

04

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Pau Sánchez Rotger

FEA Psicología Clínica.

Centro de Salud Mental de Fuencarral, Madrid.

Lidia Carrillo Notario

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.

FEA Psicología Clínica Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

M^a Noelia Fernández Pablos

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.

FEA Psicología Clínica Complejo Hospitalario de Toledo. SESCAM.

Sara Mercedes Clariana Martín

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.

FEA Psicología Clínica Servicio de Salud Mental de Parla. Comunidad de Madrid.

Patricia de los Ríos Alfonso

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.

FEA Psicología Clínica Hospital Universitario de Guadalajara. SESCAM.

MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

ISBN obra completa: 978-84-10149-36-6

ISBN: 978-84-10149-37-3

Depósito Legal: M-2157-2026

EDICIÓN: Febrero 2026

Diseño de la cubierta: Rosa Ruiz Girón

Impresión: FRAGMA S.L.

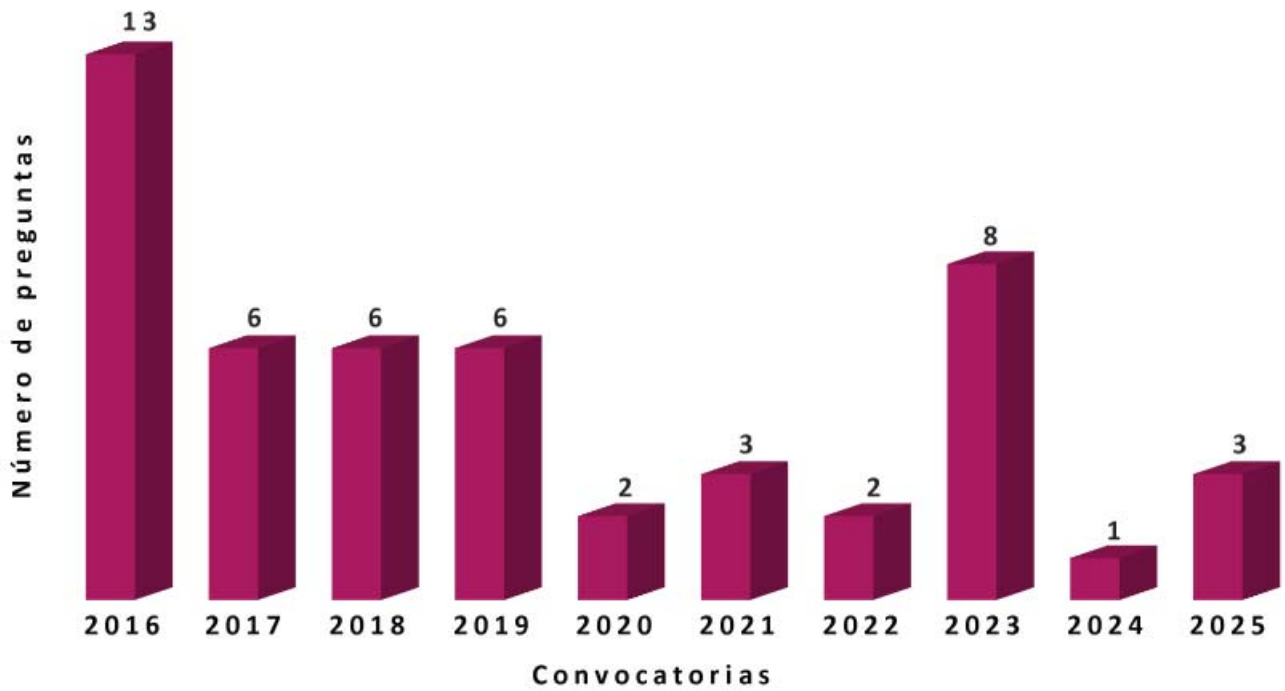
© CEDE

Todos los materiales de estudio elaborados, editados y publicados por CeDe son de uso exclusivo para sus alumnos.

Reservado todos los derechos. No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopias, por registro u otros métodos, sin el permiso por escrito de CeDe.

Dirigirse a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PREGUNTAS POR CONVOCATORIA Y TEMA



Temas	Convocatorias	Años										Total
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
04.01. SALUD Y PSICOLOGÍA		1	0	1	2	0	0	1	1	1	1	8
04.02. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD		3	1	3	1	0	2	0	3	0	0	13
04.03. EL ESTRÉS		2	1	1	0	0	0	0	1	0	1	6
04.04. PSICOLOGÍA EN TRASTORNOS DE SALUD		7	4	1	3	2	1	1	3	0	1	23
04.05. PSICOLOGÍA POSITIVA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total de preguntas por convocatoria		13	6	6	6	2	3	2	8	1	3	

ÍNDICE GENERAL

04 01. SALUD Y PSICOLOGÍA

1. INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	10
1.1. Aproximación histórica al concepto de salud	10
1.2. Modelo biomédico y psicosocial.....	11
1.3. Surgimiento de la psicología de la salud.....	11
1.4. Delimitación de la psicología de la salud	13
I) Medicina Psicosomática.....	13
II) Psicología Médica.....	14
III) Medicina Conductual.....	14
IV) Psicología clínica.....	15
2. CONCEPTOS RELEVANTES EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	15
2.1. Conducta de salud y aproximaciones teóricas.....	15
I) Modelo de Creencias acerca de la Salud	16
II) Teoría de la Utilidad Subjetiva Esperada.....	17
III) Teoría de la Acción Razonada.....	17
IV) Teoría de la Motivación a la Protección.....	18
V) Teoría de la Autorregulación	19
VI) Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones	19
VII) Modelo Transteórico.....	20
VIII) El cambio de actitud como estrategia de prevención	21
IX) Ámbitos de aplicación de los programas de prevención y promoción de salud.....	21
2.2. Conducta de enfermedad y rol de enfermo.....	22
2.3. Indicadores de salud y enfermedad	22
3. PERSONALIDAD Y SALUD	24
3.1. Los Cinco Grandes y la salud y enfermedad	24
3.2. Otras variables de personalidad.....	24
3.3. Motivos sociales.....	25
3.4. Tipos de reacción al estrés	26
3.5. Tipos de personalidad en psicopatología	27

04 02. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

1 ALIMENTACIÓN, EJERCICIO FÍSICO Y SALUD	35
1.1. Alimentación y Salud.....	35
I) Obesidad y Salud.....	36
II) Teorías Explicativas de la Regulación del Peso y la Obesidad	37
III) Las Dietas	39
IV) Intervención	40
V) Programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria	42
1.2. Ejercicio físico	42
I) Efectos del ejercicio físico en la salud	43
II) Determinantes del ejercicio físico y estrategias de intervención.....	45
2. TABACO Y SALUD.....	46
2.1. Adquisición y consolidación del consumo de tabaco	46
2.2. Influencia del tabaco en la salud.....	46
2.3. Consecuencias del abandono del tabaco	47

2.4. Prevención de la conducta de fumar y programas de tratamiento	48
I) Enfoques psicológicos	49
II) Intervenciones en contextos médicos	51
III) Intervenciones en contextos comunitarios a través de los medios de comunicación	51
3. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL	52
4. ESTANCIA EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO E INTERVENCIONES MÉDICAS	54
4.1. Aspectos psicológicos de los ingresos hospitalarios.....	54
4.2. Intervención psicológica para la preparación a procedimientos médicos y cirugías	55
4.3. Intervención psicológica preparatoria en niños	57
5. ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS	58
5.1. Predictores de la adherencia terapéutica.....	59
5.2. Estrategias para mejorar la adhesión.....	60
6. EL SUEÑO	61
7. SEXUALIDAD Y SALUD.....	62

04 03. EL ESTRÉS

1. INTRODUCCIÓN.....	68
2. MODELOS TEÓRICOS SOBRE EL ESTRÉS	69
2.1. Teorías basadas en la respuesta	69
2.2. Teorías basadas en el estímulo	71
2.3. Teorías basadas en la interacción.....	72
3. EL MODELO PROCESUAL DEL ESTRÉS.....	73
3.1. Los sucesos estresantes.....	74
3.2. Factores cognitivos	78
3.3. Respuesta de estrés	78
3.4. Afrontamiento del estrés.....	80
4. VARIABLES PERSONALES DE PREDISPOSICIÓN.....	84
5. CARACTERÍSTICAS SOCIALES	86
6. RUTAS PSICOFISIOLÓGICAS	88
6.1. Sistema nervioso autónomo	89
6.2. Sistema hipotálamo-hipófiso-suprarrenal	89
7. RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD	90
7.1. Estrés y sistema cardiovascular	90
7.2. Estrés y sistema gastrointestinal	91
7.3. Estrés y sistema endocrino	91
7.4. Estrés y sistema inmunitario.....	91
7.5. Estrés y sexualidad	92
7.5.1. En el varón.....	92
7.5.2. En la mujer	93
7.6. Estrés y estados emocionales.....	94
7.7. Estrés y conducta de enfermedad.....	94
7.8. Estrés y estado de salud	94
8. EVALUACIÓN DEL ESTRÉS	95
8.1. Evaluación estática	95
8.2. Evaluación dinámica	97
9. TRATAMIENTO DEL ESTRÉS.....	98
9.1. Sucesos estresantes	98
9.2. Percepción y/o procesamiento cognitivo inadecuados.....	98
9.3. Respuestas fisiológicas inadecuadas.....	99

9.4. Respuestas de afrontamiento inadecuadas	100
9.5. Técnicas para el control de la activación.....	101
10. EL ESTRÉS SALUDABLE	102

04 04. PSICOLOGÍA EN TRASTORNOS DE SALUD

1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA Y TEORÍAS PSICOSOMÁTICAS	108
2. TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS EN LA INFANCIA	109
3. TRASTORNOS CARDIOVASCULARES	111
3.1. Factores de riesgo de los trastornos cardiovasculares e intervención sobre ellos	112
3.2. Técnicas psicológicas en el tratamiento de los trastornos cardiovasculares.....	117
4. TRASTORNOS ASOCIADOS AL SISTEMA INMUNE	119
4.1. Cáncer	120
I) Factores psicosociales de riesgo	121
II) Intervención psicológica	123
III) Programas de tratamiento	127
4.2. SARS-CoV-2	129
4.3. Infección por VIH y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	140
4.4. Alergia y problemas de piel	142
4.5. Artritis reumatoide	142
4.6. Enfermedades infecciosas	143
5. TRASTORNOS GASTROINTESTINALES	144
5.1. Úlcera péptica.....	144
5.2. Síndrome de intestino irritable (SII)	144
5.3. Enfermedad inflamatoria intestinal (EII).....	146
6. TRASTORNOS RESPIRATORIOS: EL ASMA BRONQUIAL.....	146
6.1. Tratamientos psicológicos	147
7. DIABETES MELLITUS.....	149
7.1. Intervención psicológica en diabetes tipo I (DMID)	150
7.2. Intervención psicológica en diabetes tipo II (DMNID).....	151
8. DOLOR CRÓNICO DISFUNCIONAL	152
8.1. Tratamiento psicológico del dolor crónico	154
8.2. El caso de la fibromialgia.....	159
8.3. Dismenorrea primaria	160
8.4. Cefaleas	161
9. CALIDAD DE VIDA E IMPACTO DE LA ENFERMEDAD.....	165
10. EL EFECTO PLACEBO	167
11. ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD AVANZADA Y TERMINAL.....	169
11.1. Aspectos psicológicos en el enfermo	169
11.2. Aspectos psicológicos en la familia	172
11.3. Aspectos psicológicos en los profesionales de cuidados paliativos	172

