



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

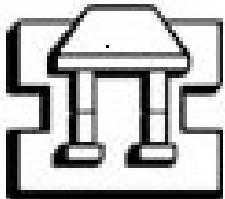
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

“LA INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO UNA TEORÍA
EXPLICATIVA DE LOS FACTORES EMOCIONALES QUE INFLUYEN
EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
GUILLERMO ANDRADE SÁNCHEZ
RAQUEL ADRIANA ROSALES RENDÓN

ASESORES: MTRA. LAURA RUTH LOZANO TREVIÑO
LIC. ROSA ISABEL GARCÍA LEDESMA
LIC. ADRIÁN MELLADO CABRERA



LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, EDO. DE MEX.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



AGRADECIMIENTOS DE GUILLERMO

“ΜΙΑ ΣΙΔΑΣ ΗΕ ΡΕΧΟΡΡΙΑΟ Ψ ΝΥΝΧΑ ΣΕΡΑ ΛΟ ΜΙΣΜΟ”

**Dentro de un alma absolutamente libre
de pensamientos y emociones
ni siquiera el tigre encuentra espacio
para clavar sus fieras garras.**

**Si la misma brisa pasa
sobre los pinos en la montaña,
sobre los robles en el valle;
¿por qué dan un sonido diferente?**

**Ningún pensamiento, ninguna reflexión,
perfecta vacuidad;
sin embargo dentro algo se mueve,
siguiendo su propio curso.**

**El ojo la ve,
pero las manos no pueden apresarle.
La luna en la corriente.**

**Nubes y brumas
son transformaciones medioambientales
pero por encima de ellas,
eternamente brilla el Sol y la Luna**

**La victoria es para aquel,
que incluso antes del combate
no tenga pensamientos sobre sí mismo,
y que more en la no-consciencia del Gran Origen.**

Bruce Lee

"El ser humano es una contradicción que se niega a si misma, y debido a esta inexistencia, vivirá eternamente; en un gran subterfugio" Satori. G.

A mi madre por ser una gran mujer y una gran amiga.

"El ejemplo del que sufre con paciencia, es la más preciosa de todas las lecciones" Sir A. Conan Doyle

A mis hermanos, "uno para todos y todos para uno".

A Raquel; por su cariño, paciencia y perseverancia.

A Camy; por los momentos de alegría y sorpresas que me ha dado.

A mis amigos de la preparatoria 3: Jazmín, Lázaro, Víctor y Winnie. Porque los años de juventud, son los más felices para la mayoría de los seres humanos.

A mis amigos Chui, Marcela y Mario por hacer de los momentos desagradables sólo una cuestión de apreciación.

Y a todos aquellos que han participado indirecta o directamente en la realización de este trabajo, mi eterno agradecimiento.

"Uno no puede pensar acerca del amor. Puede pensar en la persona que ama, pero, ese pensamiento no es amor y así gradualmente; el pensamiento toma el lugar del amor... ¿Puede la relación basarse en una idea? Si lo hace ¿No es una actividad que lo encierra a uno mismo? ¿No es inevitable que haya contienda, lucha y desdicha?" J. Krishnamurti

A la maestra Laura Ruth:

Gracias por sus aportaciones, su visión crítica y otras tantas cosas; por motivarnos a continuar a pesar de las dificultades y por tener fe en nosotros.

A los maestros Rosy y Adrián:

Gracias, todo lo que ustedes comentaron, aconsejaron, y cuestionaron; ha enriquecido este trabajo y también a nosotros como personas.

"El camino perfecto sólo es difícil para aquellos que eligen y escogen. Que no te guste, que no te disguste; entonces todo estará claro. Por un pelo de diferencia, el cielo y la tierra se separan; si quieres que la verdad esté claramente delante de ti, nunca estés a favor o en contra. La lucha entre "a favor" o "en contra" es la peor enfermedad de la mente".



精氣神 →

AGRADECIMIENTOS DE RAQUEL

“No es grande el que triunfa, sino el que jamás se desalienta” M.D.

“No se ve bien, más que con el corazón. Lo esencial

es invisible a los ojos” Antoine de Saint Exupery.
Nunca creas que lo evidente es la verdad.

A DIOS



“Esperanza mía y castillo mío, mi Dios, en quien confiaré”.
Salmo 91:2.

Por ser mi apoyo incondicional en todo momento y ser mi gran amigo. Gracias porque en los momentos más difíciles estuviste a mi lado enseñándome a tener fe y por sobre todas las cosas a confiar en ti. Gracias porque tú siempre caminas conmigo.

A MIS PADRES (Carmen y Emilio)



“El sentimiento más profundo, se revela siempre en silencio”.
Marianne Moore

Porque por ustedes estoy donde estoy ahora. Gracias por enseñarme a superarme y a seguir siempre más adelante sin rendirme. Gracias por su apoyo en todo momento y por sus consejos. Los quiero mucho aunque no siempre lo demuestre.

A GUILLERMO



“Cuando tu mayor debilidad es el amor, eres la persona más fuerte del mundo”. Germán Wold.

Mi vida, lo logramos... por fin. Te quiero mucho, me enseñaste muchas cosas, pero la principal... a confiar en mi misma y a ver con los ojos del alma. Que Dios te bendiga siempre.

A MI FAMILIA



“Cuando tratamos de descubrir lo mejor que hay en los demás descubrimos lo mejor de nosotros mismos”. William Arthur.

A los que han estado conmigo o estuvieron conmigo (tíos, tías, primas, mis hermanas, abuelitos) muchísimas gracias, no los pongo porque son bastantes. Y a los que no, de todos modos gracias, los comprendo y también... ¿porqué no?, tienen un lugar especial en mi corazón.

A LA FAMILIA “ANDRADE SÁNCHEZ”



“La vida no es nada sin amistad”. Cicerón.

Sra. Elia, Guillermo, Arturo, Carlos, Julio y Marco...ah y Camy. Porque ustedes siempre han sido como una segunda familia para mí, por los buenos momentos gracias; por su apoyo y por existir.

A MIS AMIGUÍSIMOS DEL ALMA



“El recuerdo de una amistad del colegio, tiene cierta fuerza mágica: ablanda el corazón y hasta conmueve el sistema nervioso”. Benjamín Disraeli.

