

04. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

**AUTORA: SARA MERCEDES CLARIANA MARTÍN
PATRICIA DE LOS RÍOS ALFONSO**

**TODO EL MATERIAL,
EDITADO Y PUBLICADO
POR EL CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES,
ES ÚNICO Y EXCLUSIVO
DE NUESTRO CENTRO.**

ISBN obra completa: 978-84-92856-05-3

ISBN: 978-84-92856-49-7

Depósito Legal: M-9925-2010

EDITA Y DISTRIBUYE: CEDE

1ª EDICIÓN: enero 2010

ES PROPIEDAD DE:



**CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES**

© RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático sin la autorización de CEDE.

PRESENTACIÓN

A pesar de que el historial de preguntas de examen de esta área es escaso, en las últimas convocatorias se ha observado una tendencia a incluir preguntas que están ubicadas en el área de la Psicología de la Salud. Por ese motivo, la media de preguntas de todas las convocatorias se deben considerar en términos relativos, atendiendo más a los datos de las convocatorias de 2006 en adelante.

El temario de Psicología de la Salud se divide en tres temas:

– El primero, busca que el alumno tenga un conocimiento general sobre esta área de la Psicología. Las preguntas que se han realizado sobre este tema versan principalmente sobre los objetivos de la Psicología de la Salud, sobre las características y modelos que más investigación han generado.

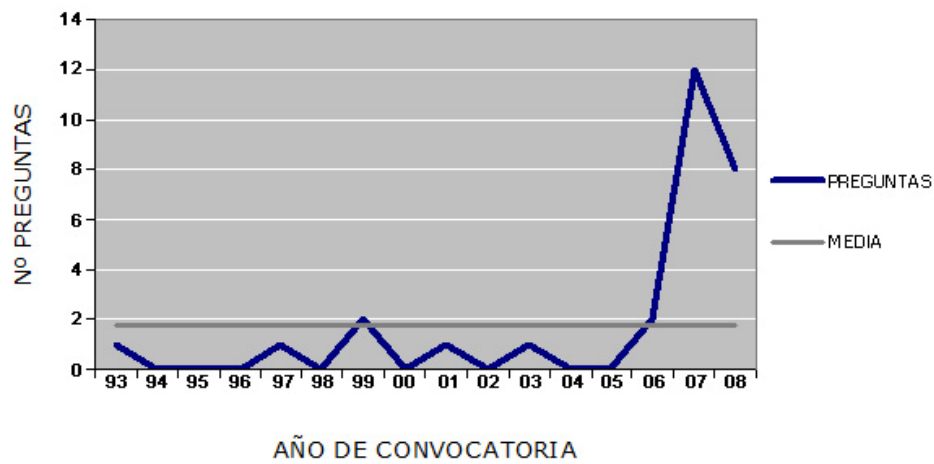
– El segundo es el más importante de cara al examen PIR. Resume los conocimientos psicológicos sobre los distintos “trastornos psicosomáticos”, explicando tanto los factores psicológicos que de algún modo pueden estar relacionados con la enfermedad, como las distintas intervenciones que se han desarrollado para cada trastorno concreto.

Las preguntas sobre este tema tienen que ver, sobre todo, con el grado de eficacia de los tratamientos psicológicos y con las variables psicosociales que afectan al comienzo o curso de la enfermedad. Conviene prestar atención a los apartados de trastornos cardiovasculares y del cáncer, pues han repetido varias preguntas acerca de los patrones de personalidad asociados y sobre los tratamientos.

– El tercer tema está dedicado a la Psicología Positiva. Este movimiento no pertenece a la Psicología de la Salud, sin embargo, se ha escogido esta área para acogerlo, porque tanto la Psicología de la Salud como la Psicología Positiva tienen, de forma señalada, una visión del bienestar y de la salud alejada de la vieja concepción que aludía a la simple ausencia de enfermedad. Aunque hasta el momento no se han realizado preguntas sobre el tema, resulta importante que el alumno conozca de forma general algunos conceptos de este nuevo movimiento pues se presenta como una perspectiva de gran actualidad en el campo de la Psicología, y está generando gran cantidad de investigación y bibliografía.

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PREGUNTAS POR CONVOCATORIA

AÑO CONVOCATORIA	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08
Nº PREGUNTAS	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	1	0	0	2	12	8



ÍNDICE

Tema 05.01 | SALUD Y PSICOLOGÍA

1. Introducción a la psicología de la salud
 - 1.1. Aproximación histórica al concepto de salud
 - 1.2. Modelo biomédico y psicosocial
 - 1.3. Surgimiento de la psicología de la salud
 - 1.4. Delimitación de la psicología de la salud
 - I) Psicología Psicosomática
 - II) Psicología Médica
 - III) Medicina Conductual
 - IV) Psicología clínica
2. Conceptos relevantes en psicología de la salud: conducta de salud y enfermedad. Indicadores de salud y cuantificación del riesgo
 - 2.1. Conducta de salud y aproximaciones teóricas
 - I) Modelo de Creencias acerca de la Salud
 - II) Teoría de la Utilidad Subjetiva Esperada
 - III) Teoría de la Acción Razonada
 - IV) Teoría de la Motivación a la Protección
 - V) Teoría de la Autorregulación
 - VI) Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones
 - VII) Modelo Transteórico
 - 2.2. Conducta de enfermedad y rol de enfermo
 - 2.3. Indicadores de salud y enfermedad
3. Personalidad y salud
 - 3.1. Los Cinco Grandes y la salud y enfermedad
 - 3.2. Otras variables de personalidad
 - 3.3. Motivos sociales
4. Alimentación, ejercicio físico y salud
 - 4.1. Alimentación y Salud
 - I) Obesidad y Salud
 - II) Teorías Explicativas de la Regulación del Peso y la Obesidad
 - 4.2. Ejercicio físico
 - I) Efectos del ejercicio físico en la salud
 - II) Determinantes del ejercicio físico y estrategias de intervención
5. Tabaco y salud
 - 5.1. Adquisición y consolidación del consumo de tabaco
 - 5.2. Influencia del tabaco en la salud
 - 5.3. Consecuencias del abandono del tabaco
 - 5.4. Prevención de la conducta de fumar y programas de tratamiento
 - I) Enfoques psicológicos
 - II) Intervenciones en contextos médicos
 - III) Intervenciones en contextos comunitarios a través de los medios de comunicación
6. Programas de prevención del consumo de alcohol

7. Estancia en el contexto hospitalario e intervenciones médicas
 - 7.1. Aspectos psicológicos de los ingresos hospitalarios
 - 7.2. Intervención psicológica para la preparación a procedimientos médicos y cirugías
 - 7.3. Intervención psicológica preparatoria en niños
8. Adherencia a los tratamientos médicos
 - 8.1. Predictores de la adherencia terapéutica
 - 8.2. Estrategias para mejorar la adhesión

Tema 05.02 | PSICOLOGÍA EN TRASTORNOS DE SALUD

1. Introducción histórica y teorías psicosomáticas
2. Trastornos cardiovasculares: la cardiopatía coronaria
 - 2.1. Factores de riesgo de los trastornos cardiovasculares e intervención sobre ellos
 - 2.2. Técnicas en el tratamiento de los trastornos cardiovasculares
3. Trastornos asociados al sistema inmune
 - 3.1. Cáncer
 - I) Intervención psicológica
 - II) Programas de tratamiento
 - 3.2. Infección por VIH y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
 - 3.3. Alergia y problemas de piel
 - 3.4. Artritis reumatoide
 - 3.5. Enfermedades infecciosas
4. Trastornos gastrointestinales
 - 4.1. Úlcera péptica
 - 4.2. Síndrome de intestino irritable (SII)
 - 4.3. Enfermedad inflamatoria intestinal (EII)
5. Trastornos respiratorios: el asma bronquial
 - 5.1. Tratamientos psicológicos
6. Diabetes mellitus
 - 6.1. Intervención psicológica en diabetes tipo I (DMID)
 - 6.2. Intervención psicológica en diabetes tipo II (DMNID)
7. Dolor crónico disfuncional
 - 7.1. Tratamiento psicológico
 - 7.2. El caso de la fibromialgia
 - 7.3. Dismenorrea primaria
 - 7.4. Cefaleas
8. Aspectos psicológicos en la enfermedad avanzada y terminal
 - 8.1. Aspectos psicológicos en el enfermo
 - 8.2. Aspectos psicológicos en la familia

8.3. Aspectos psicológicos en los profesionales de cuidados paliativos

Tema 05.03 | PSICOLOGÍA POSITIVA

1. Bienestar subjetivo
2. Bienestar psicológico
3. Experiencia óptima o *flow* (*flow*)
4. Las fortalezas psicológicas
5. Inteligencia emocional
6. Psicología positiva y psicología de la salud