04 05. PSICOLOGÍA POSITIVA

1. BIENESTAR SUBJETIVO	177
2. BIENESTAR PSICOLÓGICO	178
3. EXPERIENCIA ÓPTIMA O FLUIR (<i>FLOW</i>).....	179
4. LAS FORTALEZAS PSICOLÓGICAS	180
5. INTELIGENCIA EMOCIONAL	181
6. PSICOLOGÍA POSITIVA Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD	182

ÍNDICE

04 01. SALUD Y PSICOLOGÍA

1. INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	10
1.1. Aproximación histórica al concepto de salud	10
1.2. Modelo biomédico y psicosocial.....	11
1.3. Surgimiento de la psicología de la salud.....	11
1.4. Delimitación de la psicología de la salud	13
I) Medicina Psicosomática.....	13
II) Psicología Médica	14
III) Medicina Conductual.....	14
IV) Psicología clínica.....	15
2. CONCEPTOS RELEVANTES EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD	15
2.1. Conducta de salud y aproximaciones teóricas.....	15
I) Modelo de Creencias acerca de la Salud	16
II) Teoría de la Utilidad Subjetiva Esperada.....	17
III) Teoría de la Acción Razonada.....	17
IV) Teoría de la Motivación a la Protección.....	18
V) Teoría de la Autorregulación	19
VI) Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones	19
VII) Modelo Transteórico	20
VIII) El cambio de actitud como estrategia de prevención	21
IX) Ámbitos de aplicación de los programas de prevención y promoción de salud.....	21
2.2. Conducta de enfermedad y rol de enfermo	22
2.3. Indicadores de salud y enfermedad	22
3. PERSONALIDAD Y SALUD	24
3.1. Los Cinco Grandes y la salud y enfermedad	24
3.2. Otras variables de personalidad.....	24
3.3. Motivos sociales.....	25
3.4. Tipos de reacción al estrés	26
3.5. Tipos de personalidad en psicopatología	27

04 01. SALUD Y PSICOLOGÍA

ORIENTACIONES

En este tema se hace un repaso acerca del surgimiento de la Psicología de la Salud, su delimitación con respecto a otras disciplinas y conceptos básicos en relación a esta materia. Incluye una serie de modelos que intentan explicar las conductas de salud, de los cuales, el que más preguntas ha generado en el examen ha sido el Modelo de Creencias acerca de la Salud de Becker y Maiman. Son de especial relevancia las características personales y su relación con la salud, aunque esta información se recogerá también de forma más concreta, en otros temas de Psicología de la Salud.

ASPECTOS ESENCIALES

1. Definición de Psicología de la Salud así como el marco teórico en el que surge, incluido el modelo biopsicosocial.
2. Aspectos básicos de disciplinas relacionadas con la Psicología de la Salud y diferencias entre ellas.
3. Conceptos importantes para esta disciplina como la conducta de salud y de enfermedad y modelos que nos permiten explicar el hecho de que una persona lleve a cabo o no determinadas conductas de salud.
4. Intervenciones dirigidas a cambiar la actitud como una forma de mantener la salud y prevenir la enfermedad.
5. Variables de personalidad y su relación con la salud y la enfermedad.

NOVEDADES DE ESTA EDICIÓN

- ◆ Se añade el concepto de optimismo no realista como sesgo cognitivo en conductas de salud.

PREGUNTAS REPRESENTATIVAS

052. Los enfoques conocidos como “medicina psicosomática”, “medicina conductual” y “psicología de la salud” comparten muchos aspectos y contenidos comunes a los tres. No obstante, al comparar entre sí estos enfoques, ¿qué podría decirse que es el más propio de la psicología de la salud?:

- 1) El énfasis en los correlatos etiológicos y diag-nósticos de los trastornos.
- 2) El abordar un conjunto amplio de problemas de la salud.
- 3) El poner el énfasis en los factores biopsicosociales.
- 4) El ser un enfoque más unidisciplinar.
- 5) Integrar la terapia somática y la psicoterapia.

PIR 08, RC 4.

218. ¿Qué orientación teórica predominó en la primera fase de la Medicina Psicosomática?:

- 1) Conductismo.
- 2) Psicoanálisis.
- 3) Existencialismo.
- 4) Cognitivismo.
- 5) Psicología Sistémica.

PIR 14, RC 2.

092. ¿Qué modelo teórico en Psicología de la Salud defiende que los dos principales factores explicativos de las conductas de salud de un

individuo son la percepción de vulnerabilidad o susceptibilidad a la enfermedad y la severidad percibida de sus consecuencias?:

- 1) Teoría de Acción Razonada.
- 2) Modelo Transteórico.
- 3) Teoría del Aprendizaje Social.
- 4) Modelo de Creencias de Salud.

PIR 16, RC 4.

1. INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1. APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL CONCEPTO DE SALUD

El problema del dualismo mente-cuerpo tiene grandes implicaciones para la salud y enfermedad. Diversas culturas han adoptado perspectivas diferentes. Así, en la **antigua Grecia**, mente y cuerpo estaban unidos y se influían mutuamente. Para Hipócrates, representante de esta tradición, la salud era la resultante de la armonía y el equilibrio de la persona consigo misma y con el exterior. La enfermedad era causada por la ruptura de ese equilibrio debido a causas “naturales”, no sólo de naturaleza biológica sino también las referidas al comportamiento y a la personalidad. En la misma época, **China**, desde una concepción naturalista de la salud y enfermedad, entendía que esta última estaba provocada por la ruptura del balance de fuerzas opuestas (por ejemplo, sufrir temperaturas extremas, experimentar emociones intensas...). La mente y el cuerpo también estarían unidos desde esta perspectiva y las emociones y conductas influirían claramente en el estado de salud del individuo. En la **Antigua Roma**, Galeno concebía la salud como la ausencia de elementos patógenos, como el aire en mal estado, que podía causar enfermedades. Permanecía la práctica y pensamiento holista de la medicina hipocrática, y se consideraba que algunas pasiones como el odio o el miedo se relacionaban con enfermedades como los trastornos cardíacos.

En la **Edad Media**, dentro del mundo occidental, hubo un cambio de concepción. La salud pública estaba muy deteriorada y se produjeron multitud de epidemias y plagas. En parte persistía la tradición holista y la idea de que cuerpo y mente se influían entre sí, pero estaba al amparo de un enfoque espiritualista de la enfermedad donde la moral, la práctica médica y la religión católica se confundían. La moderación agradaba a Dios y éste la premiaba con la salud.

En el **Renacimiento** se recuperó una visión más naturalista de la enfermedad. Con el resurgir de la ciencia y de la razón se produjeron grandes avances en el campo médico (p.ej. trabajos con microscopios), al tiempo que aparecía y se consolidaba el modelo biomédico. Apoyado en el dualismo cartesiano mente-cuerpo, el hombre renacentista concebía la salud como ausencia de enfermedad, ausencia de “averías en la máquina del cuerpo”.

A finales del siglo XIX y principios del XX tuvo lugar un gran progreso en las intervenciones médicas, un descenso en la mortalidad por enfermedades infecciosas y una mejoría de las condiciones de vida, unidas al modelo biomédico imperante. En el siglo XX hubo un desplazamiento de la preocupación sanitaria por las enfermedades infecciosas a los trastornos crónicos ligados al estilo de vida occidental. Los avances médicos propiciaron un cambio epidemiológico hacia los trastornos crónicos de etiología multicausal.

La antigua definición en términos negativos de salud como *ausencia de enfermedad* tuvo que ser revisada, y la **OMS** definió la salud en 1948 como un *estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o discapacidad*. Si bien esta definición era revolucionaria, tenía un carácter utópico que hacía de la salud algo inalcanzable, por lo que recibió diversas críticas.

Ante la insatisfacción creada por esa definición, surgieron numerosas propuestas entre las que destaca la de Salleras (1985). Éste partió de la concepción de salud de Terris (1980) que aludía a un continuo de salud y enfermedad a lo largo del cual se sitúan las personas, y daba importancia al bienestar y a la capacidad de funcionamiento. Según Salleras, en un extremo del continuo se encontraría la salud como *el logro de más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad*. En el otro extremo se encontraría la muerte prematura.

En 1986 la OMS modificó su definición describiendo la salud como *el grado en el que un individuo o grupo es capaz, por una parte, de llevar a cabo sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades, y por otra, cambiar o enfrentarse al ambiente. La salud es vista, por tanto, como un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida: un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas*.

La forma de entender la relación entre la mente y el cuerpo ha ido balanceándose desde entre una perspectiva holística y una visión dualista. La primera supone asumir que el ser humano es un todo indisociable mente-cuerpo, diferente de la simple suma de esos elementos, y suele conllevar un énfasis en lo que la persona puede hacer para mantener su salud. Esto es lo que en la actualidad propone el modelo biopsicosocial. El dualismo implica una visión de la salud como algo que viene dado y

en la que se pone menos énfasis en la importancia de los comportamientos saludables en los tratamientos de las enfermedades. Considera que la mente y el cuerpo serían elementos separados y esta la visión que defiende en la actualidad el modelo biomédico.

1.2. MODELO BIOMÉDICO Y MODELO BIOPSIICOSOCIAL

El **modelo biomédico** se basa en dos supuestos:

- **Dualismo mente-cuerpo.** Esta doctrina tiene como gran representante a Descartes (s. XVII) que postulaba que la mente era una realidad espiritual y el cuerpo una realidad física y separada de la anterior. El cuerpo sería una especie de máquina que podía analizarse estudiando sus piezas. Desde este enfoque mecanicista, los factores psicológicos y sociales quedarían totalmente al margen de la enfermedad física.
- **Reduccionismo** a lo biológico, que explica todo proceso de enfermedad como resultado de reacciones físico-químicas. Se trata de un modelo **unifactorial** que explica la enfermedad aludiendo únicamente a variables biológicas.

Aunque el modelo biomédico ha reportado grandes beneficios como la posibilidad de controlar las enfermedades infecciosas o de reducir las tasas de mortalidad, presenta importantes insuficiencias.

Algunas de estas insuficiencias serían las siguientes (Engel, 1977):

- Las anormalidades bioquímicas, fundamentales para el diagnóstico de la enfermedad desde este modelo, no son suficientes para establecer un diagnóstico (Ej. Hipertensión de bata blanca).
- El diagnóstico depende en gran medida de la información facilitada por el paciente (Ej. Dolor en los trastornos funcionales...), influyendo por tanto, factores de naturaleza no física.
- Ignora la influencia de las condiciones vitales de las personas en su salud, como los acontecimientos estresantes.
- No siempre predice correctamente la recuperación de la salud tras la enfermedad (Ej: persistencia del dolor tras haberse eliminado la lesión o alteración previa).
- No tiene en cuenta la influencia de la relación médico-paciente en el resultado de las intervenciones.