Mario Paz, Adán Valera, Marisela Romero, Jon, Juanjo, Mitzi P, Caro Gómez, Kaba (o como se escriba), Gaby Maza, Annel. Nunca olvidaré su compañía y su cariño; cada uno de ustedes me ha hecho muy feliz en alguna etapa de mi vida. Gracias por ser mis amigos, espero que por mucho tiempo siga la amistad y que un día después de 30 años nos podamos seguir reuniendo y tomarnos un café o una chela (¿para qué ser tan fresas?), recordando aquella época de juventud. Son mis mayores deseos.

A QUIENES ME HAN INSPIRADO



“En las cosas simples está el verdadero valor de la vida”.
R.A.

Guillermo A. (por tu ternura), Vanesa P. (por tu ejemplo), Gaby R. R. (por tu fuerza), Tere y Ray (por su nobleza), Arturo A. (por tu alegría de vivir), Chenita (por tu inocencia), Carmen Rendón S. (por tu amistad incondicional), Martha Rendón S. (por ser como un ángel en la vida de las personas), D.L. Paz. P. (por existir).

A MIS MAESTROS



“La cultura se adquiere leyendo libros, pero el conocimiento del mundo, que es mucho más necesario, sólo se alcanza leyendo a los hombres”. Lord Chesterfield.

De toda mi historia académica que por su enseñanza y sus valiosos consejos me alentaron a seguir adelante. A ustedes:

Genaro Reyna (de la Sec); Carlos Chávez, Alicia Govea, Tolentino, Mckeligan, Carlos Gómez (del Bachi); Eduardo Ibarra (piano); Sigfred Cid (coro); Joaquín Pérez Chico, Antonio Corona, Estéban Cortés, Laura Ruth Lozano, Rosa Isabel García, Adrián Mellado, Lucina Jiménez, Fernando Herrera y Juan José Josseff (de la FES Iztacala) y Emilio Rosales Y Carmen Rendón (de toda la vida).

A LAURA RUTH

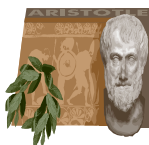


“El conocimiento llega, pero la sabiduría se queda”. Alfred Tensión

Gracias por sus consejos y aportaciones a esta tesis y por comprendernos y tolerarnos a pesar de tanto tiempo. Gracias porque usted siempre nos daba el apoyo, confianza, alegría y seguridad necesaria para continuar con este trabajo

y esta etapa. Eso es lo que realmente hacen los verdaderos maestros. Por todo ésto y más...gracias.

A ROSY Y ADRIÁN



“El conocimiento es el alimento del alma”. Platón.

Porque sus valiosos consejos, sugerencias y aportaciones nos ayudaron en verdad a la realización de este trabajo. Gracias por el apoyo y la comprensión.

A QUIENES NO ESTÁN AQUÍ



“Los primeros veinticinco años de la vida valen por todos los restantes”. George Borrow.

Si alguien me ha faltado de agradecer, lo haré personalmente y perdón si alguien me ha faltado, yo de todos modos les agradezco a todos los que han estado conmigo en algún momento de mi vida... por cierto, casi se me olvidaba: a la familia de Tabasco, por los momentos de alegría y diversión gracias. Ah... también a los compañeros del IEDF, porque trabajar ahí es como vivir una segunda adolescencia; ¿o no Adán? Ah... también al grupo 06 de la generación 98-01. Héctor Silva donde quiera que estés, gracias por esa foto eh?. Qué más puedo decir...

G R A C I A S

**“La salud es la primera de todas las libertades”
Amiel**

ÍNDICE

	Pgs.
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4

CAPÍTULO 1

EL DESARROLLO DEL CONCEPTO DE SALUD A LO LARGO DEL TIEMPO Y EL SURGIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	14
--	----

1.1. El modelo médico de la salud.....	14
1.2 El modelo biopsicosocial.....	24
1.3. La Psicología de la Salud.....	32
1.3.1 Definición de la Psicología de la Salud.....	33
1.3.2 Surgimiento de la Psicología de la Salud.....	35
1.3.3 Actividades del psicólogo de la salud.....	43

CAPÍTULO 2

LA TEORÍA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	48
---	----

2.1 Antecedentes: Cómo surgió el concepto de inteligencia.....	48
2.2 Definición de la inteligencia.....	56
2.3. Definición de la Inteligencia Emocional.....	70
2.4. Bases teóricas y elementos que la constituyen.....	72

CAPÍTULO 3

LA INFLUENCIA DE LAS EMOCIONES EN LA SALUD Y ENFERMEDAD.....	80
3.1. Las emociones.....	80
3.2. La influencia del estrés, ansiedad, depresión y el déficit afectivo en el proceso salud-enfermedad.....	101
3.2.1. Estrés.....	101
3.2.2. Ansiedad.....	114
3.2.3. Depresión.....	131
3.2.3.1. Definición y tipos de depresión.....	134
3.2.3.2 Causas.....	139
3.2.3.3. Depresión y salud y alternativas terapéuticas.....	144
3.2.4. Déficit afectivo.....	151
3.2.4.1. Apoyo social y salud.....	159
3.3. Elementos psicológicos de la Inteligencia Emocional que apuntalarían las estrategias de promoción en la salud.....	169
 CONCLUSIONES	 181
BIBLIOGRAFÍA	192

RESUMEN

El presente trabajo tuvo la finalidad de analizar los diferentes elementos psicológicos de la teoría de la inteligencia emocional enraizada en la perspectiva cognoscitivista, para comprender la influencia de las emociones en el proceso salud-enfermedad.

Para dar respuesta a éste objetivo, hablamos en el primer capítulo de la salud. La salud es un término que en los últimos años ha cambiado mucho, desde su aparición casi simultánea al hombre. En un principio, se pensaba que la enfermedad era producto de fuerzas sobrenaturales como: malos espíritus, castigos divinos, etc. Con el advenimiento de la revolución industrial, se crea un concepto de salud más científico que tiene como base el modelo biomédico; sin embargo, éste es extremadamente naturalista rayando en el reduccionismo. No obstante, a mediados del siglo XX, el concepto de salud se modificó debido al surgimiento de “nuevas” enfermedades que estaban relacionadas con el estilo de vida de las personas, entre otras variables. De esta manera surgió el modelo biopsicosocial, que daría pie a que surgieran disciplinas como la Psicología de la Salud.