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMIGO, I.; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, C. y PÉREZ ÁLVAREZ, M. (2003). **Manual de Psicología de la Salud**. Madrid: Pirámide.
- BELLOCH, A.; SANDÍN, B. y RAMOS, F. (2008). **Manual de Psicopatología**. Vol. II. Madrid: Mc Graw Hill.
- BERMÚDEZ, J.; PÉREZ-GARCÍA, A.M. y SANJUÁN, P. (2003). **Psicología de la Personalidad: Teoría e Investigación**. Volumen I y II. Madrid: UNED.
- BRANNON, L. y FEIST, J. (2001). **Psicología de la Salud**. Paraninfo: Madrid.
- DÍAZ, D.; RODRÍGUEZ-CARVAJAL, R.; BLANCO, A.; MORENO-JIMÉNEZ, B.; GALLARDO, I.; VALLE, C. y DIERENDONCK, D. (2006). **Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff**. *Psicothema*, 18, 572-577.
- EXTREMERA, N. y FERNÁNDEZ BERROCAL, P. (2002). **La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula**. *Revista de Educación*, 332, 97-116.
- GIL, J. (2004). **Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones**. Madrid: Pirámide.
- LEÓN, J.M.; MEDINA, S.; BARRIGA, S.; BALLESTEROS, A. y HERRERA, I.S. (2004). **Psicología de la Salud y Calidad de Vida**. Barcelona: UOC.
- LUZORO, J. (1992). **Psicología de la Salud**. *Revista de Psicología*, 111.
- MORRISON, M. y BENNEDETT, P. (2008). **Psicología de la Salud**. Madrid: Pearson Educación.
- ORTIGOSA, J.M.; MÉNDEZ, F.X. y QUILES, M.J. (1996). **Preparación a la hospitalización infantil (II): modelado filmado**. *Psicología Conductual*, 4, 211-230.
- ORTIGOSA, J.M. y MÉNDEZ, F.X. (2000). **Hospitalización infantil**. Madrid: Biblioteca Nueva.
- PÉREZ ÁLVAREZ, M.; FERNÁNDEZ HERMIDA, J.R.; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, C. y AMIGO, I. (2003). **Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud**. Madrid: Pirámide.
- SELIGMAN, M.E.P. (2003). **La auténtica felicidad**. Barcelona: Bergara.
- TAYLOR, S.E. (2003). **Psicología de la salud**. Méjico D.F.: McGraw-Hill.
- TORRECILLA, M. y BARRUECO, M. (2001). **Ayudar al fumador. Tratar el tabaquismo**. *Medifam*, 11, 194-2006. <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n4/encolaboracion2.pdf>.
- VALIENTE, M. (2006). **El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de cáncer**. *Psicooncología*, 3, 19-34.
- VARO CENARRUZABEITIA, J.J.; MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, J.A.; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, M.A. (2003). **Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo**. *Med Clin.*, 121, 665-72. <http://mural.uv.es/joplase/obesdad%20y%20educacion%20fisica.pdf>.
- VÁZQUEZ, C. y HERVÁS, G. (Eds.) (2008). **Psicología Positiva aplicada**. Madrid: Desclée de Broker.
- VÁZQUEZ, C. y HERVÁS, G. (Eds.) (2009). **La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva**. Madrid: Alianza Editorial.
- VÁZQUEZ, C.; HERVÁS, G. y HO, S.M.Y. (2006). **Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones**. *Psicología Conductual*, 14, 401-432.
- VERA, B. (2008). **Psicología Positiva: una nueva forma de entender la Psicología**. Madrid: Calamar.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). **Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation**. Ginebra: WHO Technical Report Series 894. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf.

No incluimos de la página 8 a la página 37.

Tema 05.02 | PSICOLOGÍA EN TRASTORNOS DE SALUD

ORIENTACIONES

Este tema es, sin duda, el que más preguntas ha generado dentro de esta área. Uno de los aspectos fundamentales es la eficacia de los tratamientos psicológicos disponibles para los distintos trastornos (eficaces, probablemente eficaces o en fase experimental). También es relevante conocer los factores psicológicos implicados en las diferentes enfermedades, diferenciando si afectan a su desarrollo o a su curso.

ASPECTOS ESENCIALES

1. *La concepción de los trastornos psicósomáticos ha ido cambiando, desde una orientación que sostenía un origen y mantenimiento psicógenos hasta una perspectiva multifactorial y multidisciplinar en la actualidad.*
2. *Se han identificado diversos factores psicosociales que pueden estar relacionados diferencialmente con los distintos trastornos. Tal es el caso del estrés psicosocial, implicado en muchos de ellos, de la personalidad tipo C que ha sido asociada al cáncer o de la tipo A, a los trastornos cardiovasculares.*
3. *Contamos con tratamientos psicológicos dirigidos para los trastornos médicos. Sin embargo, en algunos de ellos sólo se puede hablar de intervenciones probablemente eficaces por la necesidad de metodologías más rigurosas y que descompongan los tratamientos más complejos.*
4. *Una de las áreas en la que se ha trabajado más, ha sido en el cáncer, creándose tratamientos específicos como la Terapia Psicológica Adyuvante o la Terapia de Innovación Creativa.*

PREGUNTAS REPRESENTATIVAS

48. Uno de los principales indicadores psicológicos de mal pronóstico de la enfermedad arterial coronaria es:

- 1) La depresión.
- 2) El patrón de conducta tipo A.
- 3) La hostilidad.
- 4) La alexitimia.
- 5) El estilo represor.

PIR 08, RC1.

220. De entre las siguientes técnicas de intervención, ¿cuál ha obtenido menor apoyo empírico para el tratamiento del síndrome del intestino irritable?:

- 1) Biofeedback.
- 2) Hipnosis.
- 3) Entrenamiento en manejo del estrés.
- 4) Técnicas de control de la ansiedad.
- 5) Manejo de contingencias.

PIR 07, RC 1.

Tema 05.02 | PSICOLOGÍA EN TRASTORNOS DE SALUD

1. Introducción histórica y teorías psicósomáticas
2. Trastornos cardiovasculares: la cardiopatía coronaria
 - 2.1. Factores de riesgo de los trastornos cardiovasculares e intervención sobre ellos
 - 2.2. Técnicas en el tratamiento de los trastornos cardiovasculares
3. Trastornos asociados al sistema inmune
 - 3.1. Cáncer
 - I) Intervención psicológica
 - II) Programas de tratamiento
 - 3.2. Infección por VIH y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
 - 3.3. Alergia y problemas de piel
 - 3.4. Artritis reumatoide
 - 3.5. Enfermedades infecciosas
4. Trastornos gastrointestinales
 - 4.1. Úlcera péptica
 - 4.2. Síndrome de intestino irritable (SII)
 - 4.3. Enfermedad inflamatoria intestinal (EII)
5. Trastornos respiratorios: el asma bronquial
 - 5.1. Tratamientos psicológicos
6. Diabetes mellitus
 - 6.1. Intervención psicológica en diabetes tipo I (DMID)
 - 6.2. Intervención psicológica en diabetes tipo II (DMNID)
7. Dolor crónico disfuncional
 - 7.1. Tratamiento psicológico
 - 7.2. El caso de la fibromialgia
 - 7.3. Dismenorrea primaria
 - 7.4. Cefaleas
8. Aspectos psicológicos en la enfermedad avanzada y terminal
 - 8.1. Aspectos psicológicos en el enfermo
 - 8.2. Aspectos psicológicos en la familia
 - 8.3. Aspectos psicológicos en los profesionales de cuidados paliativos

1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA Y TEORÍAS PSICOSOMÁTICAS

El concepto "psicosomático" fue introducido 1818 por el médico Heinroth en relación al origen del insomnio, pero no se emplea formalmente hasta que el siglo XX está avanzado, y se desarrolla con la ya explicada Medicina Psicósomática. Actualmente entendemos que cualquier trastorno puede ser considerado como psicósomático; sin embargo, esto no fue siempre así. **Alexander** hablaba de 7 trastor-

nos psicósomáticos, con mecanismos de origen y mantenimiento psicógenos. En 1968, el **DSM-II** recogía un grupo de **trastornos psicofisiológicos**, que definía en base a la presencia de síntomas físicos en un solo sistema fisiológico y causados por factores emocionales. Era preciso que hubiera causas emocionales en el inicio y mantenimiento de la patología para poder diagnosticar un auténtico trastorno psicofisiológico.

El **DSM-III y DSM-III-R** (1980, 1987) hablan de **Factores psicológicos que afectan a la condición física** pudiendo ser ésta, cualquiera en la que los factores psicológicos contribuyan de forma importante. Asumiendo el modelo biopsicosocial, el DSM-III abandona la explicación lineal que existía en la versión anterior (trastornos psicofisiológicos= etiología psicológica), y elimina la confusión que se podía crear previamente entre un trastorno psicofisiológico y la histeria de conversión.

El **DSM-IV**, dentro de *Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica*, incluye el apartado dedicado a **Factores psicológicos que afectan al estado físico**. Se explicita que dicho factor o factores pueden influir negativamente sobre el **curso de una enfermedad, interferir sobre su tratamiento**, constituir un **riesgo adicional** para la salud, precipitar o **exacerbar los síntomas** al provocar respuestas relacionadas con el estrés. En esta edición se afirma que los factores psicológicos o conductuales pueden afectar a casi todas las categorías mayores de enfermedad. Ésta debe codificarse en el eje III y el factor psicológico que afecte, en el eje I, con uno de los siguientes nombres:

- Trastorno mental que afecta a ... (indicar la enfermedad): Se trata de un trastorno del eje I o II que además de codificarse así (trastorno mental que afecta a...), debe especificarse en el eje I o II según le corresponda.
- Síntomas psicológicos que afectan a ... No constituyen un trastorno del eje I.
- Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a...
- Comportamientos desadaptativos que afectan a..., como podría ser un estilo de vida sedentario.
- Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a... como podría ser un dolor precordial.
- Otros factores psicológicos no especificados que afectan a... como podrían ser factores culturales.