El **modelo biopsicosocial**, propuesto por Engel (1977), a diferencia del anterior, sostiene que los factores biológicos, psicológicos y sociales en conjunto determinan la salud y la enfermedad.

Postula una interacción entre macroniveles (apoyo social percibido, emociones negativas, etc.) y microniveles (ej., desórdenes celulares) y la explica mediante la Teoría de Sistemas, en la que los niveles de organización se ordenan de forma jerárquica, y un cambio en uno de los niveles afecta a todo el resto. Esto implica que la salud y la enfermedad tienen una causación múltiple y múltiples también son sus efectos.

Este modelo pone en el mismo ámbito de su interés la salud y la enfermedad (frente al modelo biomédico que se ocupa fundamentalmente de la enfermedad) y sostiene que la salud es algo que se alcanza cuando la persona tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

De este modelo se derivan diversas implicaciones para la práctica clínica: el diagnóstico y la intervención deben considerar los tres factores (biológicos, psicológicos y sociales), siendo el diagnóstico más completo el realizado desde un equipo interdisciplinario, y el mejor tratamiento, el que se ajusta a cada persona en su conjunto. Asimismo, se destaca la importancia de la relación entre el paciente y el clínico, ya que ésta puede influir tanto en la adherencia como en la efectividad del tratamiento.

1.3. SURGIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La Psicología de la Salud surgió en el contexto ya descrito de un viraje a mediados del siglo XX de la preocupación por las enfermedades agudas a las crónicas (problemas cardiovasculares, cáncer...). El carácter de éstas últimas lleva consigo que los enfermos tengan la necesidad de **modificar** su estilo y calidad de vida y **adaptarse** a las nuevas circunstancias, a su cambiante estado de salud y a los tratamientos. Además, el modelo biomédico no puede dar la respuesta adecuada a este tipo de trastornos multicausales. Cuando surgió la Psicología de la Salud, la Medicina Psicósomática ya había plasmado la importan-

cia de los factores psicosociales en la enfermedad física. Por otra parte, los trabajos de Cannon y Selye de fisiología experimental mostraban que las respuestas fisiológicas podían variar en función de variables psicológicas; y el enfoque cortico-visceral, con Bykov como máximo exponente, había sugerido que las interacciones entre el medio interno y externo funcionaban según las leyes del condicionamiento. Todos esos antecedentes influyeron en el nacimiento de la Psicología de la Salud (Luzoro, 1992).

En un primer momento, tras la constatación de que se necesitaba incrementar el conocimiento sobre cómo la psicología podía ayudar a comprender y mejorar la salud, se creó una Sección, la “Sección de Investigación en Salud” dentro de la División 18 (Psicólogos en el Servicio Público) de la Asociación Psicológica Americana (APA). Ante el rápido crecimiento en 1978, nació la División 38, la división de Psicología de la Salud, cuyo primer presidente fue Joseph D. Matarazzo. La nueva División publicó su primer manual (*Health Psychology. A Handbook*) un año después, y su revista oficial (*Health Psychology*) en 1982.

Matarazzo definió en 1989 la Psicología de la Salud como “... el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología a la **promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, e identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas**” (PIR 13, 188). Esta definición fue adoptada como oficial por la División de Psicología de la Salud de la APA, añadiendo el aspecto de “**análisis y mejora del Sistema de Salud y la política sanitaria.**” Johnston (1990) resumía los aspectos principales de esta definición:

- Es una rama de la psicología unidisciplinar contrastando con la medicina conductual que es interdisciplinar (PIR 08, 52).
- Puede integrar conocimientos de todas las disciplinas psicológicas, si bien utilizando un criterio científico.
- Sus objetivos principales son la promoción de la salud y la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

Durante mucho tiempo no se ha estudiado desde una aproximación científica la promoción de la salud. Esto puede ser debido a diversas cuestiones:

- En primer lugar, las conductas y hábitos relacionados con la salud son comportamientos resistentes al cambio, ya que en muchos casos fueron aprendidos en los primeros años de vida, recibieron un modelado por parte de figuras importantes (los padres, por ejemplo) y cuando se pretende intervenir están muy consolidados.
- Además, son independientes entre sí y son inestables en el tiempo, por lo que requieren un esfuerzo para mantenerlos.
- Los comportamientos que resultan perniciosos para la salud muchas veces están asociados con el placer, mientras que los hábitos saludables no suelen contar con reforzadores a corto plazo.
- Las personas suelen mantener sesgos optimistas respecto a la probabilidad de enfermar. Tienen la sensación de cierta invulnerabilidad ante la enfermedad. El Optimismo no realista (PIR 23, 102) o de ilusiones positivas es el sesgo cognitivo por el que un individuo se considera a sí mismo con menos probabilidad de desarrollar una enfermedad en comparación con otros. Es similar a la ilusión de invulnerabilidad y se trata de uno de los factores que obstaculizan la puesta en marcha y mantenimiento de conductas de salud. De este modo, la persona, en ausencia de señales de alarma de la posible aparición de un problema de salud, tiende a considerarse a sí misma como poco vulnerable en comparación con los demás, y a incurrir por tanto en mayores riesgos.
- Además, la medicina tradicionalmente ha trabajado más en el tratamiento de las enfermedades que en la prevención de las mismas, y la psicología ha puesto más énfasis en la salud mental que en la física.

Todas estas barreras dificultan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Sin embargo, un concepto de salud más allá de la ausencia de enfermedad permitiría distinguir entre la adquisición y mantenimiento de comportamientos saludables, de mejoras en la calidad de vida y el incremento del control que tienen individuos, grupos y comunidades sobre los determinantes personales y ambientales de la salud (**promoción de la salud**) (Costa y López, 1996), de otro tipo de actuaciones normalmente dirigidas a grupos de riesgo, encaminadas a la reducción de conductas perjudiciales o de riesgo (**prevención de la enfermedad**).

Las actuaciones en Psicología de la Salud pueden dirigirse a diversos niveles de intervención: desde el nivel más elemental, el individual, hasta el institucional (colegio, hospital, trabajo...) o el comunitario, en los programas aplicados a gran escala. De ese modo, por ejemplo, puede haber intervenciones que se realicen en las consultas, en los centros escolares, en los lugares de trabajo o que se difundan ampliamente por distintos medios de comunicación. A nivel comunitario, para que los programas sean efectivos, se deben incluir múltiples canales de información a través de los cuales pueda llegar la información deseada a la población. Un nivel institucional que ha obtenido una especial atención es el del sistema educativo, que llega a la mayoría de la población infantil, habiéndose producido una gran cantidad de trabajos alrededor de la llamada *educación para la salud*. En general, hay datos que avalan la eficacia de los programas de promoción de la salud, si bien la evaluación de estas intervenciones ha sido muy escasa. Un programa de promoción de la salud implica el conocimiento de los siguientes factores (Ballester y Gil., 2003):

1. Variables que participan en la etiología y curso del problema.
2. Conductas que se deberían desarrollar en la población para reducir daños y optimizar beneficios.
3. Procedimientos de cambio de dichas conductas.
4. Procedimientos metodológicos para valorar la intervención. Es preciso valorar tanto el proceso como el impacto (efectos inmediatos) y resultados a largo plazo, además de la propia evaluabilidad del programa (facilidad y factibilidad de ser evaluado).

Según los estudios disponibles, para que las intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad sean efectivas, no deben ser excesivamente específicas, sino que han de tratar los factores directos e indirectos que afectan a un problema de salud; deben tener en cuenta las diferencias individuales de las personas, su contexto cultural y el momento del ciclo vital en que se encuentran. (Kazdin, 1993; Brooks-Gunn y Paikoff, 1993; Dryfoos, 1990; Lerner, 1995. Citados en Pérez y otros, 2003).

1.4. DELIMITACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En la Psicología de la Salud existe cierta confusión acerca de los límites de su ámbito de actuación. Al ser una disciplina reciente, resulta importante poder distinguirla de otras especialidades de la Psicología y de otras subdisciplinas mixtas:

I) Medicina psicosomática y Psicología de la Salud

La Medicina Psicosomática fue el primer intento de investigar dentro del ámbito médico las relaciones entre las variables psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas. Históricamente, se han descrito dos momentos en la evolución de la medicina psicosomática.

En un primer momento (Entre 1935 y 1960) este área del conocimiento se centró en estudiar la etiología y patogénesis de la enfermedad física desde una **orientación psicodinámica** (PIR 14, 218; PIR 18, 96).

En la Escuela de Chicago, **Alexander** (PIR 08, 120) consideraba que la aparición de una enfermedad psicosomática concreta venía dada por la conjunción de la vulnerabilidad constitucional del órgano afectado, de un conflicto psíquico específico y de una situación mental desencadenante (Alexander, 1968 en Sivak, 1997). Citaba como trastornos psicosomáticos el asma, la colitis ulcerosa, la hipertensión esencial, artritis reumatoide, hipertiroidismo, úlcera péptica y neurodermatitis.

Su *teoría del conflicto* (1950) o *de la emoción específica*, postulaba que la enfermedad podía exacerbarse o desarrollarse ante determinadas reacciones fisiológicas producidas por la activación de determinados conflictos inconscientes. Estos eran de dos clases: hostiles y agresivos, como en la hipertensión; y de dependencia, como en el asma. Y los síntomas psicosomáticos, a diferencia de los histéricos (con significación simbólica), tendrían su sede en órganos de inervación autónoma y no por el sistema nervioso central.

Dunbar proponía un tipo de personalidad específico para cada enfermedad psicosomática (Kaplan y Sadock, 1987).

En 1965 tiene lugar un cambio en la disciplina, que va dejando a un lado las explicaciones psicoanalíticas y busca un **mayor rigor investigador**. Este nuevo rumbo se plasma en los objetivos propuestos por **Lipowski** (1977) para la Medicina Psicosomática (Amigo y otros, 2003):

- El estudio del papel de los **factores psicológicos, biológicos y sociales** en la homeostasis del ser humano.
- Una **aproximación holística a la Medicina**, que se opone a la concepción dualista mente-cuerpo. En efecto, no se trata de una especialidad sino de una nueva concepción, una aproximación psicológica a la Medicina que pretendía integrar la terapia somática y la psicoterapia.
- Una relación con la psiquiatría de consulta-apoyo.

Actualmente, el término psicósomático implica multicausalidad e interrelación entre los factores psicosociales y biológicos, y no psicogénesis. El cambio que se produjo en la Medicina Psicosomática supuso un acercamiento entre ésta y la Medicina Conductual. Belloch (2008) afirma que para Lipowsky ambos conceptos serían semejantes.

Según algunos autores (Amigo, Fernández y Pérez Álvarez, 2003) a diferencia de la Psicología de la Salud, la Medicina Psicosomática estaría más interesada en la enfermedad que en la salud o en la prevención, además de existir diferencias en los orígenes, la metodología y en las técnicas de intervención.

II) Psicología médica y Psicología de la Salud

Según las definiciones propuestas, la Psicología Médica englobaría un campo muy diverso. Rachman (1977) la define como “las aplicaciones de la Psicología normal y anormal en la Medicina”. Otra definición comúnmente citada es la de Asken (1979): “el estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, el grupo y los sistemas. La psicología médica no representa una orientación teórica particular; los problemas de las misma pueden ser conceptualizados desde cualquier orientación deseada. La Psicología Médica además implica, como su foco, todas las áreas de interés académico, investigación, intervención clínica, aplicación y enseñanza”. Para Matarazzo y Gentry (1981) consistía en la formación en psicología dentro de la formación médica.