En el capítulo dos se habla de la teoría de la inteligencia emocional (I.E.); la cual consta de dos elementos fundamentales: La aptitud personal y la aptitud social; cada una de éstas está constituida por diferentes componentes. La aptitud personal esta constituida por la autorregulación, automotivación y autoconocimiento. Por otra parte la aptitud social se compone de la empatía y las habilidades sociales. La teoría de la I.E. tiene sus antecedentes en la inteligencia social de Thondrike; pero, no es hasta finales de los 80`s y principios de los 90`s cuando se habla de I.E. con los avances en neurociencias como la psiconeuroinmunología.

En el último capítulo abordamos la relación entre emociones y salud. Nos enfocamos a ver la influencia del estrés, ansiedad, depresión y déficit afectivo; en la salud. Analizando al final, en base a los elementos de la teoría de la IE; la influencia de las emociones en la salud y enfermedad y algunas estrategias de promoción de la salud.

Finalizando se pudo concluir, que la influencia de los factores emocionales puede ser determinante en el restablecimiento de la salud o la pérdida de la misma; y La falta de cuidado en estos aspectos puede ser contraproducente. De esta manera, es importante crear programas enfocados para el fomento de la inteligencia emocional en el área de la salud.

INTRODUCCIÓN

Desde su aparición, el hombre ha tratado de explicar y entender lo que ocurre a su alrededor. Los espíritus, entes demoníacos, las malas energías y castigos divinos fueron los primeros intentos del ser humano por llegar a entender el mundo y el universo en el que vivía. Estos hombres tenían la finalidad de construir una cosmovisión que les permitiera entender mejor su entorno, llevándolos a explicar diferentes fenómenos naturales, como si fueran manifestaciones de seres divinos y poderosos. Es así como construyeron deidades que representaban acontecimientos climáticos y físicos como la lluvia, el aire, el fuego, la muerte, la fertilidad, etc.

En el contexto antes descrito, el ser humano tenía una idea sobre los problemas sanitarios; y fue la ferviente creencia de que estos problemas eran manifestaciones de espíritus o fuerzas malignas. Por este motivo, no es de extrañarse que los diferentes tratamientos estuvieran enfocados a destruir o alejar el mal que se cernía sobre el afectado. Así, por ejemplo, una cefalea se trataba mediante un ligero traumatismo craneal, que permitiera el escape al ente maligno de la cabeza del afectado.

Con el paso de los años y específicamente en Grecia en el año 400 a.c.; un hombre llamado Hipócrates cambió esta idea. Él decía que la enfermedad era el producto de la interacción entre los diferentes humores que constituían al hombre, explicando la relación existente entre éstos humores y los elementos de la naturaleza. De esta forma Hipócrates dio un giro al sentido de la enfermedad.

Después del apogeo griego (año 300 a.c. aproximadamente), el conocimiento del hombre fue en decadencia hasta llegar a la época más oscura de la humanidad: la Edad Media o el feudalismo; época que duró del año 300 a.c. aproximadamente, al año 1453 d.c. En esta época se detuvo todo intento por explicar el universo y cualquier cosa que contraviniera los principios escritos por

la religión cristiana. De esta manera, la religión y el dogma se encargaron de dar explicación a la enfermedad. Los enfermos y los discapacitados eran relegados de la sociedad, porque se suponía que ésto les había ocurrido por causa de sus pecados y Dios los castigaba por esos actos impuros que habían cometido (Entralgo, 1978).

No fue hasta el siglo XIX cuando las cosas cambiaron radicalmente, surgió lo que se conoce como revolución industrial, que fue una edad de invención. Impresionantes instrumentos, artilugios mecánicos, técnicas artísticas y procesos industriales vieron la luz en aquella centuria. Más importante es, sin embargo, que durante el siglo XIX se inventó el arte de inventar (Entralgo, 1978).

Lo más perdurable del arte de inventar es la consolidación de modos de generar ideas a los que llamamos disciplinas. Durante el siglo XIX muchas disciplinas, científicas y no científicas, vieron la luz.

La medicina no constituyó, en esta época de inventos, ninguna excepción. Ésta surgió en el siglo XIX y fue, como dijeron sus promotores: una medicina "científico-natural", sólidamente basada en ciencias como la química y la física. Se encontró por fin la causa de la enfermedad gracias al descubrimiento del microscopio.

Surgió un nuevo paradigma, un nuevo modelo explicativo, que intentaría desentrañar los males de la humanidad y erradicaría todo mal que azotara a la raza humana (eso era lo que se creía al principio). Es en este contexto donde surge la medicina alópata, como una necesidad de la humanidad por preservar su salud y su existencia en este mundo (Gyarmaty, 1984).

Sin embargo, a pesar de este auge, en las décadas del 20 y del 30 del siglo XX, se empezó a hablar de "crisis" de la medicina. Centenares de artículos y libros repitieron tópicos tales como su deshumanización, su unilateralidad y su

insuficiencia. El modelo científico-natural, también llamado biomédico, fue criticado y atacado. La profesión médica dio respetabilidad a lo psicológico y generó el movimiento psicosomático; respondió con muestras inequívocas de sensibilidad a los problemas planteados por la creciente complejidad de su organización. Sin embargo, su estructura académica y su enseñanza continuaron afirmando implícitamente que la contribución de la medicina al bienestar de la humanidad se debía a sus logros técnicos, a los aparatos y conceptos de la física, la química y la biología puestos al servicio del hombre, por abnegados profesionales debidamente entrenados y celosos de su vocación de servicio (Gyarmaty, 1984).

A pesar de estos inconvenientes, es en este momento cuando se produce un cambio en la medicina; ya no se considera a la enfermedad como el producto de un agente patógeno; ya no servía el modelo unicausal; ya que, las enfermedades eran producto de múltiples factores que combinados favorecían o no a la aparición de determinado estado morbo.

Lo importante es que las nuevas soluciones a la crisis de la medicina ya no vinieron de dentro de ella sino de fuera.

Las primeras de estas soluciones se generaron a partir de la irrupción de la psicología y las ciencias sociales. Ahora otros profesionales se arrogaron derechos tradicionales de los médicos como: diagnosticar, tratar y curar; administrar la salud y la vida; además de participar como expertos en la resolución de conflictos sociales. Disciplinas enteras, de denominaciones combativas (por ejemplo, medicina conductual y psicología de la salud), emergieron en el horizonte de las sociedades industriales. No obstante, lo que parecía una disputa teórica era, en el fondo, una lucha de grupos profesionales por el poder de definir, dominar y controlar la salud, la vida y lo anómalo.