Este diagnóstico habría que diferenciarlo de otros como los trastornos somatomorfos en los que no existe una enfermedad médica que pueda explicar completamente los síntomas que experimenta el paciente. En cambio, en las enfermedades a las que se hace referencia en el apartado

de *Factores psicológicos que afectan al estado físico*, hay una patología orgánica demostrable. La evidencia empírica acumulada desde hace años indica que cualquier trastorno denominado físico puede tener implicados factores psicológicos o psicosociales, de la misma manera que muchos de los trastornos psicológicos implican o inducen alteraciones físicas.

Además de la teoría de Alexander y los enfoques generales no psicodinámicos de Cannon y Selye, surgieron tres tipos de teorías influyentes en la psicósomática actual:

– **Teorías de especificidad estímulo-respuesta** o “de las reacciones específicas”: proponen que determinadas circunstancias estímulares inducen determinadas respuestas fisiológicas, independientemente de la persona. Enfatizan, así, la especificidad estimular. Por ejemplo, ante situaciones de estrés se manifiestan unas respuestas fisiológicas determinadas.

– **Teorías de especificidad individuo-respuesta**, por las que una misma persona responde fisiológicamente de forma similar a diferentes estímulos estresantes. En este grupo se incluyen las teorías de “estereotipia de respuesta vegetativa”, “especificidad de respuesta individual”, “especificidad de respuesta”, “especificidad de síntoma” o “especificidad de órgano”. También se encontraría la “teoría de la debilidad de órgano” por la que una persona tiene un órgano predispuesto a enfermar ante el estrés. La especificidad a la que se alude en este grupo de teorías puede referirse no sólo a patrones fisiológicos.

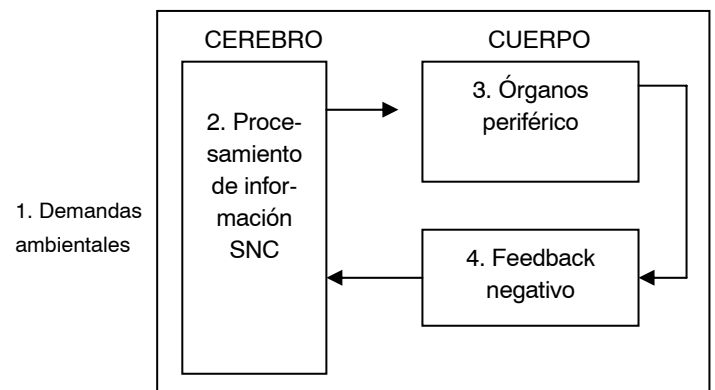
Tal es el caso de los tipos de personalidad de Dunbar o del posteriormente formulado patrón de conducta Tipo A. Sternbach (1966) planteaba que la activación mantenida de un mismo subsistema fisiológico debido al estrés, podría llevar a una ruptura de la homeostasis de ese subsistema. Según este autor, la evaluación cognitiva mediaría las respuestas fisiológicas y conductuales de una persona ante el estrés.

– **Teorías de especificidad psicológico-física**: formula relaciones específicas entre aspectos psicológicos y físicos de la respuesta (Graham, 1972). Por ejemplo, cuando se dice que una emoción específica se asocia con una enfermedad determinada. Lo psicológico y lo físico son considerados **dos componentes de una respuesta total**. Dos teorías clásicas que se encuadran en este apartado son la *teoría del conflicto o de la emoción específica*, de Alexander (1950) y la *teoría de actitudes específicas* de Graham (1972), que sugiere que distintas enfermedades o síntomas están asociados con actitudes concretas expresadas por el paciente hacia la situación que evocó la enfermedad.

Actualmente, se conciben los trastornos psicósomáticos desde una perspectiva **multifactorial** sobre su origen y mantenimiento, y **multidisciplinar** sobre su abordaje. Han surgido diversas teorías que adoptan también principios de especificidad, y otras generales que tratan de explicar todos los trastornos psicósomáticos. Así, se ha sugerido la posibilidad de que exista un tipo de *persona predispuesta a la enfermedad*, caracterizado por los estados emocionales negativos, o un tipo de *persona con predisposición al distress*, con tendencia a las quejas de salud (más que a síntomas objetivos).

Schwartz (1977) propuso la **teoría de la disregulación**, en la que el organismo es entendido como un sistema de autorregulación. Las amenazas a la **homeostasis** provocarían un **feedback negativo** que dispararía de nuevo el feedback corrector. Su modelo, basado en la cibernética y la Teoría General de Sistemas, supone que un sistema autorregulado puede alterarse ante la ruptura de la comunicación entre sus partes del sistema.

Ante un ambiente inductor de estrés (1), el cerebro (2) tendría que realizar regulaciones para conocerlas y para activar y/o inhibir determinados sistemas corporales (3). Ante el daño de determinados tejidos, el cerebro recibiría un feedback negativo (dolor...) (4) a fin de que modificara su estrategia de regulación. Las enfermedades sobrevendrían por una disregulación en cualquiera de las siguientes etapas o en varias de ellas simultáneamente.



Esquema del modelo de disregulación de Schwartz (1977)

Lejos de recoger la totalidad de los trastornos físicos susceptibles de influencia por factores psicológicos, describiremos la evidencia y concepciones actuales sobre algunos de ellos.

2. TRASTORNOS CARDIOVASCULARES: LA CARDIOPATÍA CORONARIA

La cardiopatía coronaria o enfermedad arterial coronaria suele identificarse con la *cardiopatía isquémica*, cuya causa directa es la aterosclerosis.

La *isquemia* se refiere a un aporte insuficiente de sangre a las células del miocardio.

La *aterosclerosis* implica la formación de placas de colesterol y otros lípidos, tejido muscular y conectivo, además de otros compuestos, que oclucionan las arterias. De esa forma, las arterias pierden elasticidad y se “endurecen” (arterioesclerosis).

La obstrucción completa de una arteria coronaria impide el suministro de sangre al miocardio, produciéndose la muerte del tejido coronario, o *infarto de miocardio*.

La *angina de pecho*, producida por la restricción del flujo sanguíneo al corazón o isquemia miocárdica transitoria, suele intensificarse durante el ejercicio físico o el estrés, puesto que son situaciones que aumentan la demanda al corazón.

Las enfermedades coronarias junto con otras enfermedades cardiovasculares representan un problema de salud pública para los países más industrializados. En 1970 se señaló que las enfermedades cardiovasculares constituían la principal causa de muerte y morbilidad severa de la mayor parte de los países desarrollados y, en concreto, el infarto de miocardio era la principal causa de muerte entre adultos en el mundo occidental (Oldenburg, Perkins y Andrews, 1985). A pesar de que gracias a la prevención primaria y al control de los factores de riesgo se han reducido las muertes por estas causas en algunos países, continúan teniendo un gran impacto en la salud de la población así como en la economía.

2.1. FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES E INTERVENCIÓN SOBRE ELLOS

Puesto que los trastornos cardiovasculares son multifactoriales, es necesario hablar de los factores de riesgo que se han identificado. La intervención dirigida a la prevención de las patologías cardiovasculares trata de influir sobre los factores de riesgo modificables.

Factores inherentes	Factores tradicionales	Factores emocionales
Edad Sexo masculino Antecedentes familiares Diabetes mellitus	Nivel de colesterol Hipertensión Obesidad Tabaquismo Sedentarismo	Estrés psicosocial Patrón de conducta Tipo A Hostilidad Ansiedad Depresión Falta de apoyo social Etc.

a) Factores inherentes

Los factores de riesgo inherentes o fijos, que no son susceptibles de ser modificados o prevenidos, son la **edad** (a mayor edad, mayor riesgo, especialmente a partir de los 40 años), el **sexo masculino** (sobre todo antes de los 45 años), la **historia familiar** de trastornos cardiovasculares, la **diabetes** mellitus, etc.

b) Factores tradicionales

Los llamados factores fisiológicos, además de poseer un componente claramente físico o biológico, están influidos por componentes comportamentales. Junto con estos, habría otras condiciones con un peso más conductual que biológico, que también se incluyen dentro de los factores tradicionales.

El nivel de **colesterol** está establecido como factor causal de las enfermedades cardiovasculares. La **hipertensión** arterial (elevación crónica de la presión sanguínea sistólica, diastólica o de ambas), la **obesidad**, en especial la obesidad abdominal, el **tabaquismo** y también el consumo de tabaco de forma pasiva, y un **estilo de vida sedentario** son factores de riesgo modificables de las patologías cardiovasculares.

La presión arterial puede descender significativamente tras reducir el consumo de sal, colesterol y grasas. Y los cambios en el peso corporal se asocian a cambios en la presión sanguínea. Aunque los estudios no suelen incorporar programas conductuales, estos podrían ayudar a mejorar los resultados conseguidos. La práctica regular de ejercicio físico tiene efectos beneficiosos a nivel cardiovascular, por lo que puede ayudar a las personas hipertensas, y es aconsejable para prevenir el infarto de miocardio y para su rehabilitación. Sin embargo, es preciso escoger la modalidad de ejercicio más adecuada y adaptar el programa a las características de cada persona, ya que si no, puede ser peligroso o ineficaz. La elaboración y la práctica de intervenciones psicológicas dirigidas a modificar estas variables

(peso, dieta y ejercicio físico) están en una *fase experimental*.

c) Factores psicológicos y comportamentales

Un tercer grupo de factores de riesgo incluye variables que se influyen mutuamente y que además interactúan con los factores de riesgo tradicionales: por ejemplo, una persona puede fumar para tratar de manejar el estrés.