Mientras que para algunos autores la Psicología Médica recogería a la Medicina Psicosomática en su primera etapa, para otros representaría la actuación psicológica en medicina, pudiéndose llegar a entender la psicología médica como el antecedente de la Psicología de la Salud.

Sin embargo, además de las importantes diferencias en el origen de la Psicología de la Salud y de la Psicología Médica, ésta no engloba todo el ámbito de trabajo de la psicología de la salud, ni el objeto de estudio de la misma. La **salud, no es un objeto de intervención prioritario** en la psicología médica; esta disciplina mantiene una **visión “médica”** y mecanicista, olvida el papel de otras profesiones clínicas y **subordina la actuación psicológica al médico**.

III) Medicina conductual y Psicología de la Salud

Hasta los años 80 ambos términos se usaban de forma indiferenciada para hacer referencia a una concepción biopsicosocial de la salud. El término de “medicina conductual” surgió unos años antes de que se estableciese formalmente el campo de conocimiento como tal. El uso pionero del término apareció a principios de los setenta en un libro de Birk titulado *Biofeedback: Medicina Conductual*. Surgió como un sinónimo y complemento de la técnica del biofeedback para el tratamiento de trastornos médicos. La Medicina Conductual nació muy ligada a la tradición conductista y fue descrita de forma “oficial” por primera vez en la Yale Conference on Behavioral Medicine (1977). En un nuevo encuentro definieron la Medicina Conductual como “el campo **interdisciplinario** concerniente con el desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas de las **ciencias conductual y biomédica** relevantes a la comprensión de la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la **prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación**” (Schwartz y Weiss, 1978). En esta definición se enfatizaba el carácter interdisciplinar, el estudio de los factores de promoción de salud y de los que afectan a la enfermedad y la orientación conductual pero hacia la salud física y no tanto mental.

El grupo de Yale especificó así mismo una serie de problemas de estudio de la Medicina Conductual que incluían el desarrollo de técnicas de diagnóstico conductual, la aplicación de técnicas conductuales (p.ej. relajación, bio-feedback, etc.) a los trastornos físicos, la prevención de la enfermedad física y promoción de la salud, los factores psicológicos que afectan a la salud y enfermedad física, así como las influencias socioculturales, el estudio del dolor, los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos médicos, las aproximaciones conductuales al abuso de sustancias y las diferencias entre la conducta de salud, de enfermedad y conducta de rol de enfermo.

Aunque hay otras definiciones de la medicina conductual que adoptan otros puntos de vista, la citada es la posición original y la predominante y situaría a la **Psicología de la Salud como la aportación específica de la Psicología al campo interdisciplinario de la medicina conductual**.

De esta forma, son dos las diferencias fundamentales que se pueden enfatizar entre la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual. En primer lugar, en la Medicina Conductual se pone el acento en su naturaleza interdisciplinaria, frente a la Psicología de la Salud que se presenta como una rama de la psicología unidisciplinar. En segundo lugar, mientras que la Medicina Conductual parece centrarse en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la Psicología de la Salud se preocupa especialmente del ámbito de la promoción de la salud (Godoy, 1999).

No obstante, en el trabajo profesional cotidiano ambos términos no están tan distantes, y la mayor parte de los psicólogos que trabajan en el campo de la conducta, la salud y la enfermedad combinan elementos de ambas disciplinas.

IV) Psicología clínica y Psicología de la Salud

A la hora de delimitar los campos de estos ámbitos de conocimiento pertenecientes a la Psicología, aparecen dos posturas diferenciadas: los que consideran que tiene el mismo campo, que es la salud como concepto holístico; y los que consideran que a la psicología clínica le corresponde el campo de la salud mental y a la de la salud, el de la salud física.

En España, hay autores que sostienen que la psicología clínica puede asumir los contenidos de la psicología de la salud (Belloch, 1996; Botella, 1966; Echeburúa, 1996; Banco- Picabia, 1996), ya que no existen suficientes elementos diferenciadores entre ambas y el único elemento que no estaría cubierto en la actualidad por la psicología clínica sería el de la prevención (tarea que podría asumir la psicología clínica). Por otra parte, según estos autores, si hubiera dos disciplinas distintas se estaría reasumiendo la dualidad mente-cuerpo, que tanto esfuerzo está costando superar.

Los autores que sostienen la posición opuesta (Gil Roales- Nieto y Luciano, 1996; Pelechano, 1996), reclamando una psicología de la salud separada de la psicología clínica, refieren que la adopción de una postura holística biopsicosocial llevada al extremo desembocaría en un replanteamiento integral tanto del mundo académico como profesional. Refieren diversas razones para apoyar su punto de vista, entre las que destaca que la psicología clínica, dedicada al concepto de anormalidad y enfermedad, no parece ser el marco de referencia adecuado para enfatizar el estudio de la prevención y promoción de la salud a un nivel superior al del individuo (llegando a ubicarse en el contexto comunitario).

RECUERDA

- ◆ La **visión de la salud** ha pasado del dualismo mente-cuerpo al enfoque **biopsicosocial**, que integra factores biológicos, psicológicos y sociales.
- ◆ El **modelo biomédico** explica la enfermedad solo desde lo físico, mientras que el **biopsicosocial** considera la interacción entre niveles biológicos, psicológicos y sociales.
- ◆ La **Psicología de la Salud** surge en los años 70 dentro de la APA (División 38), centrada en la **promoción de la salud y prevención de la enfermedad**.
- ◆ Se distingue de otras disciplinas: la **medicina psicosomática** se centraba en la enfermedad, la **medicina conductual** es interdisciplinaria, y la **psicología clínica** se enfoca en la salud mental más que en la física.

2. CONCEPTOS RELEVANTES EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

2.1. CONDUCTA DE SALUD Y APROXIMACIONES TEÓRICAS

Las **conductas de salud** fueron definidas por Kasl y Cobb (1966) como aquéllas realizadas mientras la persona está sana, para prevenir la enfermedad. Para Matarazzo (1984) son “los esfuerzos de las personas por reducir sus patógenos conductuales y practicar conductas que sirvan como inmunógenos conductuales” (PIR 22, 96). Los “patógenos conductuales” serían estilos de vida que se comportan como factores de riesgo para desarrollar o agravar enfermedades, y los “inmunógenos conductuales” serían las actividades y los hábitos que reducen el riesgo de morbilidad y muerte prematura. Para Harris y Guten (1979) las **conductas protectoras de la salud** incluirían cualquier actividad llevada a cabo por una persona, independientemente

mente de su estado de salud percibido o real, con el propósito de proteger, promover o mantener la salud. La investigación sobre el tema ha mostrado que el llevar a cabo una conducta de salud determinada no lleva consigo poner en práctica otras.

Diversas variables determinan las conductas de salud. Desde una perspectiva psicológica, hay que señalar la influencia del contexto social, la percepción del síntoma, los estados emocionales y las creencias sobre la salud.

En relación al **contexto social**, la importancia de este factor en los hábitos de salud y enfermedad puede observarse claramente en el caso del consumo y abuso de alcohol, cuyos mejores predictores parecen ser la iniciación por parte de los padres y la creencia de los pares de que facilita la diversión. En los adultos, las relaciones sociales influyen decisivamente en el cuidado de la salud, y contar con una verdadera red de apoyo social es una de las condiciones más importantes para evitar las conductas de riesgo y promover un comportamiento saludable. La **percepción del síntoma** se refiere a cuando la persona percibe un síntoma que suele considerarse como una señal de un daño físico potencial. En ese caso pueden producirse conductas de salud para reducir el riesgo que se percibe. Sin embargo, este cambio suele ser tan sólo transitorio, volviendo al comportamiento habitual pasado un tiempo. Dentro de los **estados emocionales**, cabe destacar la activación emocional y el estrés, que parecen interferir con la puesta en práctica de hábitos saludables. Por el contrario, un estado de bienestar general induce a implicarse en más comportamientos saludables. Las **creencias acerca de la salud** son otros de los determinantes importantes de las conductas de salud. La valoración que hace una persona acerca de una enfermedad que padece, puede influir en los cuidados que se proporciona, en la adherencia al tratamiento, etc. De modo general, las personas tienden a verse como poco vulnerables, y estiman como poco probable (creen que tienen menos probabilidad que la media) que enfermen en el futuro.

Diversos modelos tratan de explicar por qué se llevan a cabo conductas relacionadas con la salud o por qué no se realizan. El **modelo de creencias sobre la salud** y la **teoría de la acción razonada**, ampliada por Ajzen con la *teoría del comportamiento planificado*, son algunos de los modelos que poseen más respaldo empírico y un mayor grado de aceptación en la actualidad. El poder predictivo de estas teorías se limita a las conductas de salud que requieren una **decisión intencionada, consciente y voluntaria**. Cuando las conductas se han automatizado y convertido en **hábitos**, parecen ser más adecuados los modelos basados en los **principios de aprendizaje**. Las teorías que se han mencionado, junto con la *teoría de la motivación a la protección*, parten del supuesto de que los principales determinantes de la conducta son las actitudes y las creencias. Consideran que optar por una acción u otra depende de dos tipos de cogniciones: la probabilidad subjetiva de que una conducta tenga unos determinados resultados, y la valoración de los resultados (Medina y León, 2004) Lo mismo se podría decir de la *teoría de la utilidad subjetiva esperada* (Ronis y Harel, 1989).

I) Modelo de creencias acerca de la salud (Becker, 1974; Becker y Maiman, 1975; Janz y Becker, 1984 y Rosentock, 1966)

Según este modelo, la disposición de una persona para adoptar una conducta de salud está en función de dos factores (PIR 13, 187; PIR 14, 225; PIR 16, 92; PIR 24, 102; PIR 25, 89):

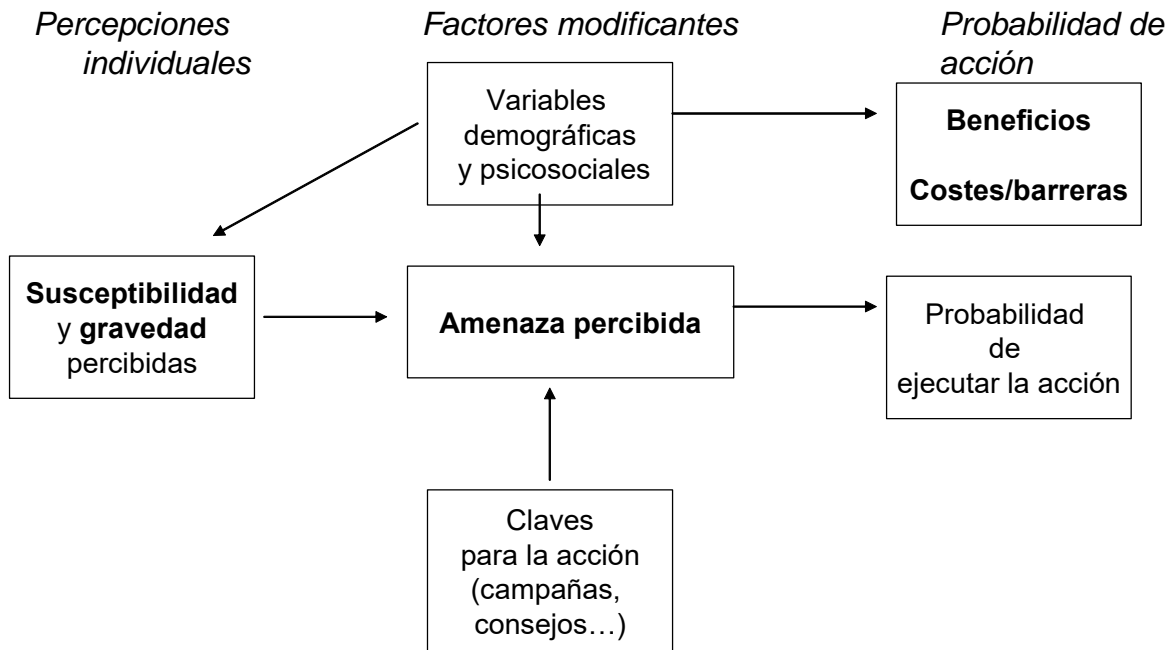
- La percepción de susceptibilidad personal a la enfermedad.
- La severidad percibida de las consecuencias de la enfermedad.