Este gran desarrollo de la Medicina y la Psicología desde finales del siglo XIX hasta nuestros días, cambió por completo la cantidad y calidad del bienestar

humano, especialmente en las sociedades industriales avanzadas. El descubrimiento de Pasteur acerca de la vida microscópica y de su enorme incidencia en la enfermedad de los seres vivos, condujo a un gran control de las enfermedades infecciosas. Pero, a la par que se van controlando este tipo de enfermedades, estamos asistiendo al surgimiento de un gran número de “nuevas” enfermedades o, mejor dicho, de enfermedades que antes del siglo XX no tenían casi oportunidad de aparecer (Lolas, 2001).

La característica común de todas estas “nuevas” enfermedades es que no son causadas por agentes microbianos, es decir, ni por virus, ni por bacterias. Enfermedades como el cáncer, el infarto, la alergia, la depresión, el asma o la obesidad mantienen a la comunidad científica en un perpetuo desconcierto acerca de su origen. Sabemos muchas cosas de ellas, cómo paliar sus síntomas e incluso cómo controlarlas, pero sus causas son aún un misterio científico en la actualidad.

Varios investigadores han tratado de desentrañar este misterio, encontrando que las emociones juegan un papel importante en la salud de las personas.

Diversos estudios han demostrado que las emociones ejercen un poderoso efecto sobre el sistema nervioso autónomo y éste a su vez sobre el sistema inmunológico, ya que existen terminaciones nerviosas que se conectan con los linfocitos, los macrófagos y las células inmunológicas (Felten, 1985, cit. en Goleman, 1997. p. 45).

Uno de estos estudios efectuado en 1974 produjo un descubrimiento que cambiaría por completo la forma en que se entendía a la enfermedad. En el laboratorio de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Rochester, el psicólogo Robert Ader descubrió que el sistema inmunológico, al igual que el cerebro, podía aprender. Su conclusión causó gran impacto, ya que el saber predominante de la medicina señalaba que el cerebro y el sistema nervioso

eran los únicos capaces de ajustarse a las experiencias. El descubrimiento de Ader demostró que el sistema inmunológico y el sistema nervioso central se comunican. En su experimento existían dos grupos de ratas, uno experimental y otro control; a las ratas del grupo experimental se les proporcionaba un medicamento que suprimía artificialmente la cantidad de células T (células que combaten agentes patógenos que circulan en la sangre), éste a su vez era disuelto en agua con sacarina. Posteriormente se descubrió que si solamente se aplicaba agua con azúcar, sin este medicamento, las ratas del grupo experimental seguían disminuyendo las células T; llegando a enfermar y en algunos casos morir (Ader, 1990). En el caso del grupo control, se les aplicó siempre agua con azúcar, encontrando que la cantidad de células T permaneció en sus niveles normales. Con este estudio se pudo observar una gran relación entre el cerebro y el sistema inmunológico, además de que se pudo concluir que no estaban separados como se creía anteriormente. De ahí surge la Psiconeuroinmunología, que sostiene que el sistema inmunológico también aprende en aspectos emocionales.

Un punto clave entre las relaciones sistema inmunológico y emociones es la influencia de las hormonas que se liberan durante el estrés. Las famosas catecolaminas (epinefrina y norepinefrina), el cortisol, la prolactina y los opiáceos naturales (beta-endorfina y encefalina) que se liberan durante el aumento de estrés, provocando una descarga hormonal que obstaculiza por un momento la intervención del sistema inmunológico. Ésto es comprensible a razón de que en la situación de estrés, tiene mayor prioridad la supervivencia del organismo. No obstante, si el estrés es constante, este bloqueo hormonal puede ocasionar que el organismo esté indefenso a las enfermedades (Goleman, 1997).

En una investigación hecha por el doctor Camran Nez Hat de la Universidad de Stanford, se comprobó que el pánico y la ansiedad producidos en pacientes hospitalizados que fueron intervenidos quirúrgicamente en una operación de la rodilla; provocó que se dilataran las venas y se elevara la presión sanguínea;

provocando un sangrado más abundante que podía ocasionarles fuertes hemorragias e incluso la muerte.

Por otra parte un estudio realizado por Peter Kau F. del Behavioral Medicine Branch, confirmó que la ira puede provocar microdesgarramientos en las arterias arteroesclerosadas, si el ritmo cardiaco y la presión sanguínea es más elevada; además de que si la gente sobrepasa los treinta años de edad es probable que se produzca una enfermedad en la arteria coronaria (Goleman, 1997).

En 1978 se realizó un estudio con 100 pacientes a los que se les iba a aplicar un trasplante de médula ósea y se comprobó posteriormente que los que habían estado deprimidos o presentaban depresión severa, corrían más riesgo de morir en el segundo año que los que no se habían deprimido o no presentaban ningún tipo de depresión severa. Ésto se debía a que los pacientes deprimidos no cumplían con sus dietas alimenticias ni con la adecuada toma de medicamentos debido a su estado de ánimo (Goleman, 1997).

Estos estudios han ido encaminados a resaltar los aspectos negativos de emociones nocivas para la salud. Las emociones negativas * causan efectos tan contraproducentes como si se fumara, se tuvieran malos hábitos alimenticios, etc., ya que los sentimientos negativos provocan una descarga hormonal que bloquea el sistema inmunológico incrementando la probabilidad de producir cáncer, ulcera, gastritis, alergias, etc. (Goleman, 1997). Sin embargo existen un número reducido de estudios que nos permiten ver los beneficios de emociones positivas. Por ejemplo, en un experimento realizado, se planteó la importancia de exteriorizar nuestros sentimientos.

* Las emociones negativas se refieren a las emociones que producen una experiencia emocional desagradable, como son el miedo, la tristeza y la ira, las tres emociones negativas más importantes (Goleman, 1997).

Esta investigación consistió en poner a determinadas pacientes a escribir durante cinco días unos 20 minutos cada día, acerca de un problema que tuvieran o de una preocupación que padecieran. Los resultados fueron sorprendentes, arrojando datos de cómo cuando la función inmunológica se incrementa, disminuyen considerablemente las visitas al médico, se mejora la función enzimática del hígado, entre otros (Pennebaker, 1992).