El **estrés psicosocial**, en la forma de eventos vitales (laborales, familiares, económicos, etc.), influye negativamente sobre la función cardiovascular, hasta el punto de haber sido el principal factor predictor de enfermedad coronaria en algunos estudios. Aunque algunos trabajos no han conseguido relacionar sucesos vitales y enfermedad coronaria, sí han sido buenos predictores de la angina de pecho (PIR 08, 50). Parecen ser más exactos los métodos de evaluación subjetivos pues tienen en cuenta cómo afecta un suceso concreto a una persona determinada. Además, podrían tener una especial relevancia las vivencias estresantes relacionadas con el área laboral.

El **patrón de conducta Tipo A** (PCTA), inicialmente denominado patrón de conducta pronocoronario, fue definido por los cardiólogos Friedman y Rosenman a raíz de los estudios que llevaron a cabo en 1959. Este patrón se caracteriza por las dimensiones de competitividad, sobrecarga laboral, elevado sentido de la urgencia o impaciencia y hostilidad, factor muy relevante en cuanto al riesgo coronario. Estas personas tienen un alto nivel de aspiraciones, tratando de rendir cada vez más en el menor tiempo posible, y reaccionan de forma agresiva cuando se les interrumpe mientras están trabajando. Se sitúan por tanto, en situaciones de claro estrés (PIR 01, 25). Aunque en general se acepta la relación entre este patrón y la enfermedad coronaria (PIR 03, 34), hay varios estudios prospectivos que señalan que las personas con una personalidad tipo A no tienen más riesgo de padecer estas patologías. La Entrevista Estructurada para el PCTA es el instrumento más válido para detectar el patrón, y el que ha mostrado asociaciones con los trastornos cardiovasculares, a diferencia del inventario JAS (Jenkins Activities Survey).

El patrón de conducta Tipo-A tiene algunas similitudes con la motivación de poder. Además, las primeras investigaciones sobre esta variable y la salud se centraron precisamente en los problemas cardiovasculares. Aunque ambas compartirían la competitividad y el afán por trabajar, la competitividad presente en la necesidad de poder es hacia los otros, mientras que en el patrón Tipo-A es con los otros y con uno mismo (necesidad de logro). Además, mientras que la persona alta en inhibición de la motivación de poder

controla la expresión de hostilidad, aquel con un patrón Tipo-A manifiesta una hostilidad instrumental.

La **ira** (estado) y especialmente la **hostilidad** (rasgo), actúan negativamente sobre la salud cardiovascular, posiblemente debido entre otros factores a la alta responsividad fisiológica de las personas hostiles ante los estresores. Se ha propuesto que la hostilidad afectaría a la salud a través de una **elevada reactividad cardiovascular**, que implica incrementos en la presión sanguínea y en la tasa cardíaca, y una elevada reactividad neuroendocrina, con el consiguiente aumento en la secreción de catecolaminas. Sin embargo, hay algunos datos inconsistentes que requieren más investigación. Además, las personas hostiles poseen menos apoyo social y más conductas de riesgo. Por otro lado, algunos datos sugieren que la hostilidad y la salud (la tendencia a padecer trastornos) pueden provenir de algún factor constitucional común, pero se necesita más investigación.

Parece que **la hostilidad está más relacionada con el inicio** de la cardiopatía coronaria, que con la evolución, si bien su papel es menos claro que el de otras variables psicológicas, probablemente debido a la necesidad de diferenciar sus distintos componentes (cognitivo, afectivo y conductual). El grupo de Spielberger, Krasner y Solomon (1988) implicó al síndrome ira-hostilidad-agresión (siglas en inglés: AHA) en riesgo cardiovascular. Se precisa más investigación para aclarar los resultados, especialmente en lo concerniente a la expresión de la ira.

Volviendo a la conducta tipo A, un metaanálisis de los estudios sobre las intervenciones psicológicas bien controladas dirigidas a éste factor (Nunes, Frank y Kornfeld, 1987), mostraba que éstas eran eficaces a la hora de reducir episodios coronarios durante los tres años posteriores al tratamiento, siendo una intervención eficaz la multifactorial que incluye:

- Educación sobre la patología coronaria y sus factores de riesgo.
- Estrategias de afrontamiento (relajación o reestructuración cognitiva).
- Técnicas conductuales como el ensayo en imaginación y el role-playing.

Puesto que la conducta tipo A puede ser un comportamiento defensivo frente a emociones negativas, conviene prestar atención a los posibles síntomas depresivos que pueden generarse en el curso de las intervenciones, a fin de tenerlos en cuenta en los tratamientos. De hecho, según diversos estudios, la **depresión** es un factor de riesgo en la enfermedad coronaria e infarto de miocardio. Además,

entre los pacientes cardíacos, los que están deprimidos tienen más riesgo de volver a sufrir sucesos coronarios, y los que están deprimidos tras un infarto, tienen una mortalidad significativamente mayor. La evidencia señala que **la depresión está implicada de forma mucho más consistente en la evolución** que en el inicio de la enfermedad arterial coronaria (PIR 08, 48). El llamado *agotamiento vital* (fatiga, irritabilidad y desmoralización) (Sandin, 200) podría ser uno de los factores relevantes en la relación depresión-infarto de miocardio.

Las investigaciones tratan de esclarecer los posibles mecanismos patofisiológicos implicados, como la disminución de la variabilidad de la tasa cardíaca, y el posible efecto mediador de otros factores como la menor adherencia al tratamiento.

Desde hace años la **ansiedad** parece ser otro factor asociado a un aumento de riesgo cardíaco y **existe evidencia consistente de que está relacionada con el inicio de las cardiopatías coronarias**. Sin embargo, algunos autores consideran que las personas con ansiedad generalizada podrían estar más motivadas para cuidar su salud y controlar los factores de riesgo (Herrmann, Brand-Drihorst, Buss y Rüger, 2000). Aunque la ansiedad está implicada en el inicio de la patología cardíaca, también puede agravar la enfermedad, por ejemplo en el caso del trastorno de pánico.

La ansiedad y la hostilidad se relacionan con los trastornos coronarios debido a la mayor frecuencia de episodios de alta activación fisiológica ante situaciones de estrés (Fernández-Abascal y otros, 2003). Intervenciones como el **entrenamiento en manejo de ansiedad** (tratamiento *bien establecido* para los factores conductuales y cognitivos) o la inoculación de estrés, eficaces a la hora de alterar estas variables, han de ser estudiadas a fin de comprobar si ayudan a reducir el riesgo cardiovascular. La **inoculación de estrés** se situaría en *fase experimental* en cuanto al cambio de factores fisiológicos.

Otra variable implicada en el desarrollo de las enfermedades coronarias es la reactividad cardiovascular, que parece ser una característica personal estable (Fernández-Abascal y otros, 2003).

Eysenck y Grossarth-Maticek propusieron el **tipo 2 de reacción al estrés**, con predisposición a la cardiopatía coronaria y a los infartos cerebrovasculares (PIR 07, 165). En estas personas predominaría la hiperexcitación, con ira, agresividad... Es necesaria más investigación para verificar la hipótesis del modelo.

La **falta de actividad social** es un riesgo para la mortalidad cardiovascular así como para todas las causas de muerte prematura. Por el contrario, el apoyo social parece proteger de la morbilidad y mortalidad de los trastornos cardiovasculares. Se ha sugerido que dicho apoyo puede actuar como un moderador del estrés y de la reactividad cardiovascular.

La falta de adherencia a los tratamientos puede ser también un comportamiento de riesgo. Para mejorarla se han diseñado intervenciones que proporcionan información o usan técnicas cognitivas y de modificación de conducta. Estas intervenciones mejoran la efectividad de los tratamientos (consideradas *probablemente eficaces*), pero por la diversidad de formatos no se han realizado estudios comparativos.

Una propuesta relativamente reciente y que precisa más investigación es la del **patrón de conducta Tipo-D** (Denollet y otros, 1996). Con este constructo se designaría a los pacientes coronarios con dificultades para expresar sus emociones negativas. Además, informan de síntomas de depresión y bajo apoyo social. Según los autores, la interacción de dos variables sería relevante en la **evolución** de los trastornos cardiovasculares:

- **Afectividad negativa:** tendencia a experimentar emociones negativas.
- **Inhibición social:** tendencia a inhibir la expresión de conductas y emociones en la interacción social.

2.2. TÉCNICAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

Algunas de las técnicas conductuales que se han utilizado en el tratamiento de problemas cardiovasculares, buscan proporcionar al paciente un control directo o indirecto sobre alguna función cardiovascular:

- Las técnicas de biofeedback han sido utilizadas en diversas modalidades para tratar de controlar la hipertensión, si bien los resultados obtenidos han sido dispares.
- La relajación también se ha utilizado para controlar, a través de una menor reactividad al estrés, la presión arterial. El entrenamiento autógeno está en fase experimental pues parece que puede ser útil en la rehabilitación post-infarto y en la prevención de la angina de pecho. Se ha descartado como tratamiento de elección para la hipertensión. La **meditación trascendental** ha demostrado en diversos estudios que puede reducir los niveles de presión sanguínea, estando en situación de tratamiento *probablemente eficaz*.

Otras técnicas usadas son las dirigidas al entrenamiento en habilidades de afrontamiento, entre las que se encuentran **intervenciones para el manejo del estrés**. Estas incluyen diversas técnicas como desensibilización, entrenamiento en asertividad y solución de problemas, reestructuración cognitiva, relajación en situaciones estresantes, etc. Este tipo de intervenciones han mostrado ser eficaces para la prevención y rehabilitación de trastornos coronarios, pero su diversidad y especificidad no han permitido establecer una eficacia diferencial y se sitúan como tratamientos *probablemente eficaces*.

