. ¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?						1	2	3	4	5	

En las siguientes afirmaciones, marque el número que mejor lo describe cuando está bajo estrés o tensión.

	Me describe muy mal		Regular	Bastante	Me describe muy bien		HA
	1	2			3	4	
19. Acepto mis sentimientos							
20. Mantengo la calma							
21. Procuro controlar la situación							
22. Trato de conocer mejor la situación							
23. Trato de sentirme mejor							
24. Trato de solucionar mis problemas							

Las siguientes 13 preguntas se refieren a sus relaciones durante el año pasado con amigos y familiares cercanos que sean adultos

Ninguno **Un poco** **Regular** **Bastante** **Mucho**
 1 2 3 4 5

25.	El año pasado ¿Cuánta ayuda, guía o información recibió de sus amigos y familiares más cercanos?	1	2	3	4	5
26.	¿Cuánta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

Nada satisfecho **Un poco** **Regular** **Bastante** **Muy satisfecho**
 1 2 3 4 5

27.	¿Qué tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió?	1	2	3	4	5
-----	--	---	---	---	---	---

--

Ninguno **Un poco** **Regular** **Bastante** **Mucho**
 1 2 3 4 5

28.	El año pasado ¿Qué tanto apoyo emocional recibió de sus familiares y amigos más cercanos?	1	2	3	4	5
29.	¿Qué tanto apoyo emocional espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

Nada satisfecho **Un poco** **Regular** **Bastante** **Muy satisfecho**
 1 2 3 4 5

30.	¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

--

Muy poco **Un poco** **Regular** **Bastante** **Muy a menudo**
 1 2 3 4 5

31.	El año pasado ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba?	1	2	3	4	5
32.	¿Qué tan probable es que ellos hagan o le den cosas en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

Nada satisfecho **Un poco** **Regular** **Bastante** **Muy satisfecho**
 1 2 3 4 5

33.	¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?	1	2	3	4	5
-----	--	---	---	---	---	---

--

TS = =

Cuando responda las siguientes preguntas, piense en amigos y familiares cercanos adultos y solo considere el año pasado.

Muy poco **Un poco** **Regular** **Bastante** **Muy a menudo**
 1 2 3 4 5

34.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted?	1	2	3	4	5
35.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos fueron poco considerados e insensibles con usted?	1	2	3	4	5
36.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos le llamaron la atención por su forma de ser?	1	2	3	4	5
37.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos se burlaron, hicieron chismes o lo rechazaron?	1	2	3	4	5

IN

ANEXO 2

*D E S C R I P C I Ó N D E L A S C A T E G O R Í A S D E L O S
I N S T R U M E N T O S D E F U N C I O N A M I E N T O D E S A L U D Y
F U N C I O N A M I E N T O P S I C O S O C I A L*

FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD

RESPUESTA A ENFERMAR

AA	AUTOAYUDA	4, 7, 12
AP	AYUDA PROFESIONAL	6, 9, 14
AM	AYUDA AMIGOS	3, 10, 13
AE	AYUDA ESPIRITUAL	2, 5, 11
PT	PASO DEL TIEMPO	8

HABITOS DE SALUD

HP	HABITOS POSITIVOS	17,18,20,21,23,24,24,27,28,30,31,32,37,38
HN	HABITOS NEGATIVOS	15,16,19,22,26,29,33,34,35,36

HISTORIA DE SALUD

ST	SALUD TOTAL	40
----	-------------	----

SR	SALUD RECIENTE	39
EC	ENFERMEDAD CRÓNICA	41
IE	IMPEDIMENTO ENF. C	42

USO DEL SECTOR SALUD

VD	VISITA DOCTOR	43
TN	TRATAMIENTO HOSP.	44
TE	TRATAMIENTO EMER.	45
PT	PASO DEL TIEMPO	8

CREENCIA Y ACTITUDES DE SALUD

EA	AUTOEFICIENCIA	50,61,62,64
VS	VIGILANCIA DE SALUD	46,47,53,59,65
VL	VALORES DE SALUD	52,55,63,68
CP	CONFIANZA AL PER.	49,56,57,58
CS	CONFIANZA SISTEMA	51,66,67
HI	HIPOCONDRIA	48,54,60,69

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

ESTRÉS DE VIDA

EP	ESTRES PERCIBIDO	1 a 17
EG	ESTRES GLOBAL	18

AFRONTAMIENTO

AO	APOYO EMOCIONAL	28,29,30
AI	APOYO INFORMATIVO	25,26,27
AT	APOYO TANGIBLE	31,32,33,
IN	INTERCAMBIO NEGATIVO	34,35,36,37

SALUD PSICOLOGICA (ESTRÉS PSICOLÓGICO)

CA	CAMBIO DE ESTADO DE ANIMO	38,52,55
----	---------------------------	----------

CU	CULPABILIDAD	39,51,54
LM	LENTITUD MOTORA	44,49,57
EE	ESTADO ANSIOSO	41,47,50
QS	QUEJA SOMÁTICA	46,48,53
DC	DISTURBIO COGNITIVO	40,43,58
SV	SATISFACCIÓN DE VIDA	42,45,56,55