La importancia de esta investigación es trascendental, debido fundamentalmente a que sus datos señalan; que al poder expresar los sentimientos de una forma que no sea tempestiva, provoca una mejora en el organismo de las personas; a diferencia de aquellas que están aisladas y no pueden decir lo que les preocupa. En este caso son más propensas a enfermedades, accidentes, lesiones, etc.

Por otra parte, en un estudio realizado por González, Barrull, Pons y Marteles (1988, en prensa), se dieron cuenta de algo de suma importancia para la ciencia médica; y fue, que el hecho de tener una pareja y de llevar una buena relación con ella, nos ayuda a reducir el estrés, somos menos propensos a la depresión, y por si fuera poco, somos menos propensos a enfermar. Ésto se explica por la importancia que ejerce el apoyo social en las personas.

Spiegel (1990), también realizó un experimento que sorprendió a los investigadores y a la comunidad científica; en el cual se resaltó la importancia del apoyo social. En el, se trabajó con mujeres que presentaban metástasis de cáncer de mama; ellas fueron divididas en dos grupos, los cuales recibieron los mismos tratamientos médicos; no obstante un grupo de mujeres participaba en un grupo de ayuda mutua donde las pacientes se contaban sus sentimientos, sus problemas, lo que les ocurría, su dolor y su sufrimiento. En cambio el otro grupo de enfermas no tenía con quien hablar, ya que, a sus parientes o amigos no les gustaba tocar el tema. Finalmente se concluyó que las pacientes que no recibieron apoyo social murieron al cabo de 19 meses, en cambio las mujeres del grupo

experimental, lograron vivir 37 meses; casi el doble que las otras. Ésto tiene una íntima relación con los procesos inmunológicos y hormonales citados anteriormente (Spiegel, 1990).

En base a todo esto, podemos darnos cuenta que factores como el estrés, la ansiedad, el déficit afectivo, la depresión, el estilo de vida, las emociones, entre otros factores psicológicos; cobran mayor importancia en el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad (Lolas, 1984). Las emociones y los estados psicopatológicos que éstas producen, tienen una gran influencia en la salud o en la enfermedad. Pero estas emociones para la mayoría de los psicólogos en un principio resultaban ser algo etéreo, las cuales no podían ser medidas y controladas. Finalmente hablar de ellas, era algo muy personal y hasta cierto punto subjetivo. Al cabo de los años y con las aportaciones de la psicofisiología y la psiconeuroinmunología, se dio lugar a la propuesta de dos psicólogos de la Universidad de Yale: Peter Salovey y John Meyer. Ellos elaboraron una teoría muy amplia sobre lo que ahora se conoce como Inteligencia Emocional; definida por Salovey y Meyer (1990, cit. en Goleman, 1997), como: “la capacidad de monitorear y regular los sentimientos propios y ajenos y de utilizar los sentimientos para guiar el pensamiento y la acción”.

Posteriormente, Daniel Goleman se interesó por este tema, debido a que se podía tener una concepción más clara acerca de la influencia de las emociones en áreas como la educación, la industria y la vida. Por esta razón genera sus dos grandes obras: “La Inteligencia Emocional” y “La Inteligencia Emocional en la Empresa”, las cuales nos pueden dar aportaciones sumamente interesantes acerca de estas temáticas. Él define a la inteligencia emocional como “la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar positivamente las emociones en nosotros mismos y en nuestras relaciones personales”.

Sin embargo, a pesar de que la Inteligencia Emocional es una teoría relativamente nueva; en áreas como la educación y la industria ha teniendo un auge muy fuerte. En el área médica empieza poco a poco a tomar fuerza para ser un elemento importante en la intervención y la prevención de enfermedades. No obstante, consideramos que existe poco conocimiento de esta teoría, de sus aportaciones y sobre todo, de la importancia que tiene con el área de la Salud, en el proceso salud-enfermedad. Pensamos que una mayor exposición y un análisis más detallado de los diferentes elementos que constituyen la teoría de la Inteligencia Emocional, nos permitiría fundamentar con elementos más concretos, la importancia y relación de esta teoría en dicha área.

De esta manera el objetivo de esta tesis es analizar los elementos psicológicos de la teoría de la Inteligencia Emocional para entender la influencia de las emociones en el proceso salud-enfermedad.

Para dar respuesta a nuestro objetivo, nuestro trabajo se encuentra estructurado de la siguiente forma:

En el capítulo 1 se habla sobre el surgimiento y desarrollo del concepto de salud a lo largo del tiempo. Ésto es, porque cuando hablamos de salud y enfermedad, tenemos que saber, cómo está situado el concepto de salud en la actualidad, así como sus antecedentes. Para ésto, se hace una historización de éste y de cómo surgen los modelos biomédico y biopsicosocial. En un principio el modelo biomédico era el predominante; en función a éste, se excluían de la práctica médica las cuestiones emocionales, ya que se consideraban como parte de otras disciplinas. Cuando surge el modelo biopsicosocial, se cambia por completo la forma de entender la salud y es ahí donde surge la Psicología de la Salud como disciplina. En general este capítulo explica detalladamente, cómo se fue dando este proceso de cambio del modelo biomédico al biopsicosocial; y cómo influyó todo ésto en el surgimiento de la Psicología de la Salud

En el capítulo 2 abordamos el surgimiento de la teoría de la Inteligencia Emocional, así como los elementos teóricos de dicha teoría. Este surgimiento inicia con el desarrollo del concepto de inteligencia y de su polémica en cuanto a sus múltiples definiciones. No obstante es hasta la teoría de las inteligencias múltiples de Gardner, cuando se empiezan a considerar las cuestiones emocionales, como parte de la inteligencia. Sobre estos antecedentes es donde surge la teoría de la Inteligencia Emocional.

En el capítulo 3 hablamos acerca de las emociones y su influencia en la salud y enfermedad de las personas. Nos enfocamos a ver la influencia del estrés, la ansiedad, la depresión y el déficit afectivo; en la salud; en enfermedades como el cáncer, enfermedad coronaria, arteroesclerosis, etc. También se explica en base a los elementos teóricos de la teoría de la Inteligencia Emocional, la influencia de las emociones en la salud y en la enfermedad; además de apuntalar en base a esta teoría, algunas estrategias de promoción de la salud.