Intervención psicológica en rehabilitación cardiaca

Sin olvidar la indudable importancia de los programas de prevención primaria, hay que incidir en la necesidad de programas de intervención destinados al creciente número de pacientes que, habiendo tenido un episodio de infarto de miocardio, deben iniciar un proceso de readaptación a la vida normal.

En el tratamiento de la enfermedad coronaria habría que considerar tanto la secuencia temporal de la aparición del episodio coronario (correcta identificación de los síntomas, mínima demora en acudir al hospital, etc. con el objetivo de facilitar una toma de decisiones rápida y efectiva), como las condiciones psicológicas en las que se encuentra el paciente una vez ingresado en la Unidad de Cuidados Coronarios.

Las consecuencias más inmediatas aparecen en la propia Unidad: el **impacto emocional** (la ocurrencia de un infarto de miocardio predispone a los pacientes a fuertes reacciones emocionales) y las **cogniciones disfuncionales** asociadas con respecto a la vida futura (pensamientos catastrofistas, negación del propio proceso de enfermedad, etc.). La ansiedad y depresión son más frecuentes en post-infartados que en la población general, encontrándose alteraciones emocionales entre el 15-85% de los pacientes en los dos primeros meses posteriores al infarto. Parece que aunque la presencia de los trastornos emocionales desciende cuanto más tiempo ha pasado desde el ataque cardiaco, tiende a mantenerse considerablemente incluso dos años después. En los primeros momentos de una intervención psicológica, resulta prioritaria la atención a las reacciones emocionales post-infarto (PIR 00, 251) (Bueno y Buceta, 1997).

Los factores que se han relacionado con la presencia de problemas emocionales post-infarto son el grado de preocupación subjetiva por su estado de salud, trastornos emocionales previos, patrón de conducta Tipo-A y la evaluación subjetiva del infarto sufrido. El programa de tratamien-

to en sí mismo, debe dar comienzo una vez terminado el tratamiento médico de la fase aguda y debe realizarse en coordinación con el equipo médico.

Como se comentaba anteriormente, las **reacciones emocionales** negativas tras un infarto parecen relacionarse con la evaluación subjetiva que hace el paciente independientemente de la gravedad real del trastorno. Y la frecuencia de los síntomas somáticos informados por el paciente está relacionada con el grado de deterioro emocional que sufre, sugiriéndose que la causa es un incremento de la atención hacia posibles síntomas relacionados con la dolencia cardiaca.

Respecto a las **actividades** realizadas tras haber sufrido un infarto, los datos indican un comportamiento pasivo y dependiente y un deterioro de la actividad social, de ocio y sexual. La reducción de actividades no justificada médicamente, se asocia con estados emocionales negativos al inicio de la convalecencia y con las expectativas tempranas del impacto de la enfermedad en su vida diaria.

En el **ámbito laboral** las expectativas negativas acerca de su salud futura y de sus posibilidades de reincorporación laboral y la ansiedad/depresión antes o después del infarto son variables que se han asociado con dificultades en la reincorporación. Las personas clasificadas como Tipo-A, también vuelven al trabajo antes que las valoradas como Tipo-B.

Respecto a las repercusiones del infarto en el **ambiente familiar**, en ocasiones se han señalado reacciones de preocupación y ansiedad que pueden ser prolongadas en las parejas de los pacientes, conflictos entre pacientes y familiares relacionadas a la adherencia a los tratamientos y conductas de sobreprotección hacia el paciente.

Por otra parte, conviene no perder de vista a los pacientes con un patrón de conducta en que **niegan la importancia** del episodio cardiaco y sus consecuencias mostrándose **demasiado optimistas** (variable de buen pronóstico a corto plazo, pero de riesgo a medio y largo plazo), presentando un nivel de actividad excesivo, buscando rápidamente un nivel de actividad similar al previo al infarto y reincorporándose precipitadamente al trabajo.

Hay programas de tratamiento estandarizados que se han aplicado fundamentalmente a personas que han sufrido un infarto de miocardio, y en menor medida a los que han padecido una cirugía coronaria, sufren angina de pecho o estenosis coronaria. Un ejemplo lo constituye el Recurrent Coronary Prevention Project (RCPP) (Friedman y otros, 1982, 1984). Constaba de un asesoramiento de tipo edu-

cativo sobre factores de riesgo y un módulo de modificación de conducta Tipo A, con relajación, detección de síntomas de estrés y modificación de cogniciones asociadas. Resultó eficaz para reducir la recurrencia de episodios coronarios a los cuatro años y medio.

En España, Bueno y Buceta (1997) han aplicado el llamado *Programa de Intervención Multidimensional Post-Infarto de miocardio* en el que buscan en primer lugar reducir el impacto emocional inicial y ajustar el nivel de actividad a través de información, modificación de ideas irracionales y planificación de actividades. En un segundo momento buscan reducir la probabilidad de riesgo coronario interviniendo sobre las conductas de riesgo (ej. tabaco) y sobre el estrés, mediante estrategias como la inoculación de estrés y reajustes en el modo de funcionamiento con programaciones racionales del tiempo, etc. Se precisa más investigación sobre este programa.

3. TRASTORNOS ASOCIADOS AL SISTEMA INMUNE

Autores como Ader han demostrado la relación entre los fenómenos conductuales y los mecanismos nerviosos, endocrinos e inmunológicos. Por ejemplo hoy se sabe que los procesos inmunológicos humorales y celulares pueden modificarse a través del condicionamiento clásico.

Diversas investigaciones indican que el estrés puede dar lugar a efectos inmunosupresivos (PIR 06, 68), hallándose ahí la posibilidad de encontrar una relación entre los trastornos vinculados al sistema inmune y el estrés.

Según los datos empíricos, eventos relacionados con pérdidas, desempleo, estrés académico, divorcio y separación, son capaces de inducir una reducción en la inmunocompetencia. En líneas generales, los datos, que no son concluyentes, apuntan que las situaciones de estrés agudo dan lugar a efectos inmunosupresivos, a incremento del cortisol y de respuestas depresivas, mientras que la exposición a estresores crónicos induce la proliferación de respuesta linfocitaria ante la estimulación con mitógenos, la reducción de cortisol e incrementos en el ACTH. Un estudio metaanalítico llevado a cabo por Herbert y Cohen (1993) concluyó que el estrés a corto o a largo plazo (estresores de breve duración o de más de un mes, respectivamente), interpersonal o no social, valorado tanto de forma objetiva como mediante autoinforme se relacionaba con un descenso de la proliferación de linfocitos ante la estimulación con mitógenos PHA y Con A y un descenso de la actividad de las células NK; es decir, con una reducción de la inmunocompetencia. Por otro lado, técnicas de

reducción del estrés, como la relajación y ejercicios aeróbicos podrían incrementar la función inmune.

Así mismo, tanto la depresión como el estado de ánimo depresivo están asociados a decrementos significativos en la capacidad de inmunocompetencia linfocitaria y de la actividad de las células natural killers (NK), capaces de destruir antígenos sin la ayuda del resto del sistema inmune (Herbert y Cohen, 1993).

3.1. CÁNCER

La influencia de los factores psicológicos sobre el cáncer se ha hipotetizado a través de dos tipos de procesos:

- Conductas como fumar, tomar el sol en exceso, etc., exponen a las personas a carcinógenos potenciales y otras, como no adherirse a un tratamiento, pueden disminuir su supervivencia.
- Una segunda vía, con efectos directos en los mecanismos fisiológicos, sería la del estrés psicosocial, el modo de afrontamiento y otras variables emocionales que influyen en el inicio y progresión del cáncer.

Para atender a la relación entre el sistema inmune y el cáncer, hay que nombrar la teoría de la *vigilancia inmunológica* (Keast, 1985), si bien posee problemas de constatación empírica. Establece que a través de determinados mecanismos inmunológicos que implican células como las NK, las células neoplásicas que se forman en el organismo regularmente, son eliminadas. Alteraciones en el sistema inmunitario como el descenso inmunológico de las células NK, podría incrementar el riesgo de desarrollar células cancerosas.

Los resultados de las investigaciones muestran cómo situaciones vitales estresantes preceden a la enfermedad del cáncer. Concretamente, suelen relacionarse las relativas a **pérdidas emocionales** (muertes, desempleo): situaciones independientes del comportamiento de la persona que favorecen la indefensión y las formas pasivas de afrontamiento. El papel del estrés en la evolución de la enfermedad no ha sido muy estudiado, aunque hay datos que apuntan hacia recidivas ante la presencia de determinadas situaciones adversas. Los resultados disponibles sobre depresión y aparición de cáncer son contradictorios. Se ha propuesto que la clave sea tal vez, la desesperanza como respuesta a sucesos estresantes.

Respecto a las características personales relacionadas con el cáncer, se ha hablado del patrón de conducta **Tipo C**, contrapuesto al Tipo A y distinto al B (tipo saludable). El

aspecto central de la personalidad tipo C es **la inhibición, represión o supresión de las emociones negativas**, en especial, la inhibición de las expresiones de **ira**, y la ausencia de conductas asociadas a dichas emociones como los comportamientos hostiles, dominantes, etc. También se ha asociado con dificultades para afrontar activamente sucesos estresantes, lo que va asociado a reacciones de **indefensión, desesperanza y depresión**. Estas tres variables junto con la **aceptación estoica** o dificultad para expresar emociones, también han sido estudiadas como posibles variables implicadas en la **evolución** del cáncer (PIR 08, 49).