Por ejemplo, una persona sólo dejará de fumar si cree que está en peligro de contraer una enfermedad y si, además, cree que las consecuencias de dicha enfermedad pueden ser graves.

No obstante, la decisión de si se inicia una acción dependerá de la evaluación que se haga de las posibles conductas de salud. Dichas conductas serán evaluadas desde el punto de vista de su relación coste/ beneficios. Esta conducta también se verá influida por ciertas claves que pueden disparar su ejecución. Estas claves pueden ser internas (como la percepción de un síntoma propio) o externas (como el consejo de un familiar). Además, dentro de este modelo también se señalan otros factores adicionales, denominados factores modificantes, que incluyen variables demográficas (sexo, edad, raza, etc.) y variables psicosociales (personalidad, clase social, presión del grupo, etc.) que afectan de modo indirecto a las conductas de salud a través de su influencia en las creencias sobre la salud.

Por tanto, además de la susceptibilidad a enfermar y la severidad de la enfermedad, según este modelo influyen el coste y beneficio de llevar a cabo la conducta preventiva, las claves para actuar, la motivación general para la salud de esa persona, y el control percibido.

Modelo de Creencias de Salud (Formulación original, Becker y Maiman, 1975)



Este modelo ha sido puesto a prueba en múltiples investigaciones. A pesar de que los componentes de este modelo han mostrado ser buenos predictores de las prácticas de autoexploración de mama (Champion, 1990; Nahcivan y Secginli, 2007), de la participación en el screening del cáncer de útero (Henning y Knwles, 1990) o de la falta de adhesión al consumo de antihipertensivos (Grégoire, Moisan, Guibert, Ciampi y Milot, 2006), también ha sido objeto de diversas críticas (no se especifican las relaciones entre componentes, escasa consistencia en la medición de parámetros, sólo permite explicar las decisiones intencionadas y no los hábitos instaurados).

II) Teoría de la utilidad subjetiva esperada (Ronis y Harel, 1989)

Esta teoría, que amplía y matiza la anterior, considera que las personas analizan las consecuencias de las diferentes alternativas de conducta que tienen en cada momento y situación, escogiendo la que les aporta más beneficios.

Propone que es más probable que una persona realice una conducta si:

- Se percibe que puede ser beneficiosa y
- La vulnerabilidad personal es elevada si no se realiza.

Es menos probable si:

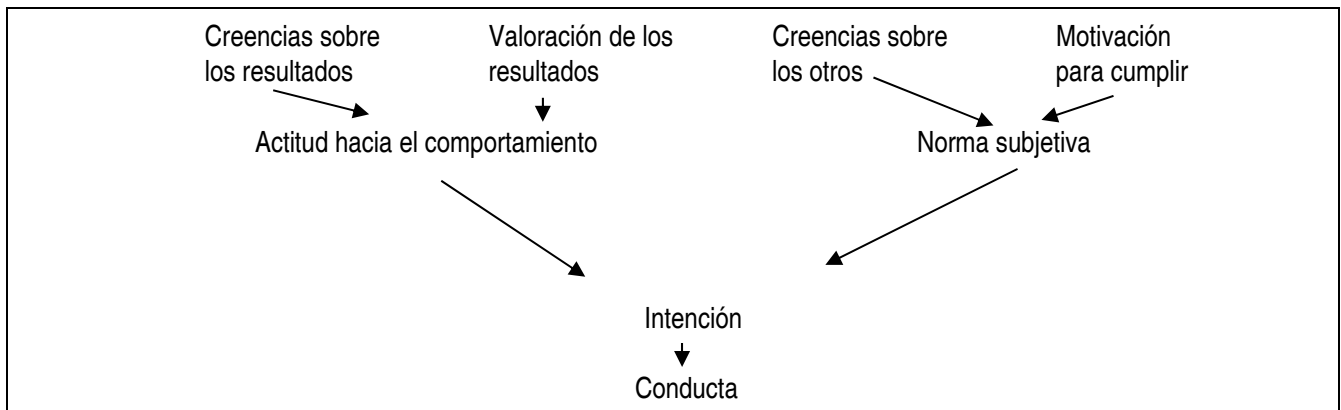
- El comportamiento es muy costoso.
- Y la vulnerabilidad es grande aun realizándolo.

III) Teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975 y 1980)

Según este modelo, las personas hacen un uso sistemático de la información y consideran las consecuencias de sus actos antes de llevarlos a cabo.

El determinante inmediato de la conducta de salud es la intención de realizarla, lo que significa que las personas actúan generalmente según su intención a no ser que se presenten imprevistos (PIR 19, 60). La intención viene determinada por dos factores: la actitud personal hacia el comportamiento y la norma social subjetiva o la percepción de la presión social que tiene la persona para realizar la conducta. Cada uno de estos factores tiene un peso relativo que es preciso especificar en cada caso. La actitud hacia el comportamiento viene dada por las creencias individuales sobre los resultados de esa conducta y por la valoración que hace de esos resultados. La norma subjetiva está determinada por las creencias normativas acerca de si las personas significativas consideran que debería o no efectuar el comportamiento, y por la motivación que tenga la persona para cumplir con esas expectativas percibidas.

TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA



Ajzen amplió este modelo añadiendo en el mismo nivel que la actitud hacia el comportamiento y que la norma subjetiva, una nueva variable, el *control conductual percibido* o percepción de control que la gente tiene sobre su comportamiento. Es un concepto próximo a la autoeficacia y hace referencia a la expectativa acerca de la capacidad y recursos de una persona para realizar una conducta. Cuantos más recursos cree la gente tener, más considera que puede controlar su conducta. Se sugiere que no sólo influiría en la intención, sino también en el inicio y mantenimiento de la conducta. Al incluirse esta nueva ampliación, el modelo pasó a llamarse la **teoría del comportamiento planificado**.

IV) Teoría de la motivación a la protección (Rogers, 1984; Rogers y Prentice-Dunn, 1997)

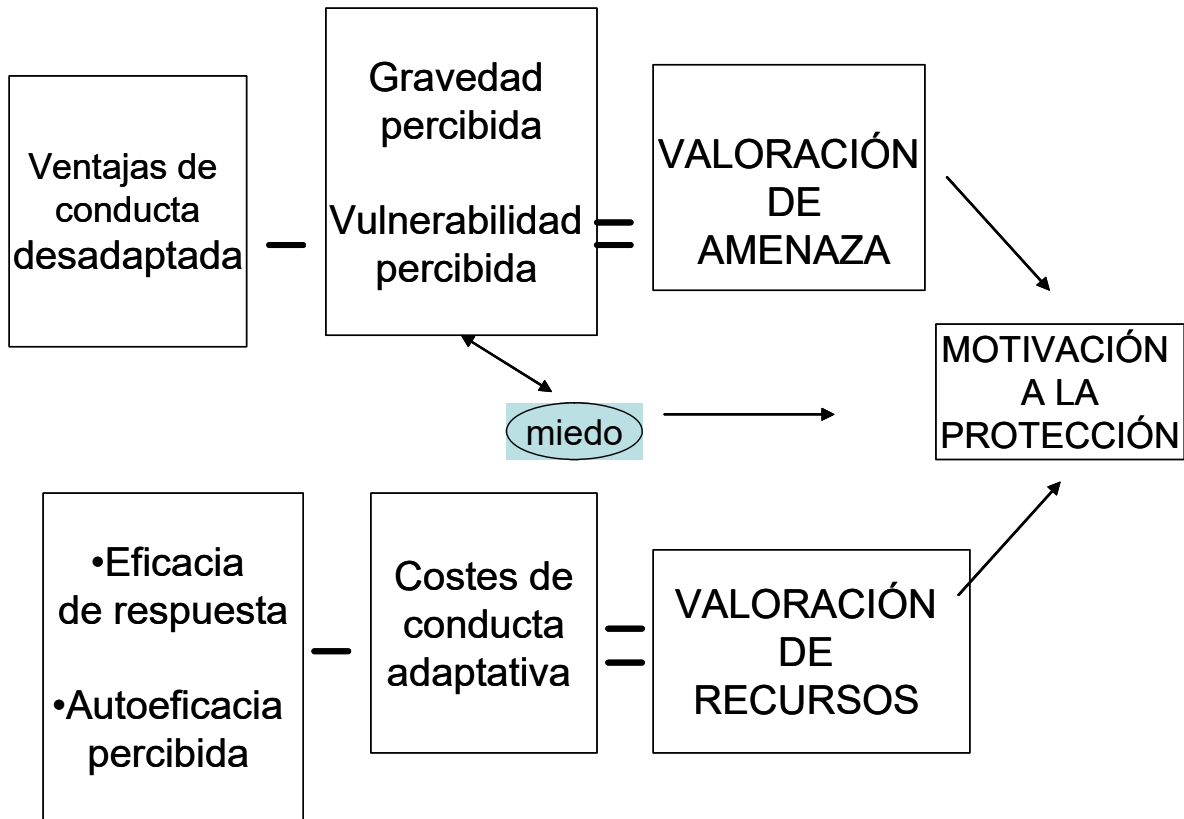
Según esta teoría, se puede aumentar la probabilidad de que una persona tenga la intención de llevar a cabo conductas de salud logrando que perciba ésta como gravemente amenazada pero que considere al mismo tiempo que puede tener comportamientos eficaces y con costes bajos para preservarla. La motivación a la protección podría prevenir la enfermedad promoviendo la realización de conductas de salud. Dicha motivación vendría determinada por varios factores (León Rubio y otros, 2004; Bermúdez):

- La **apreciación o valoración de la amenaza** vendría dada al restar la gravedad y vulnerabilidad percibidas a las ventajas de la conducta desadaptada.
- La **evaluación del afrontamiento o valoración de recursos** se obtendría al restar los costes de la conducta adaptativa a la eficacia de la respuesta y la autoeficacia percibidas.