Finalmente en las conclusiones se resaltan los aspectos más relevantes de la investigación dando respuesta al objetivo planteado, en donde se concluyó que la influencia de los factores emocionales pueden ser determinantes en el reestablecimiento de la salud, o la pérdida de la misma; y la falta de cuidado en estos aspectos puede ser contraproducente. Por esta razón, es importante crear programas enfocados en el fomento de la Inteligencia Emocional en dicha área, cimentando así el trabajo con las habilidades para la vida.

CAPÍTULO 1

EL DESARROLLO DEL CONCEPTO DE SALUD A LO LARGO DEL TIEMPO Y EL SURGIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

1.1. El modelo médico de la salud.

La preocupación por la salud y la enfermedad, ha sido una constante para el hombre; pues son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia. Desde la más remota antigüedad el hombre se ha preocupado por su cuerpo. Su interés por la alimentación, fue el origen de distintas estrategias para la caza y la agricultura. Una vez conseguida la suficiencia alimenticia, así como las necesidades básicas primarias; la siguiente preocupación fue la enfermedad.

En su modo primitivo, la salud era simplemente el poder realizar las actividades cotidianas. La importancia del trabajo para la supervivencia de un grupo de individuos, imponía labores que podían ir en contra de la integridad física, es por eso que en algunos casos los individuos enfermos eran relegados del grupo (Vega, 2002).

Paralelamente al desarrollo de grupos sociales más estables, y con una producción primaria de alimentos excedentes, se desarrollaron diferentes maneras de atacar a la enfermedad. La primera forma era el aprovechamiento de los propios recursos alimentarios, así que, el empleo de hierbas, minerales y materiales primitivos, fue el primer método utilizado para el intento por recobrar la salud (Trejo, 2001).

La segunda forma, también elemental, tenía que ver con aquellas enfermedades del cuerpo para las cuales no existía un remedio conocido y mucho menos una forma de prevención; a esta forma de enfermedad se le atacó desde

el mito, con prácticas rituales ligadas íntimamente a las creencias del grupo. Un ejemplo de esto, es la práctica de los curanderos que aún es frecuente en nuestros días.

Al pasar de una a otra generación, los distintos grupos fueron acumulando conocimiento para atacar a un número mayor de padecimientos, mezclándose las prácticas rituales con la elaboración de distintas sustancias. Por otra parte, empezaron a aparecer técnicas rudimentarias en la forma de instrumentos y aparatos que facilitaban la recuperación después de ocurrido algún accidente. El lavado de las heridas, el cubrirlas y el colocar alguna corteza o preparado, es de alguna forma, el inicio de la explotación de la naturaleza para recuperar y mantener la salud.

Las primeras civilizaciones como son la egipcia, la griega, la maya o la mexicana; no sólo pudieron concentrar éste conocimiento, sino que prepararon a individuos expresamente para esta actividad. Ante la complejidad de los sistemas religiosos, filosóficos y sociales, las curaciones tuvieron distintos matices, pero con un objetivo claro, que era la recuperación de la salud.

Posteriormente, la Edad Media en Europa dejó ver que las enfermedades podían adquirir dimensiones catastróficas cuando el conocimiento era acaparado por unos cuantos o cuando determinadas prácticas eran catalogadas en contra de la religión. Este período de la historia de la humanidad nos deja claro que la salud de cada individuo, podía ser alterada a extremos incontrolables por causa de los demonios u otras fuerzas espirituales que tomaban posesión y controlaban a la persona. La recuperación requería que los espíritus malignos fueran exorcizados del cuerpo afligido. Durante esta época la comprensión de la enfermedad se sustentó en términos espirituales. La violación de las leyes divinas desembocaba en enfermedad (Entralgo, 1978).

Más adelante en el Renacimiento, se retoman las explicaciones naturales de la enfermedad. En esta época es donde el hombre moderno sale de su autismo geocéntrico, pero, se queda en el autismo de su razón. La seguridad que le

proporcionaba el viejo orden teológico se resquebraja y no encuentra más eficaz salida que saber a que atenerse que su razón. La nueva ciencia no sólo mostraría su superioridad cognitiva sobre la ortodoxia teocrático-filosófica dominante, sino también, su mayor utilidad en la vida práctica. Galileo no sólo mostró la validez sustancial de las ideas de Copérnico, sino que, también, fue un genial diseñador de experimentos y constructor de instrumentos de utilidad práctica como el telescopio o la regla de cálculo, entre otros, que lo mismo podían servir como instrumentos de investigación que como innovaciones técnicas de la vida civil o militar. El estudio de las matemáticas, química, biología y física, la invención del microscopio; los trabajos de Morgagni en autopsia; los de Vichow en patología; y los de Pasteur; preparan el camino para los avances médicos, siendo los cimientos de la medicina moderna.

La salud de los individuos mejoraría cuantitativa y cualitativamente con el desarrollo de la teoría del germen en el siglo XIX.

Podemos decir que es a partir del siglo XIX cuando el desarrollo científico permite hablar de la medicina como una práctica autónoma de la religión. A este siglo le precede la revolución industrial; el desarrollo de la técnica, el conocimiento científico, el perfeccionamiento de las herramientas y el florecimiento del sistema ideológico. Éste fue un momento histórico propicio para el surgimiento del modelo biomédico, el cual se desenvuelve en el seno de una sociedad capitalista recién nacida. Los recursos con los que se disponen, permiten el inicio de nuevas ciencias y abren un horizonte inconmensurable al proceso evolutivo de la medicina (Soriano, 2001). Es en este siglo, que la contribución científica de la biología también dio un carácter científico a la medicina y una estructura académica para su enseñanza. Ésto da origen a los principios fundamentales de la salud y la enfermedad (Entralgo, 1978).

La idea tradicional de la salud biológica, propone a la enfermedad como la alteración del funcionamiento normal del organismo. La salud entonces se definía como "la ausencia de enfermedad"; donde el concepto de salud se ligaba

solamente a parámetros biológicos. El manejo clínico de los problemas que presentaba un paciente, se trataba sólo a nivel biológico. Las medidas biológicas de la condición de un paciente obtenidas mediante exámenes clínicos, se consideraban esenciales; y sin embargo, las medidas psicológicas y conductuales, se concebían como secundarias a la condición médica (Entralgo, 1978).

De esta manera, cuando las personas se referían a la salud, generalmente pensaban en los aspectos médicos y biológicos y raramente en los aspectos psicológicos y conductuales.