Otros autores han dado relevancia para un curso positivo de la enfermedad al espíritu de lucha, la expresión de la cólera y al apoyo social, que puede influir a través de la adherencia al tratamiento y de los factores psicobiológicos (Levy y Heiden, 1990; Pettingale, Creer, Morris y Haybittle, 1985). Con respecto al desarrollo del cáncer a veces se han propuesto como protectores el neuroticismo y psicoticismo elevados y la baja extroversión.

Eysenck y Grossarth-Maticek (1990) propusieron dos tipos de reacción al estrés relacionados con el cáncer (con predisposición): El **Tipo 1, tipo de predisposición al cáncer**, establece dependencia conformista hacia una persona pero al mismo tiempo tienen dificultades para intimar. Ante situaciones de estrés reacciona con desesperanza, reprime las reacciones emocionales e idealiza. El Tipo 1 asociado al estrés constituiría una combinación clave para el padecimiento/muerte de cáncer (PIR 07, 166). En el **tipo 5, o racional-antiemocional**, hay un predominio de lo racional sobre lo emocional, y tiende a suprimir las manifestaciones afectivas.

En la siguiente tabla se esquematiza la implicación de algunos factores psicosociales en el inicio y curso de la enfermedad.

DESARROLLO	CURSO Y RECURRENCIA
Tipo 1, de predisposición al cáncer	Apoyo social
Tipo 5, racional o antiemocional	Desesperanza, indefensión y aceptación estoica
Estrés psicosocial	
Supresión de la ira	

(A partir de Belloch, 2008)

I) INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Holland (1989) definió la *Psicooncología* como el campo de estudio e intervención en los trastornos psicosociales asociados al diagnóstico y tratamiento del cáncer en el paciente, sus familiares y en el servicio sanitario, así como sobre los factores comportamentales que afectan al riesgo de desarrollo de la enfermedad y supervivencia a la misma. Actualmente la psicooncología trata de acercarse lo más posible al estudio y mejora de la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Se han propuesto tres formas de prevenir la enfermedad:

a) Prevención primaria. Busca evitar los factores de riesgo del cáncer. En este sentido Bayés (1985) propone intervenir en el tabaquismo, dieta inadecuada, alcohol (tiene un efecto sinérgico con el tabaco), y el entrenamiento en afrontamiento adecuado del estrés. Otras variables sobre las que intervenir incluyen la exposición a la luz ultravioleta y el sedentarismo. Por otra parte, en las mujeres, un número elevado de compañeros sexuales y tener la primera relación sexual siendo muy joven, se relaciona con un mayor riesgo de padecer determinados tipos de cáncer (cervical, vaginal y de ovarios). Sin embargo, el embarazo a una edad temprana parece proteger contra el cáncer de mama, ovarios y endometrio.

b) Prevención secundaria. Busca la detección precoz del cáncer, de gran relevancia en los tipos de cáncer con buenas perspectivas de tratamiento. Cobra especial importancia conseguir la participación de las personas en las pruebas de screening (mamografías en cáncer de mama –única con eficacia demostrada–, etc.).

c) Prevención terciaria. Busca la aplicación de un tratamiento una vez efectuado el diagnóstico de cáncer. Bayés (1985) señalaba como objetivos de una intervención psicológica a este nivel conseguir la adherencia al tratamiento médico, entrenamiento en técnicas de afrontamiento de la enfermedad, estrategias para el control de síntomas, entrenamiento al personal sanitario para mejorar la interacción con los enfermos, y colaboración en la resolución de problemas y en la preparación para la muerte en los pacientes terminales.

Las terapias psicológicas en el cáncer han mostrado su eficacia y sería recomendable su aplicación sistemática en estos enfermos. Se puede esquematizar los tipos de tratamiento en función de la fase de la enfermedad en la que resultan más indicados. (Ver tabla, realizada a partir de Font, 2003).

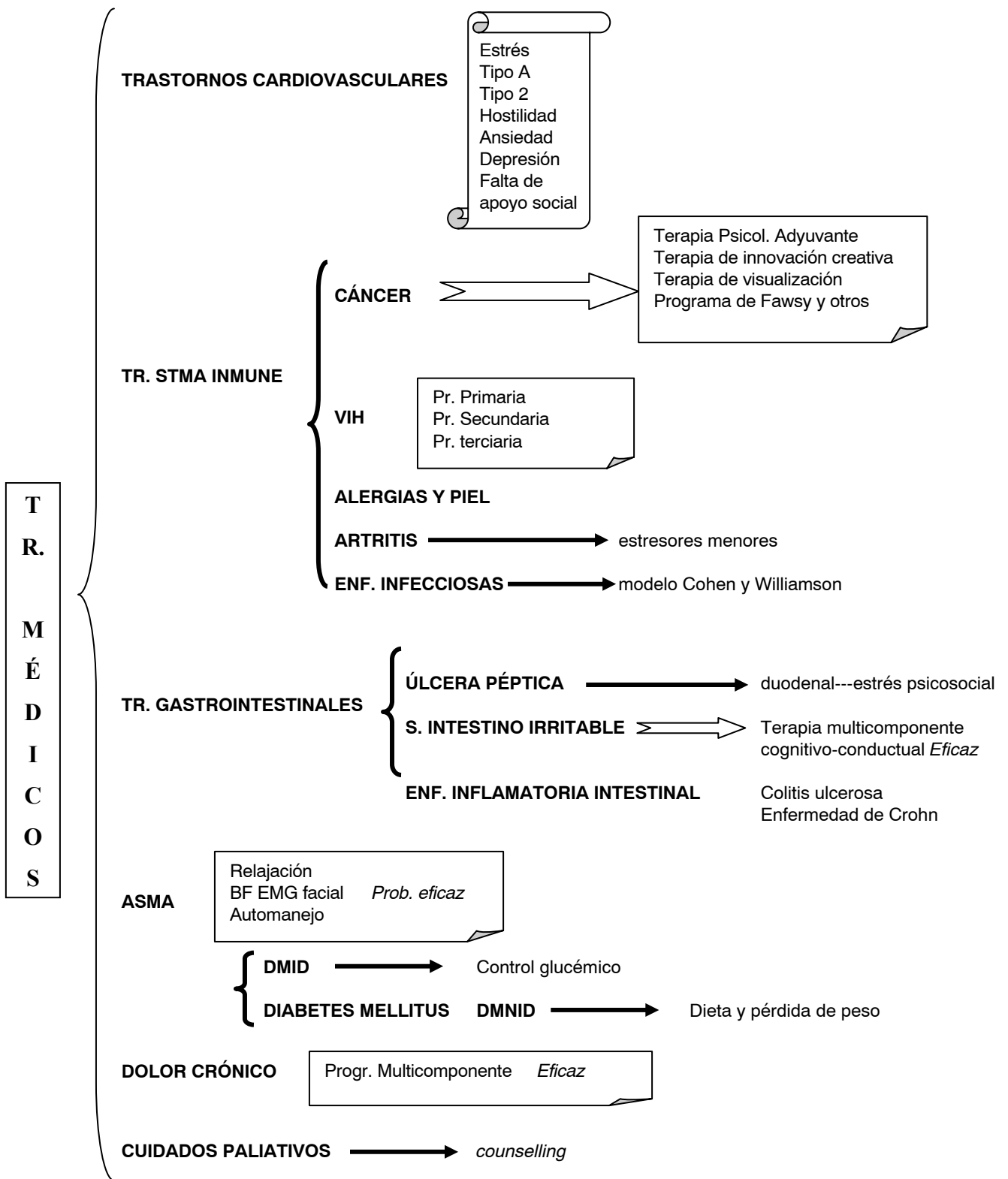
FASE DE ENFERMEDAD	TIPO DE TRATAMIENTO	CARACTERÍSTICAS Y EFECTOS
Diagnóstico	Informativa (de la enfermedad o de aspectos psicosociales) o tipo <i>counselling</i>	Busca mejorar la información y la participación de los pacientes en la toma de decisiones. <i>Probablemente eficaz</i> . Tiene efectos positivos en el terreno afectivo, pero se precisan más estudios referentes al área cognitiva (cómo construye cognitivamente el paciente la enfermedad, procesamiento selectivo de la información, etc.).
Tratamiento inicial, complementario y recidiva	Terapia conductual	Busca el control de síntomas y efectos negativos del cáncer y su tratamiento, mejora del afrontamiento y funcionamiento global. Uso de técnicas como la relajación muscular progresiva, visualización, desensibilización sistemática (DS) (eficaces en tratamiento de síntomas) , hipnosis, imaginación guiada, meditación, solución de problemas, etc. Las intervenciones son eficaces en lograr sus objetivos , además de mejorar el estado físico general y el estado afectivo ligado a situaciones específicas.
Tras el tratamiento médico. Recidiva, enfermedad avanzada	Psicoterapia	Busca mejorar el estado emocional, proporcionar apoyo y empatía y la discusión de aspectos personales. Produce mejoras en el campo emocional (eficaz) , promueve un afrontamiento adaptativo. Pueden mejorar la salud física. Parecen ser más efectivas las psicoterapias centradas en los problemas que en las emociones. En la fase de remisión, la psicoterapia puede ofrecer al paciente que lo precise un espacio en el que poder reflexionar sobre un posible cambio en sus valores vitales o sobre preocupaciones de tipo existencial.
Intervalo libre de enfermedad tras el tratamiento (un año después del alta), enfermedad avanzada	Terapia de grupo (cognitivo-conductuales)	Busca facilitar la comunicación, aprendizaje vicario y proporcionar apoyo social. Son eficaces a la hora de mejorar el estado emocional de los pacientes y su calidad de vida. Si lo buscan, pueden mejorar el afrontamiento de la enfermedad (<i>probablemente eficaz</i>). Probablemente eficaz proporcionando información. Además de las terapias dirigidas por profesionales existen grupos de ayuda mutua coordinados por personas afectadas (al menos dos años después de acabar los tratamientos).