La apreciación de la amenaza estaría ligada a respuestas desadaptativas, y la evaluación del afrontamiento a las conductas saludables.

Esta teoría ampliaba el modelo de creencias de salud para dar cabida al **miedo** (PIR 23, 103) como el componente emocional del cuidado de salud, y describe dos tipos de fuentes de información: ambiental (persuasión verbal...) o intrapersonal (experiencia previa).

TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN A LA PROTECCIÓN (Rogers, 1984; Rogers y Prentice-Dunn, 1997)
(Procesos cognitivos mediacionales)



V) Teoría de la autorregulación de Bandura (1986)

Se trata de una teoría general del comportamiento que se ha utilizado para predecir comportamientos que buscan la salud. Señala un **determinismo recíproco** entre el comportamiento, el entorno y los factores personales (especialmente los cognitivos). Según esta teoría, nuestra conducta está motivada y regulada por el control de los determinantes y consecuencias de nuestro comportamiento, la valoración de nuestra conducta y la respuesta a ésta según cuánto se iguale a los estándares personales. Bandura señaló el concepto de **autoeficacia**, que hace referencia a las creencias acerca de la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar las distintas situaciones. La autoeficacia es específica para cada situación, e influiría en la conducta a través de las elecciones que se toman, motivando a la persona a realizar tareas en las que se sienta competente, determinando cuánto esfuerzo pondrá en la tarea y prediciendo el tiempo que invertirá y cómo se recuperará de las dificultades.

Según los resultados de diversos estudios, la percepción de autoeficacia es un predictor importante de la conducta de salud, pero esta utilidad predictiva es variable en función del ámbito conductual que se trate. Por ejemplo, parece predecir la intención de dejar de fumar, realizar ejercicio físico y alimentarse de forma sana, en mayor medida que la vulnerabilidad percibida, que la conducta pasada de la persona o que las expectativas de resultado; pero no ocurre lo mismo en lo que respecta a la prevención del cáncer (Schwarzer y Fuchs, 1995, citados en Bermúdez, 2003).

VI) Modelo del proceso de adopción de precauciones (Weinstein, 1988)

Este modelo sugiere que las personas pasan por diversas etapas de credulidad respecto a su susceptibilidad personal a la hora de adoptar comportamientos orientados a la salud. Las personas no tienen por qué atravesar todas las etapas y pueden llegar a desplazarse en sentido inverso. Para adoptar la precaución, las personas tienen que superar los sesgos optimistas y percibir que los beneficios de la conducta superan los costes.

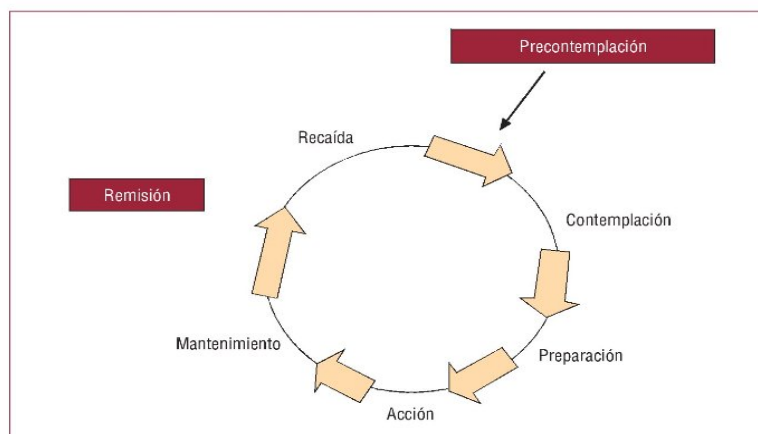
- Fase 1. No se conoce el riesgo personal que se corre.
- Fase 2. Conciencia del riesgo que tiene una conducta. Sesgo optimista respecto a su propio riesgo.
- Fase 3. Reconocimiento de la propia susceptibilidad. La precaución podría ser eficaz.
- Fase 4. Decisión de pasar a la acción: Tomar la precaución pertinente.
- Fase 5. (Paralela a la fase 4) Decisión de que la precaución es innecesaria.
- Fase 6. (Después de fase 4) Se ha adoptado la conducta para reducir riesgos.
- Fase 7. Se mantiene la conducta de precaución, si es preciso.

VII) Modelo transteórico (Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992)

Según este modelo las personas avanzarían a través de diversos **estadios de cambio**: precontemplación (no hay intención de cambio), contemplación (toma de conciencia e idea de cambiar), preparación (planes específicos de cambio), acción (cambios manifiestos en la conducta) y mantenimiento. Las personas avanzarían de una etapa a otra en espiral, produciéndose diversas recaídas.

Una segunda dimensión del modelo la componen los **procesos de cambio** (autoconcienciación, control de estímulos, etc.). Por último, los **niveles de cambio** incluirían los síntomas, cogniciones desadaptadas, conflictos interpersonales, conflictos familiares e intrapersonales.

Aunque el modelo surgió para explicar el cambio en las personas con adicciones, posteriormente se ha aplicado a los comportamientos orientados a la salud.



Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente

Como se deduce de los párrafos anteriores, los modelos explicados comparten la hipótesis de que la conducta humana es racional e intencional (PIR 08, 159). Las personas toman decisiones sobre las conductas que van a realizar a partir de una serie de procesos cognitivos, afectivos y motivacionales, y realizan los comportamientos que corresponden con esas decisiones de forma automática (Bermúdez, 2003). Por otra parte, consideran que las personas perciben el riesgo asociado a sus conductas y ello les impulsa a realizar comportamientos para prevenirlo o disminuirlo (Van der Pligt, 1996, citado en Bermúdez, 2003). En realidad, esto no ocurre frecuentemente, y se ha sugerido que existen sesgos cognitivos que permiten al individuo verse como menos vulnerable. La **infravaloración de vulnerabilidad** se da con más intensidad cuando el riesgo se asocia a una **conducta controlable** por la persona (percepción de control) y dicha conducta se ha realizado durante largo tiempo (**experiencia conductual**) (Van der Pligt, 1996, citado en Bermúdez, 2003). Por ejemplo, es más probable que una persona infravalore el riesgo que corre al abusar del alcohol si lleva mucho tiempo haciéndolo y hasta ese momento no ha tenido consecuencias. Además, al percibir que beber alcohol o abstenerse depende de él, si acepta que es una conducta de riesgo, ello implica asumir que está actuando irresponsablemente, por lo que es más probable que minimice riesgo para no tener que afrontarlo (el hecho de ser un irresponsable).

Por otra parte, no hay que olvidar que la intención de realizar una conducta no siempre se acompaña de dicho comportamiento. Ello puede deberse a:

- La interferencia de procesos afectivos: las reacciones emocionales asociadas a una conducta promotora de salud influyen en si ésta se llevará o no a cabo.
- Que la decisión de realizar una conducta y la realización y mantenimiento de ésta se guíen por procesos diferentes.
- Falta de sinceridad en los informes sobre intenciones. Esta razón sería de carácter metodológico. Gran parte de la investigación ha utilizado diseños transversales que obtienen información correlacional, no pudiéndose establecer relaciones de causa y efecto.

VIII) El cambio de actitud como estrategia de prevención

Siguiendo al modelo de creencias sobre la salud, las actitudes y las creencias son esenciales a la hora de explicar la conducta relacionada con la salud. Siguiendo este razonamiento, se podría plantear que el cambio en actitudes y creencias sería necesario para lograr el cambio en los comportamientos.

El primer intento en el campo de las actitudes para conseguir el cambio de comportamientos relacionados con la salud, fueron las **intervenciones que apelaban al miedo**. Leventhal (1970) propuso dos canales paralelos en el procesamiento de los mensajes: uno daría lugar al control de la amenaza y otro, conllevaría el control del miedo mediante estrategias como la minimización de la amenaza, etc. Ante un miedo demasiado intenso, las personas pueden tratar de controlar éste (en lugar de la conducta nociva) e ignorar la información que se les ha brindado. Los estudios indican que para que las estrategias que apelan al miedo puedan modificar las intenciones de las personas, entre otras condiciones es necesario precisar en qué medida determinado hábito trae consigo consecuencias negativas; debe convencer de que dichas consecuencias son reales y pueden afectarles; y debe explicar cómo se pueden evitar esas consecuencias, al tiempo de que persuade a las personas de que son capaces de comportarse del modo saludable.

Otra estrategia utiliza **mensajes informativos y campañas** que llegan a los ciudadanos a través de los **medios de comunicación**.

Son necesarios al menos cinco procesos diferentes para llegar a promover el cambio de conducta a través de las campañas informativas: **captar la atención** de la audiencia, garantizar la **comprensión** del mensaje, su **aceptación**, su **retención**, y **acción** a través de la cual las personas llevan a cabo el comportamiento saludable.

Las claves que actualmente conocemos que facilitan la efectividad de un mensaje de este tipo son:

- Que el comunicador se muestre como experto, personalmente atractivo y seguro en la transmisión del mensaje.
- Que el mensaje sea claro, conciso y no demasiado complejo (PIR 12, 95).
- El tipo de argumento dependerá de la audiencia, y recogerá las objeciones que se anticipen en el receptor.
- Se deben explicitar las conclusiones, no suponiendo que el receptor las extraerá por sí mismo.

En general, parece que las actitudes tienen una mayor influencia sobre la conducta cuando se adquieren a través de una **experiencia directa**, cuando es **fácilmente accesible y relevante** y cuando tiene **interés para la persona**, así como cuando es **consistente** y no entra en contradicción con las normas prevalentes.

A nivel conductual, es importante destacar que es más fácil iniciar un cambio hacia un hábito de salud que mantener dicho cambio.

IX) Ámbitos de aplicación de los programas de prevención y promoción de salud

- Recomendación médica: dado el prestigio del personal médico, la consulta puede ser un lugar idóneo para promover conductas de salud. Por ejemplo, el porcentaje de personas que responden a advertencias médicas de dejar de fumar está en torno a un 3 por 100 (Lancaster y Otead, 2004).
- Campañas en medios de comunicación: las campañas en los medios tienen un efecto limitado, aunque las exitosas lo son por ofrecer información amplia, coherente y durante bastante tiempo, como el *Stanford Three Community Study*, dirigido a reducir el riesgo coronario. En este trabajo, se observó cómo la ciudad en la que se redujo el riesgo en mayor medida (Watsonville) se complementó una campaña en medios de comunicación con un programa de instrucciones cara a cara.