Tradicionalmente los médicos tuvieron la exclusividad en este campo, entendiendo a la salud como algo que hay que conservar o curar. Ésto se debió, principalmente al propio modelo, ya que éste no consideraba los aspectos psicosociales de la enfermedad.

Este modelo llamado biomédico, se consolidó a finales del siglo XIX y era un modelo de ciencia basado en Descartes, Newton y Galileo. Es un modelo analítico en el que el problema a investigar debe de analizarse en partes sucesivamente más sencillas hasta aislar consecuencias causales (Anguera de Sojo y Nolla, 1998).

Descartes, creía que la mente y el cuerpo constituían dos entidades diferenciadas y que cada una de ellas estaba sujeta a diferentes leyes de causalidad. El cuerpo era concebido como una máquina gobernada por los principios mecánicos conocidos en su tiempo. Este modelo dirigió todas sus energías a la comprensión de los aspectos biológicos y bioquímicos del funcionamiento humano.

Las características del modelo biomédico iniciado por Bright en el siglo XIX, pueden resumirse así: Se basa en una concepción patologista, es reduccionista, es curativo, es objetivo, mantiene la división mente/cuerpo, el diagnóstico es biológico, crea territorios estableciendo barreras disciplinarias y el paciente queda

trozado en partes que pertenecen a cada especialidad; el tratamiento se considera generalmente externo al paciente y a la relación médico paciente (Certlin, 1998).

El modelo biomédico propone que toda enfermedad o trastorno físico puede ser explicado por problemas en los procesos fisiológicos a causa de desequilibrios internos e involuntarios o por la acción de agentes patógenos externos como bacterias y virus. Desde esta perspectiva, la salud es definida como “ausencia de enfermedad” por causas biológicas que poco tienen que ver con procesos psicológicos y sociales. Por tanto, el individuo no tiene responsabilidad sobre la enfermedad, tan sólo es la víctima de fuerzas ajenas a él que producen cambios en su organismo.

Este modelo propugna el dualismo cartesiano, según el cual el cuerpo y la mente son entidades distintas que funcionan de forma independiente la una respecto de la otra; por lo que la intervención terapéutica debe estar guiada por principios biológicos y mecanicistas basados en principios y explicaciones unicasales. Se entiende que un síntoma es originado por un único tipo de causa, consistente en un trastorno biológico que se expresa a través de éste. Diagnóstico y tratamiento se estructuran en función de criterios técnicos; se atiende sólo a los aspectos físicos, biológicos o fisiológicos, pero se descuidan en cambio, los aspectos psicosociales.

No obstante, para algo que no estaban preparados los sistemas sanitarios, fue que en la segunda mitad del siglo XX, se fueron generando en los países desarrollados un predominio de las enfermedades crónicas e incurables; además de que se suscitaron cambios en los patrones demográficos y en los de morbilidad, que generaron un serio problema financiero que se fue agravando por la falta de preparación del sistema sanitario para hacer frente a estos nuevos retos. Estos sistemas sanitarios ofrecían más y mejores servicios a quien menos los necesitaba.

Este estado de cosas generó la demanda de cambios importantes tanto en la organización operativa de la asistencia sanitaria, como en los tipos de servicio

que prestaba. A mediados de la década de los 60 se comenzaron a recibir críticas de la sociedad a nivel gubernamental, con respecto a la calidad de la atención médica que se les brindaba. La atención médica fue descrita como fragmentada y despersonalizada.

De esta manera surgieron diversos cuestionamientos del modelo biomédico, que fueron cambiando la concepción que se tenía de la salud y la enfermedad.

El concepto de “rol de enfermo” de Pearsons representó el primer cuestionamiento sistemático del modelo biomédico. Para Pearsons la enfermedad es: “Una desviación social caracterizada por el fracaso o incapacidad de una persona en desempeñar su rol habitual y responder a las expectativas que los demás y él mismo tienen acerca de su conducta, cayendo en una situación de dependencia, definida por expectativas institucionalizadas” (Pearsons, 1951, cit. en León y Medina, 2002).

Podemos ver con esta definición, que para Pearsons, la enfermedad ya no implicaba solamente un proceso fisiológico sino que ahora es un proceso social. Desde su perspectiva, la salud es entendida como desempeño de funciones sociales; lo que supone un primer cuestionamiento del modelo biomédico.

Sin embargo, el modelo parsoniano fue ampliamente criticado. Entre esas críticas se decía que no podía explicar las variaciones individuales ante la enfermedad, no era aplicable a determinadas enfermedades y sus expectativas no resultaron ser tan universales como pretendía.

Ante estas influencias, distintos autores trataron de formular otros modelos de enfermedad, como es el caso de Mechanic (1986, cit. en León y Medina, 2002), que propuso un modelo en el que la conducta de enfermedad para él “describe las formas en que las personas responden a las indicaciones corporales y las condiciones bajo las cuales perciben tales indicaciones como anormales... el modo en que las personas reciben los mensajes de su cuerpo, definen e

interpretan sus síntomas, realizan alguna acción para remediarlos y utilizan distintas formas de ayuda o el sistema formal de salud” (Mechanic, 1986, cit. en León y Medina, 2002).

Este autor define la conducta de enfermedad como el modo en que las personas:

1. Perciben los mensajes de su cuerpo.
2. Definen e interpretan estos mensajes.
3. Inician acciones para remediarlos.
4. Utilizan diferentes fuentes de ayuda para solucionar su problema de salud o adaptarse a la enfermedad.

En este modelo, lo que caracteriza al enfermo es que se trata de un ser activo que procesa la información de su cuerpo a partir de sus valores y creencias, a fin de adaptarse o acomodarse a la enfermedad. El enfermo ya no es un ente pasivo como se cree en el modelo biomédico.

A pesar del gran avance que provocaron estos modelos y de que recibieron muchas críticas, lo cierto fue que perpetuaron el “complejo médico”, pues sus principios y presupuestos parten y acaban con la consideración del sistema sanitario (o médico), aunque sea para corregir su funcionamiento. La salud ya no podía caracterizarse exclusivamente desde un nivel individual. Hay que reconocer que éstos modelos, sobre el modo en que el sujeto se representa “estar enfermo”, suponen un avance con respecto al modelo biomédico, pues al preguntarse por las condiciones bajo las cuales las personas se definen como enfermas y buscan ayuda médica, cuestionan la causalidad biológica de la enfermedad y amplían el horizonte de la causalidad de la salud, más allá de las estrechas lentes del microscopio (León y Medina, 2002).