Uno de los efectos secundarios asociados al tratamiento quimioterapéutico es el de las náuseas y vómitos. No es poco frecuente que los pacientes experimenten también esos síntomas de modo anticipatorio por un condicionamiento clásico (*náuseas y vómitos anticipatorios o condicionados*). Un gran número de pacientes experimentan además reacciones emocionales negativas durante la quimioterapia y especialmente en el periodo previo, pudiendo sufrir el llamado *síndrome de disforia anticipatorio* asociado a la quimioterapia, que consiste en sentimientos de malestar, síntomas ansiosos y/o depresivos e irritabilidad que aparecen los días previos al tratamiento y desaparecen tras la administración del fármaco (Pellicer y cols., 1993) (PIR 07, 216). Otra respuesta común en los pacientes sometidos a quimioterapia es la aversión a alimentos o sabores que han llegado a asociar con el tratamiento (alimentos ingeridos hasta varias horas antes de la quimio-

terapia). Por ello es importante que los pacientes lleven dietas variadas para evitar la formación de asociaciones (Die Trill, 2003).

Con referencia a las náuseas y vómitos condicionados, cuyo desarrollo es gradual, se han investigado las circunstancias que hacen más probable dicho condicionamiento. Destacan la severidad de las náuseas postratamiento, la ansiedad, sensaciones de sabor intenso y la duración y número de inyecciones. Como ya se señaló anteriormente una de las técnicas que se utilizan para el control de estos síntomas es la relajación muscular, que precisa ser entrenada previamente a las sesiones de quimioterapia para poderse aplicar correctamente. Lo mismo ocurre con la hipnosis, por la que el paciente trata de relajarse y producir visualización de escenas placenteras durante las sesiones de quimioterapia. De la desensibilización sistemática, otra

ESQUEMA DE CONTENIDOS



No incluimos de la página 65 a la página 72.

PREGUNTAS PIR

TEMA 2

Apartado del tema	(Año) N° pregunta
<i>Enfermedades infecciosas</i>	(07) 162
<i>Factores de riesgo de los trastornos cardiovasculares</i>	(93) 225 (99) 96, 202 (01) 25 (03) 34 (07) 165 (08) 48
<i>Intervención psicológica en rehabilitación cardíaca</i>	(00) 251
<i>Trastornos asociados al sistema inmune</i>	(08) 50
<i>Cáncer</i>	(06) 68 (07) 166, 216 (08) 49
<i>Intervención psicológica en el cáncer</i>	(07) 248
<i>Programas de tratamiento para el cáncer</i>	(00) 184 (06) 243 (08) 128
<i>Infección por VIH y SIDA</i>	(00) 28 (07) 217
<i>Síndrome del intestino irritable</i>	(07) 220
<i>Intervención psicológica en diabetes tipo I</i>	(07) 222
<i>Dolor crónico. Tratamiento psicológico</i>	(07) 245
<i>Dismenorrea primaria</i>	(07) 224
<i>Fibromialgia</i>	(07) 246
<i>Asma</i>	(07) 225

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

AMIGO, I.; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, C. y PÉREZ ÁLVAREZ, M. (2003). **Manual de Psicología de la Salud**. Madrid: Pirámide.

Este libro da una perspectiva general de la Psicología de la Salud y proporciona información sobre aspectos de la salud, como el ejercicio físico, y sobre diversos trastornos (dolor crónico, cefaleas...). Muy accesible.

BELLOCH, A.; SANDÍN, B. y RAMOS, F. (2008). **Manual de Psicopatología. Vol. II**. Madrid: Mc Graw Hill.

El capítulo de Trastornos Psicósomáticos de este manual, forma parte de la bibliografía básica de esta área. Describe las variables psicológicas implicadas en distintos trastornos psicósomáticos. A pesar de estarnos refiriendo tan solo a un capítulo de un manual, gran parte de la información que contiene ha sido claramente materia para confeccionar preguntas PIR.

BERMÚDEZ, J.; PÉREZ-GARCÍA, A.M. y SANJUÁN, P. (2003). **Psicología de la Personalidad: Teoría e Investigación**. Volumen I y II. Madrid: UNED.

A pesar de ser textos de personalidad, la información que contienen los capítulos 21 y 22 del volumen II, así como el 11 del volumen I, se han considerado muy relevantes para incluirlos en esta área.

GIL ROALES-NIETO, J. (2004). **Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones**. Madrid: Pirámide.

Este volumen trata de forma muy completa los aspectos conceptuales de la Psicología de la Salud y sus distintos ámbitos de aplicación. Proporciona amplia información sobre los diversos temas que conciernen al área de estudio.

PEREZ ÁLVAREZ, M.; FERNÁNDEZ HERMIDA, J.R.; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, C. y AMIGO, I. (2003). **Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud**. Madrid: Pirámide.

Las preguntas de los últimos años acerca de la eficacia de los tratamientos parecen haberse generado literalmente a partir de este libro. Por ello, es una referencia bibliográfica básica para esta área, especialmente para el segundo capítulo. Algunos capítulos de este volumen requieren una lectura muy atenta puesto que detallan minuciosamente los estudios realizados para cada trastorno. Sin embargo,

también incluye tablas que resultan aclaratorias y esquematizan la información importante.

VÁZQUEZ, C. y HERVÁS, G. (Eds.) (2009). **La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva**. Madrid: Alianza Editorial.

Este libro de fácil y amena lectura aporta una visión general sobre la Psicología Positiva, y profundiza en diversos temas relevantes.

En las referencias bibliográficas de los tres capítulos que componen esta área se señalan otras obras que han sido utilizadas en la confección de estos apuntes. El hecho de que no se incluyan algunas de ellas en esta bibliografía comentada, no significa que no se recomiende su lectura, sino que o bien versan sobre aspectos muy específicos, o su contenido es de algún modo similar al de los textos que se han comentado previamente.

TEMA 2**CONVOCATORIA 1993**

225/--PS/93. Una de las características del denominado patrón A, personalidad tipo A es:

- 1) La ansiedad.
- 2) El dogmatismo.
- 3) La hostilidad.
- 4) La afiliación.
- 5) La catexia.

CONVOCATORIA 1994

No hay historial de preguntas.

CONVOCATORIA 1995

No hay historial de preguntas.

CONVOCATORIA 1996

No hay historial de preguntas.

CONVOCATORIA 1997

No hay historial de preguntas.

CONVOCATORIA 1998

No hay historial de preguntas.

CONVOCATORIA 1999

096/--PS/99. Señale las dimensiones del patrón de conducta Tipo-A:

- 1) Asertividad, extraversión, hostilidad.
- 2) Psicoticismo, extraversión, competitividad.
- 3) Impulsividad, anhedonia, hostilidad.
- 4) Competitividad, impaciencia, hostilidad.
- 5) Anhedonia, neuroticismo, agresividad.

202/--PS/99. La ira y la hostilidad se han relacionado principalmente con:

- 1) El dolor crónico.
- 2) El asma bronquial.
- 3) Las disfunciones sexuales.
- 4) Los trastornos cardiovasculares.
- 5) Los trastornos dermatológicos.

CONVOCATORIA 2000

028/--PS/2000. Un programa de intervención que revisa las estrategias de afrontamiento de una persona infectada por el VIH puede entenderse como un programa de:

- 1) Prevención primaria.
- 2) Prevención secundaria.
- 3) Prevención terciaria.
- 4) Intervención en crisis.
- 5) El ejemplo no se corresponde con un programa de intervención.

184/--PS/2000. La denominada "Terapia Psicológica Adyuvante" es uno de los programas de tratamiento psicológico más empleados con pacientes diagnosticados de cáncer. Una característica de este programa consiste en que:

- 1) Al tratarse de un tratamiento creativo, carece de una estructura fija.
- 2) Es una terapia a largo plazo (más de 20 sesiones).
- 3) Se enseñan estrategias de afrontamiento.
- 4) No incluye tareas para casa, pero sí para otros ámbitos de la vida cotidiana.
- 5) Se focaliza en la emoción más que en el problema.

251/--PS/2000. Tras un infarto de miocardio, un primer paso del tratamiento psicológico debe dirigirse prioritariamente a:

- 1) Potenciar la adherencia al ejercicio físico prescrito por el médico.
- 2) Modificar el hábito de fumar (si el paciente es fumador).
- 3) Reducir los hábitos alimentarios insanos.
- 4) Controlar las reacciones emocionales postinfarto.
- 5) Mantener los hábitos saludables existentes en el paciente.

CONVOCATORIA 2001

025/--PS/2001. Los sujetos con Patrón Tipo A se caracterizan por:

- 1) Alta satisfacción laboral.
- 2) Describe un rasgo estático de personalidad.
- 3) Baja sensibilidad al estrés.
- 4) Ser poco perfeccionistas en su trabajo.
- 5) Manifestar una propensión a sufrir estrés en el trabajo.