- Promoción en la escuela: los programas más recientes se dirigen a desarrollar habilidades de afrontamiento (comunicación, asertividad, resolución de conflictos etc), y los programas más eficaces incluyen el contexto del alumno, como su familia e iguales. Ejemplos son los programas de prevención de consumo de sustancias (Botvin, Baker, Dusenbury, Tortu, 1990; Perry, Williams, Veblen-Mortenson, 1996; Perry, Williams, Komro, 200), trastornos alimentarios (Raich, Sánchez, Carracedo, López-Guimerá, Portell, Moncada y Fauquet, 2008), estos últimos han sido más eficaces cuando se dirigen a adolescentes de alto riesgo.
- Promoción en el trabajo: los programas más frecuentes se dirigen a la prevención de riesgos laborales y resucitación cardiopulmonar, además de los centrados en el abuso de drogas, ejercicio físico y prevención de manejo del estrés. Para que tengan éxito es necesario el apoyo de la empresa y la implicación del profesional.
- Grupos de autoayuda: el grupo desempeña un papel crítico al proporcionar apoyo, refuerzo, sanciones y feedback, como en el caso de los alcohólicos anónimos. Estos grupos no tienen muchos resultados sobre su eficacia e indican tasas de recaída tras un año del 68 por 100, por lo que aunque pueden ser muy útiles a corto plazo, no está demostrada su eficacia a largo plazo.
- Programas comunitarios: sus ventajas son que se llevan a cabo en el medio natural de la persona y facilitan la generalización de los resultados, la oportunidad de intercambiar información, dar y recibir apoyo social y su bajo coste. No obstante, para que sean efectivos deben incluir múltiples canales de información para llegar a la población deseada, como las mencionadas anteriormente (trabajo, escuela, médico). Un ejemplo es el programa North Karelia Project, que redujo el riesgo cardiovascular en 17% en hombres y un 11% en mujeres en Finlandia a lo largo de 5 años.

2.2. CONDUCTA DE ENFERMEDAD Y ROL DE ENFERMO

La **conducta de enfermedad** es un término asociado a la enfermedad subjetiva, y consiste en las actividades realizadas por las personas que no han recibido aún un diagnóstico, pero que experimentan síntomas. Este comportamiento busca determinar el estado de salud y descubrir las medidas adecuadas a adoptar. Mechanic (1962) lo definió como “el modo en que las personas perciben, evalúan e interpretan las sensaciones que provienen de sus cuerpos” (PIR 97, 138). Se han indicado cuatro factores que pueden afectar a cómo una persona responde ante sus síntomas: la negación a buscar ayuda (hay una discrepancia entre lo que las personas recomiendan a los demás y lo que hacen ellas cuando perciben síntomas); ciertas variables sociales y demográficas, como el hecho que se apreció hace años consistente en que las personas de niveles socioeconómicos más bajos eran hospitalizadas con mayor frecuencia y los ingresos duraban más; las características de los síntomas (visibilidad, severidad percibida, interferencia con la vida, frecuencia y persistencia); y la visión personal de la enfermedad.

El **rol o papel de enfermo** es un concepto atribuible al sociólogo Parsons. Fue definido por Kasl y Cobb (1966) como la actividad que desarrollan las personas enfermas **tras haber sido diagnosticadas** con el fin de recuperar la salud. Este concepto, según Parsons, comporta una serie de expectativas sobre los derechos y obligaciones atribuidos a la persona enferma. Por una parte la enfermedad libera al enfermo de sus responsabilidades y obligaciones habituales y se considera que la persona enferma no tiene la culpa de su condición, mientras que por otra parte, una persona enferma debe tomar las medidas precisas para restaurar su salud y debe buscar ayuda de expertos competentes y cooperar con el tratamiento (PIR 19, 59).

Este concepto ha recibido diversas críticas:

- Su aplicación se limita a las enfermedades agudas, en las cuales la persona puede llevar a cabo conductas o tratamientos que le ayuden a recuperar su salud. El hecho de recuperar la salud no es posible en las enfermedades crónicas o en las agudas terminales, por lo que este concepto no podría aplicarse a este tipo de enfermedades.
- Su aplicación puede tener efectos colaterales como por ejemplo, utilizar este rol como mecanismo de evitación de determinadas obligaciones y responsabilidades o para obtener ciertos beneficios.

2.3. INDICADORES DE SALUD Y ENFERMEDAD

Las medidas de frecuencia de la enfermedad suelen usarse en **epidemiología descriptiva** como indicadores de la salud de una población.

El concepto de **tasa** se refiere aquí a la proporción de casos durante un período de tiempo específico en una población determinada.

La **tasa de incidencia** de una enfermedad se refiere al número de casos nuevos de la misma, que se producen en una población definida y en un periodo de tiempo determinado.

La **tasa de prevalencia** señala el número total de casos de un trastorno existentes en una población que se han acumulado a lo largo de un intervalo de tiempo concreto. Los tipos más frecuentes son la prevalencia puntual, la prevalencia anual y la prevalencia vital.

La **epidemiología analítica** estudia las causas asociadas a las tasas que nos ofrece la epidemiología descriptiva. El **riesgo** indica la probabilidad de que ocurra un evento (enfermedad, muerte...).

Los **factores de riesgo** pueden definirse como variables modificables que están asociadas a una mayor probabilidad de padecer una enfermedad (González Svatetz y Agudo, 2003) (PIR 12, 170). También han sido definidos como características o condiciones que están presentes con mayor frecuencia en las personas que padecen una enfermedad que en las que no la padecen (Brannon y Feist, 2001). No determinan causalidad, pues para que un factor de riesgo pueda señalarse como causa de un trastorno ha de cumplir una serie de requisitos.

Los **marcadores de riesgo** son las variables no modificables que conllevan una mayor probabilidad de padecer una enfermedad en el futuro (por ejemplo una determinada edad, un determinado sexo o tener antecedentes familiares de la enfermedad).

El **riesgo absoluto** indica la incidencia de una enfermedad en una población. Indica la probabilidad de que un daño ocurra en una población, incluyendo a las personas con determinados factores de riesgo y sin ellos.

El **riesgo relativo (RR)** indica la probabilidad de que una enfermedad se desarrolle en un grupo expuesto a una característica o factor de riesgo en relación a la del grupo no expuesto. Equivale a la razón entre la incidencia de la enfermedad del grupo expuesto y la incidencia de la enfermedad del grupo no expuesto.

Un **RR de 1** indica que no hay relación entre el factor de riesgo y la enfermedad.

Un **RR mayor que 1**, indica que se trata de un factor de riesgo.

Si **RR es menor de 1**, puede indicar un efecto protector (Gordis, 2005).

La OMS señala los diez factores de riesgo más importantes a escala mundial. Según describe, con la suma de todos ellos se relacionan el 40% de las muertes que se producen cada año en todo el mundo:

- Insuficiencia ponderal en niño y madre.
- Prácticas sexuales de riesgo.
- Hipertensión arterial.
- Tabaquismo.
- Consumo de alcohol.
- Insalubridad del agua y falta de higiene.
- Hipercolesterolemia.
- Humo de combustibles sólidos en espacios cerrados.
- Déficit de hierro.
- Sobrepeso y obesidad.

RECUERDA

- ◆ Las **conductas de salud** buscan prevenir la enfermedad; dependen de creencias, emociones, contexto social y percepción del riesgo.
- ◆ Los modelos más relevantes son el de **creencias sobre la salud**, la **acción razonada / comportamiento planificado**, la **motivación a la protección**, la **autoeficacia de Bandura** y el **modelo transteórico** de cambio.

- ◆ La **conducta de enfermedad** aparece ante síntomas sin diagnóstico, y el **rol de enfermo** implica derechos (exención de obligaciones) y deberes (buscar y seguir tratamiento).
 - ◆ Los **indicadores de salud** incluyen incidencia, prevalencia, riesgo absoluto y relativo; los **factores de riesgo** son modificables y los **marcadores**, no.
-

3. PERSONALIDAD Y SALUD

Las relaciones entre personalidad y enfermedad pueden explicarse a partir de dos tipos de mecanismos que no son incompatibles entre sí:

- *Directos*: la personalidad puede influir en la salud a través de una excesiva reactividad fisiológica ante el estrés.
- *Indirectos*: la personalidad influye en la salud porque afecta a los hábitos y conductas de salud y a las reacciones ante la enfermedad.

3.1. LOS CINCO GRANDES Y LA SALUD Y ENFERMEDAD

En general, este acercamiento estructural a las conductas de salud a partir de la personalidad, ha sido menos fructífero que el que se realiza a partir de diversos procesos psicológicos y variables contextuales.

El **Neuroticismo (N)** parece predecir las **quejas somáticas** y la **conducta de enfermedad**, pero su relación con la **enfermedad objetiva** es menos clara. Algunas personas altas en N presentan una autofocalización, que puede hacer que perciban e informen de más síntomas. Puede que la tendencia a la emocionalidad negativa influya en la inconsistencia de los resultados de los estudios que pretenden relacionar Neuroticismo y salud.

Se ha encontrado que el factor Neuroticismo (N) se asocia con más síntomas y menos conductas de salud, mientras que los restantes factores del modelo de los Cinco Grandes (Extraversión, Amabilidad, Tesón y Apertura mental) parecen ser dimensiones que favorecen la salud. Estas relaciones están mediadas por variables como el apoyo social (mayor en estas dimensiones), las estrategias de afrontamiento (centradas en las emociones o en conductas de evitación en el caso del N o más activas en las demás dimensiones), los acontecimientos vitales y diarios a los que se enfrenta la persona (más estresantes en el N o más positivos en el resto de las dimensiones) y las creencias sobre la salud (Bermúdez, 2003).

3.2. OTRAS VARIABLES DE PERSONALIDAD

La **supresión emocional** consiste en la inhibición deliberada de los afectos negativos y de su expresión (Contrada y Guyll, 2001). Esta estrategia supone un esfuerzo psicológico importante que puede llegar a ser una fuente de estrés que cree o agrave problemas de salud, afectando por ejemplo al sistema inmunológico. Para algunos autores, lo que afectaría a la salud no sería tanto un estilo de afrontamiento supresor sino la incapacidad de reconocer y expresar las emociones (**alexitimia**). La alexitimia se define como una característica personal que consiste en la discapacidad para describir verbalmente la experiencia emocional. Ha sido relacionada con enfermedades físicas (trastornos respiratorios por ejemplo) y con quejas somáticas. El concepto de alexitimia tiene cuatro dimensiones, representadas en la escala de alexitimia del grupo de Taylos (*Toronto Alexithymia Scale*; Taylor et al., 1985): dificultad para identificar emociones; dificultad para comunicar emociones; reducción de ensueños y fantasías y pensamiento orientado externamente. Estas dimensiones correlacionan positivamente con lo que a continuación veremos como los tipos y 1 y 5 de reacción al estrés de Eysenck y Grossarth-Maticek, y negativamente con el tipo 4 o saludable. Además la dificultad para identificar sentimientos parece ser un factor de riesgo general psicosomático, ya que se asocia positivamente a todos los tipos no saludables de reacción al estrés.

El estilo atribucional de las personas se relaciona con la salud a través de las estrategias de afrontamiento que se utilizan, de la autoeficacia percibida y de los hábitos de salud. Además, diversos estudios muestran que un **estilo atribucional pesimista** se ha relacionado directamente con inmunosupresión, menor supervivencia en personas con cáncer de mama o enfermedad coronaria, depresión y peor salud física general, valorada en un estudio longitudinal.

Entre las **variables protectoras de la salud** se encuentran la **autoeficacia** y la **extraversión**, que está asociada a un buen autoconcepto ante situaciones potencialmente estresantes y a la valoración de desafío en lugar de amenaza.

El **sentido de coherencia** (orientación por la que la persona considera que lo que ocurre en su vida es comprensible, manejable y con significado) se ha relacionado con indicadores subjetivos de salud, con más prácticas de conductas saludables, más apoyo social y afrontamiento centrado en los problemas.

La personalidad resistente o **hardiness** también parece ser un protector de la salud en condiciones de alto estrés. Los estudios han medido de forma mayoritaria indicadores subjetivos de salud, como síntomas informados, siendo necesaria más investigación con indicadores objetivos.

El **locus de control**, o creencia sobre si los resultados son controlados interna o externamente, también se ha asociado con la salud y la enfermedad debido a su asociación con los estilos de vida. Las personas con alto sentido de control personal pueden ser más capaces de mantener su salud, prevenir la enfermedad o ajustarse a ésta realizando comportamientos para recuperarse antes. Sin embargo, parece que esta variable sólo explica el 10% de la varianza conductual en este campo. Ello se mejora reformulando la teoría del aprendizaje social aplicada a la salud: el **locus de control interno** para la salud predecirá acciones que la promuevan o mejoren sólo en caso de que el individuo valore la salud como una prioridad. Además, hay que recordar que las expectativas de las que hablamos son generales y permiten predecir índices de conductas de salud también generales, por lo que para predecir comportamientos concretos serán más relevantes otras variables (Ej: autoeficacia percibida para una conducta).

3.3. MOTIVOS SOCIALES

I) Necesidad de poder

Se refiere al deseo de tener impacto sobre los demás (McClelland, 1975). Las conductas de las personas con alta necesidad de poder dependen del sentido de responsabilidad que posean (Winter, 1988). Así, las personas pueden llevar a cabo comportamientos socialmente aceptables, o bien buscar influir en los demás a través de la agresividad, el uso de alcohol o drogas, etc.

El **síndrome de poder inhibido** o la inhibición de la motivación de poder es un patrón que combina:

- Alta necesidad de poder.
- Baja motivación de afiliación.
- Alto autocontrol, o tendencia a inhibir la expresión de poder.

McClelland y otros (1972) comprobaron que las personas con alta motivación de poder tendían a beber **alcohol** de forma excesiva solamente en caso de poseer baja inhibición de la actividad.

McClelland (1979) propuso la hipótesis de que una fuerte **necesidad de poder inhibida** (PIR 09, 09) o **desafiada incrementaría la vulnerabilidad a padecer enfermedades**.

La llamada **motivación de poder estresada** consiste en alta necesidad de poder + alto estrés situacional de poder o acontecimientos estresantes relacionados con el poder.

Según las investigaciones realizadas, la motivación de poder estresada se ha relacionado con una peor salud física, con una mayor actividad simpática y con menor competencia inmunológica. Una explicación a estos datos sería que la motivación de poder estresada llevaría a una activación simpática, que si se cronifica conduciría a incrementos en la presión sanguínea y a una mayor liberación de catecolaminas ante el estrés. Ello produciría un debilitamiento de las defensas y se incrementaría el riesgo de enfermedades infecciosas (McClelland, 1989).

Relaciones entre motivación de poder y salud		
Motivación de poder	Motivación de poder inhibida	Motivación de poder + alto estrés de poder
+ epinefrina en orina (Steele, 1973)	Mayor riesgo de hipertensión esencial (McClelland, 1979) Mayor presión sanguínea en tareas de laboratorio (Fontana y cols. 1987)	Más enfermedades físicas autoinformadas (McClelland y Jemmott, 1980) Mayor número de enfermedades respiratorias (McClelland y Jemmott, 1980) Menor concentración del anticuerpo IgA en saliva (Jemmott y cols., 1983) Menor actividad de las células natural killer (NK) (McClelland y cols., 1986)

II) Necesidad de afiliación

Se refiere a la preocupación por establecer y mantener relaciones afectivas con otros como un fin en sí mismo.

La necesidad de afiliación parece asociarse a **indicadores positivos de salud**. Se ha relacionado esta variable con:

- Menor presión sanguínea a largo plazo.
- Autoinformes de enfermedad de gravedad más baja (en sujetos altos en afiliación y bajos en estrés informado).
- Mayores niveles de células NK o de IgA en saliva en condiciones de estrés.

Esto se daría especialmente en el caso de una alta necesidad de afiliación positiva o confiada (frente a la desconfianza afiliativa) pues esas personas pueden beneficiarse del efecto positivo del apoyo interpersonal. Sin embargo, las personas con sentimientos cínicos hacia las relaciones pueden llegar a experimentar ansiedad y desconfianza, lo que no favorece la salud.

3.4. TIPOS DE REACCIÓN AL ESTRÉS (Eysenck y Grossarth-Maticek (1990, 1991))

Se trata de uno de los modelos más recientes para explicar la implicación psicológica en los trastornos psicosomáticos.

Parte de una serie de estudios de Grossarth-Maticek, Eysenck y Verter (1988) en la antigua Yugoslavia y en Alemania.

Su pretensión inicial consistía en identificar factores para la explicación diferencial de la etiología del cáncer y de la cardiopatía coronaria (CC) y accidentes cerebrovasculares (ACV).

Hasta la actualidad han formulado 6 tipos de respuesta al estrés, con implicaciones diferenciales en el desarrollo y curso de los trastornos psicosomáticos:

– Tipo 1: predisposición al cáncer

Funciona bajo una elevada dependencia afectiva respecto a algún objeto con valor emocional, a la vez que muestra inhibición para establecer relaciones de intimidad o proximidad con personas o seres queridos. De este modo, la pérdida del objeto se mantiene como fuente permanente de estrés e indefensión. Ante situaciones de estrés, estas personas reaccionan con desesperanza, indefensión, represión de las emociones e idealización. Predomina la hipoestimulación.

– Tipo 2: predisposición a la cardiopatía coronaria y accidente cerebrovascular

Reacciona al estrés mediante exaltación general, ira, agresividad e irritación crónicas. Evalúa de forma extrema los objetos o personas perturbadoras. Predomina la hiperexcitación (PIR 07, 165).

– **Tipo 3: histérico**

Alterna la expresión de las características de los perfiles 1 y 2. Oscila entre la indefensión y desesperanza y la ira, agresión e irritabilidad. Se propone como protector tanto del cáncer como de la CC. Predomina la ambivalencia.

– **Tipo 4: saludable protector de la salud**

Funciona con un marcado grado de autonomía personal y comportamental. Afronta el estrés de forma apropiada y realista. Esto supone un beneficio para la salud.

– **Tipo 5: racional-antiemocional**

Funciona con un predominio de lo racional sobre lo emocional a la hora de responder al estresor. Reaccionaría con represión o negación de las manifestaciones afectivas y dificultad para expresar emociones. Se propone como predisponente a la depresión y al cáncer.

– **Tipo 6: antisocial**

Muestra tendencia a la respuesta antisocial y/o criminal. Se propone como predisponente al consumo de tóxicos, y sería la vía de las conductas perjudiciales para la salud la que le haría más vulnerable a estas enfermedades. Predomina la conducta psicopática.

Es el tipo de formulación más reciente, con apoyo empírico más débil.

Basándose en que estos tipos son modificables mediante aprendizaje, **Eysenck** y **Grossarth-Maticek** han desarrollado un método de terapia de conducta, denominado *Terapia de Innovación Creativa*, aplicado a los tipos 1 (propensión al cáncer) y 2 (propensión a Cardiopatía Coronaria), de forma profiláctica, con el objetivo de reducir la probabilidad de muerte por estas enfermedades. Igualmente, han publicado dos cuestionarios para evaluar los seis tipos de reacción al estrés. La forma breve del cuestionario está traducida al castellano (**Inventario Breve de Reacciones Interpersonales**, Sandín, 2008). En trabajos posteriores parece que todos los tipos excepto el 5 correlacionan positivamente con el neuroticismo, y el afrontamiento focalizado en la tarea se relaciona con los tipos 4 y 5 y negativamente con el resto de tipos. Las formas de afrontamiento focalizadas en la emoción o evitación correlacionan positivamente con los tipos 1, 2, 3 y 6, y negativamente con el tipo 4.

Por el momento el modelo tiene apoyo de estudios longitudinales que valoran:

- Que existen conexiones entre los tipos de respuesta y el desarrollo e historia de enfermedad.
- La ocurrencia de muerte diferencial por cáncer o cardiopatía isquémica/ictus.
- Las diferencias se acentúan cuando se trata de individuos sometidos a estrés psicosocial.

Los autores críticos plantean dudas hacia el modelo a pesar de sus prometedores apoyos. Las críticas tendrían que ver con el hecho de que se trata de resultados correlacionales y con los aún escasos estudios de equipos independientes sobre el tema.

3.5. TIPOS DE PERSONALIDAD EN PSICOSOMÁTICA

Desde los primeros desarrollos científicos de la Psicología de la Salud y de la Psicosomática se fueron ofreciendo sistematizaciones de perfiles de personalidad que harían vulnerable al individuo ante determinadas enfermedades, o que contribuirían a un peor pronóstico de las mismas. En el contexto del estudio de diversas patologías se fueron haciendo propuestas que han evolucionado de manera desigual en la cantidad y resultados de los estudios de cara a investigar su fiabilidad y validez. Se ha hablado de patrones de conducta tipo A, B y C; de personalidad artrítica, de conflictos de dependencia en el asma, etc. En algunos casos incluso se hablaba de estas variables de personalidad como causantes de la enfermedad.

El *patrón de conducta tipo A* fue propuesto por Friedman y Rosenman en 1959 como un patrón que predisponía a las personas al trastorno coronario. Es la que se ha seguido, con mucha diferencia, de más cantidad de estudios de investigación. Estas

personas se caracterizan por la competitividad, la sobrecarga laboral, el elevado sentido de la urgencia o impaciencia y la hostilidad.

Los tipos B y C aparecen citados con poca frecuencia en los manuales de Psicología de la Salud modernos, y sólo ocasionalmente descritos.

La *personalidad tipo B* suele describirse como un estilo "con características opuestas a las del patrón tipo A", y se propondría como saludable.

La *personalidad tipo C* (Temoshok, 1985) aparece descrita como "apaciguadora, no asertiva, extremadamente paciente y cooperativa, buscadora de armonía y evitadora de conflictos, dócil y defensiva" (Baltrusch, Stangel y Waltz, 1988). A menudo se ha relacionado con el cáncer.

La *personalidad Tipo D* (Denollet y otros, 1996) es un constructo que se formula en enfermos coronarios para tratar de explicar la relación entre la depresión y la enfermedad coronaria. Presentaría dificultades para expresar las emociones negativas, lo que afectaría en un sentido negativo al pronóstico y la evolución de la enfermedad coronaria.

RECUERDA

- ◆ La personalidad influye en la salud de forma directa (reactividad fisiológica al estrés) e indirecta (hábitos y afrontamiento).
 - ◆ En los Cinco Grandes, el Neuroticismo se asocia a más síntomas y menos conductas saludables, mientras que Extraversión, Amabilidad, Tesón y Apertura favorecen la salud.
 - ◆ Variables protectoras: autoeficacia, locus de control interno, sentido de coherencia y personalidad resistente. Factores de riesgo: alexitimia, supresión emocional y estilo atribucional pesimista.
 - ◆ Patrones relevantes: tipo A (cardiopatía), tipo C (cáncer), tipo D (coronaria + depresión) y los tipos de Eysenck y Grossarth-Maticek, donde el tipo 4 es el más saludable.
-

ESQUEMA DE CONTENIDOS