CONVOCATORIA 2002

No hay historial de preguntas.

CONVOCATORIA 2003

034/--PS/2003. ¿Con qué alteración de la salud se ha asociado tradicionalmente el patrón de conducta Tipo A de personalidad, caracterizado por una excesiva orientación al logro, alta competitividad, obsesión por el tiempo y tendencia a enfadarse con facilidad?:

- 1) Cáncer.
- 2) Hepatitis.
- 3) Trastornos cardiovasculares.
- 4) Neumonía.
- 5) Asma.

CONVOCATORIA 2004

No hay historial de preguntas.

CONVOCATORIA 2005

No hay historial de preguntas.

CONVOCATORIA 2006

068/-PS/2006. Numerosos trabajos en la literatura científica indican que las situaciones estresantes:

- 1) Producen inmunosupresión.
- 2) Inician claramente la aparición del cáncer.
- 3) Aumentan el número de células asesinas naturales.
- 4) Producen una regulación a la baja de los niveles de noradrenalina circulante.
- 5) No afectan a las arritmias cardíacas.

243/-PS/2006. ¿Hacia qué fin va dirigida la terapia de Innovación Creativa de Grossarth-Maticek en pacientes oncológicos?:

- 1) La mejora del estado físico del paciente
- 2) La promoción de la adhesión al tratamiento radioterápico.
- 3) El tratamiento del dolor asociado a determinados cánceres.
- 4) El tratamiento de las náuseas anticipatorias.
- 5) La comunicación del paciente con su pareja.

CONVOCATORIA 2007

162/--PS/2007. Como han señalado diversos autores (p. ej., Cohen y Williamson, 1991), aunque son diversos los tipos de factores que parecen mediar en la relación entre el estrés y la enfermedad infecciosa (i.e., sistema nervioso, sistema endocrino, afrontamiento social, conductas relacionadas con la salud, adherencia), cabría afirmar que:

- 1) Los factores que inducen cambios en el sistema inmune se asocian tanto al inicio como al curso (gravedad) de la enfermedad.
- 2) Los factores relacionados con la exposición a agentes patógenos se asocian predominantemente al curso (gravedad) de la enfermedad.
- 3) La adherencia es un factor implicado en el inicio de la enfermedad.
- 4) Una mayor utilización de estrategias de afrontamiento social reduce la exposición a agentes patógenos.
- 5) Cualquiera de estos cinco tipos de factores se asocia predominantemente al inicio de la enfermedad (no tanto al curso).

165/--PS/2007. Indique cuál de los siguientes tipos de personalidad (o patrones de conducta) ha sido propuesto como variable específica de predisposición a sufrir trastornos cardiovasculares:

- 1) Tipo 5 de reacción al estrés.
- 2) Conducta tipo C.
- 3) Alexitimia.
- 4) Neuroticismo.
- 5) Tipo 2 de reacción al estrés.

166/--PS/2007. Son diversos los factores que, a niveles elevados, se han asociado con el inicio y/o recurrencia (o mal pronóstico) del cáncer. Indique entre los que se refieren a continuación cuál de ellos NO ha sido sugerido en este sentido:

- 1) Tipo 1 de reacción al estrés.
- 2) Estrés psicosocial.
- 3) Sentimientos de desesperanza.
- 4) Hostilidad.
- 5) Depresión.

216/--PS/2007. ¿Ante qué tipo de tratamiento suelen experimentar los pacientes con cáncer el denominado Síndrome de Disforia Anticipatoria?:

- 1) Quimioterapia.
- 2) Radioterapia.
- 3) Cirugía.
- 4) En los tratamientos de tipo paliativo.
- 5) No existe tal síndrome.

217/--PS/2007. Un paciente nos dice que ha estado muy angustiado porque ha realizado en los últimos días una práctica de riesgo para la infección por VIH pero se ha realizado las pruebas de detección de anticuerpos y le han

dicho que no tiene anticuerpos frente al VIH. ¿Qué le debemos indicar al paciente?:

- 1) Debemos felicitarle porque eso demuestra que no está infectado por el VIH.
- 2) Debemos felicitarle porque eso indica que posiblemente sea inmune frente al VIH y por tanto está naturalmente protegido frente al virus.
- 3) Debemos hacerle ver que todavía se encuentra en el denominado "período ventana" de modo que es conveniente que se vuelva a hacer las pruebas transcurridos al menos tres meses desde que realizó la práctica.
- 4) Tendríamos que señalarle que desgraciadamente todo aquel que ha realizado una práctica de riesgo está infectado, aunque no siempre aparezca en las primeras analíticas.
- 5) Deberíamos aconsejarle volverse a hacer las pruebas una semana después.

220/--PS/2007. De entre las siguientes técnicas de intervención, ¿cuál ha obtenido menor apoyo empírico para el tratamiento del síndrome del intestino irritable?:

- 1) Biofeedback.
- 2) Hipnosis.
- 3) Entrenamiento en manejo del estrés.
- 4) Técnicas de control de la ansiedad.
- 5) Manejo de contingencias.

222/--PS/2007. ¿Cuál de los siguientes aspectos constituye el principal foco de atención psicológica en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo I o insulino-dependiente?:

- 1) La pérdida de peso.
- 2) El cumplimiento de la dieta.
- 3) El autocontrol glucémico.
- 4) Las relaciones sociales del paciente.
- 5) La promoción del ejercicio físico.

224/--PS/2007. ¿Qué tipo de intervención psicológica se considera como "tratamiento bien establecido" para la dismenorrea primaria?:

- 1) La desensibilización sistemática.
- 2) La reestructuración cognitiva.
- 3) El entrenamiento en relajación muscular.
- 4) Los programas multicomponentes.
- 5) El biofeedback.

225/-PS/2007. ¿Para qué tipo de pacientes con asma bronquial está especialmente indicada la desensibilización sistemática?:

- 1) Para aquellos pacientes que junto con el problema del asma padecen algún tipo de fobia específica.
- 2) Para pacientes asmáticos que presentan un patrón continuado de hiperventilación.
- 3) Para aquellos pacientes en los que el asma se puede considerar una respuesta de ansiedad condicionada.
- 4) Para los pacientes que tienen una especial facilidad para imaginar episodios asmáticos.
- 5) Para todo tipo de pacientes.

245/--PS/2007. ¿Cuál de las siguientes estrategias es menos frecuente en los programas de intervención en pacientes con dolor crónico?:

- 1) Técnicas operantes para las manifestaciones del dolor.
- 2) Ajuste de la actividad.
- 3) Técnicas de relajación.
- 4) Técnicas de Solución de problemas.
- 5) Control de las emociones negativas asociadas al dolor.

246/--PS/2007. ¿Cuál es la técnica más utilizada en los programas unimodales de intervención psicológica para la fibromialgia?:

- 1) El entrenamiento en solución de problemas.
- 2) El entrenamiento en relajación.
- 3) Detención del pensamiento.
- 4) Reforzamiento encubierto.
- 5) Saciación de estímulo.

248/--PS/2007. En los distintos estudios sobre la eficacia de los programas de intervención psicológica en pacientes oncológicos, se ha demostrado que:

- 1) Debe iniciarse la terapia de grupo desde el mismo momento del diagnóstico.
- 2) Los hombres parecen tener una mayor respuesta al tratamiento que las mujeres.
- 3) El estilo de afrontamiento no es relevante para la mejoría subjetiva del paciente.
- 4) Un factor mediador importante de la mejoría es la sensación subjetiva de control.
- 5) Las pacientes que más se benefician de los tratamientos son las que padecen cáncer de mama.

CONVOCATORIA 2008

48/-PS/2008. Uno de los principales indicadores psicológicos del un mal pronóstico de la enfermedad arterial coronaria es:

- 1) La depresión.
- 2) El patrón de conducta tipo A.
- 3) La hostilidad.
- 4) La alexitimia.
- 5) El estilo represor.

49/-PS/2008. Un importante indicador psicológico de mal pronóstico del cáncer es:

- 1) El neuroticismo.
- 2) El tipo 2 de reacción al estrés.
- 3) La indefensión/desesperanza.
- 4) El psicoticismo.
- 5) La hostilidad.

50/-PS/2008. La investigación sobre la implicación del estrés psicosocial en el inicio de la enfermedad coronaria sugiere que:

- 1) La relación del estrés psicosocial es más consistente con la ocurrencia de la angina de pecho que de infarto de miocardio.
- 2) El efecto del estrés psicosocial sobre el infarto de miocardio se produce esencialmente de forma indirecta a través de un incremento de las conductas no saludables.
- 3) No existen datos que vinculen el infarto de miocardio con la ocurrencia previa de sucesos vitales estresantes.
- 4) El estrés psicosocial incrementa el riesgo de sufrir infarto de miocardio esencialmente en las personas con patrón de conducta tipo A elevado.
- 5) No existe una relación consistente entre estrés psicosocial y conductas no saludables.

128/-PS/2008. ¿Hacia qué fin va dirigida la terapia de Visualización de Simonton en pacientes oncológicos?:

- 1) El tratamiento de las náuseas anticipatorias.
- 2) La mejora del estado físico del paciente oncológico.
- 3) La promoción de la adhesión al tratamiento radioterápico.
- 4) El tratamiento del dolor asociado a determinados cánceres.
- 5) La aceptación del diagnóstico en una fase temprana.