Otras de las cuestiones que hicieron que el modelo biomédico fuera perdiendo fuerza fueron estudios de epidemiología histórica que demostraron que en los últimos siglos la tasa de mortalidad de las enfermedades infecciosas se

había reducido de forma significativa antes del desarrollo de medidas eficaces por parte de la medicina, lo que pone de manifiesto que los determinantes de la salud no son exclusivamente biológicos. Los factores de índole social podían facilitar o cohibir la eficacia de determinados agentes patógenos como las bacterias y los virus para provocar enfermedades.

Diversos estudios realizados, arrojaron la tesis de que “las respuestas biológicas son maleables por la acción de variables sociales y psicológicas”. Ésto lo podemos ver en el hecho de que el organismo de las personas de todas las razas no ha variado sustancialmente en los últimos treinta mil años y, sin embargo, las enfermedades que se padecen han ido evolucionando a la par de la sociedad. La población japonesa padece enfermedades diferentes que la población norteamericana, pero los nietos afincados en Estados Unidos padecen las enfermedades características de la sociedad estadounidense, no las de la sociedad de sus antepasados (León y Medina, 2002). El cambio cultural suele tener un impacto sobre la estructura de las relaciones sociales, los mecanismos actuales de adaptación al cambio, pueden prolongar las estrategias de afrontamiento de los problemas, o por el contrario marcar una ruptura con ellas. Es por esta razón que los valores y normas asociados a una cultura, se transforman en el sujeto en interpretaciones de la realidad capaces de modelar sus respuestas biológicas.

La posición que ocupa el sujeto en el contexto social, supone patrones de interacción y esquemas de percepción que moldean y modulan dichas reacciones (León y Medina, 2002).

La tesis de fondo de estos planteamientos, es que nuestro comportamiento tiene capacidad para actuar sobre nuestro sistema biológico, aunque sea de forma indirecta, y transformarlo.

La investigación sobre biorretroalimentación (procedimiento por el cual se informa al sujeto, mediante métodos electrofisiológicos, acerca de su funcionamiento biológico, con el fin de que pueda participar activamente en el

control y modificación del mismo), al margen de su utilidad práctica, proporcionó una herramienta básica de investigación y un modelo conceptual para estudiar la influencia de las variables psicológicas sobre los procesos relacionados con la salud y la enfermedad muy distante del modelo biomédico, en el sentido de que las respuestas biológicas están condicionadas por procesos psicológicos y el tratamiento de las disfunciones biológicas es competencia también de otros profesionales distintos al médico.

Todas estas ideas, socavan aún más el dualismo mente-cuerpo que sirve de fundamento al modelo biomédico y abren el debate al papel de la psicología en la intervención sobre la salud y la enfermedad.

La conclusión inevitable que se deduce de esta parte de nuestro trabajo es que el modelo biomédico está en crisis, ya que resumiendo todo lo dicho anteriormente:

- No presta atención a las dimensiones sociales y psicológicas de la enfermedad
- Su teoría del germen de la enfermedad, ya no es un marco apropiado para explicar un fenómeno que se muestra multicausal.
- Pone el énfasis en la curación de la enfermedad, cuando los problemas de salud que aquejan a las sociedades actuales son más de índole crónica e incurable.
- Considera a la salud y a la enfermedad como dos entidades diferentes
- Rechaza que la mente pueda actuar sobre la materia.
- Obstaculiza la colaboración interdisciplinaria.
- El modelo presenta: debilidades organizativas, incremento de los costos e insatisfacción de la población.

El problema de esta posición reduccionista, reside en el mantenimiento que ésta hace del dualismo entre la mente y el cuerpo; muy similar a la perspectiva originalmente establecida por Descartes. No promueve una perspectiva holística del funcionamiento humano (Anguera de Sojo y Nolla, 1988). Si se proyectara un

cilindro fuera de su propio espacio tridimensional, ésto produciría dos nuevas dimensiones con diferentes propiedades. En un caso el resultado es un círculo, en el otro un rectángulo y en ambos casos se pierde algo. Del mismo modo, si a una persona con un síntoma físico se le percibe sólo desde un marco de referencia bioquímico o sólo desde un marco de referencia psicológico, se producen las mismas limitaciones. En un caso es la información biológica; en el otro, la información es psicológica; pero en ambos casos se pierde la perspectiva holística o psicobiológica.

Parafraseando a Clemenceau, diría que “la salud es una actividad demasiado seria como para dejarla sólo a los médicos”. Sábado, entrevistado por un grupo de terapeutas intensivos les dice: “Pero... ¿Qué es un enfermo? Un enfermo es un hombre. Pero cuando preguntamos ¿qué es un hombre? empiezan las dificultades. Podemos afirmar que lo menos que la filosofía contemporánea llama “hombre” es mucho más que un conjunto de números, de presiones, cantidades de glucosa, radiografías y eritrosedimentaciones. Es un ser complejo, una delicadísima unidad de materia y espíritu” (Certlin, 1998).

En momentos en que el auge de la especialización y de la cuantificación mediante aparatos que parecen para muchos el colmo de la maravilla, no es difícil demostrar que constituye uno de los más agudos peligros de la medicina contemporánea. Según Schopenhauer, hay épocas en que el progreso es reaccionario y la reacción es progresista.

Aún, en el terreno del mundo material, la especialización condujo a una especie de nueva barbarie, y debemos recordar que la más grande revolución de la física, la hizo un hombre que fue capaz de tomar en consideración los problemas más generales de la materia en relación con el tiempo y el espacio; Einstein no era un progresista; era un generalista.

Para finalizar con esta cuestión, podemos decir, que aunque el modelo biomédico ha permitido grandes avances en el conocimiento y desarrollo tecnológico vinculados a la gran industria de la salud. Al dejar por fuera las

variables humanas, sociales o culturales del enfermar; deja de ser científicamente completo.

1.2. El modelo biopsicosocial

Como ya lo veníamos diciendo, el modelo biomédico empezó a presentar numerosas lagunas en cuanto a la conceptualización de los estados crónicos. Muchos teóricos apoyaron la idea de que era necesario un nuevo modelo, si se quería progresar en la comprensión y control de la enfermedad (Brody, 1973; Engel, 1977; Jasnoski y Schwartz, 1985. cit. en: Becoña y Vázquez; 2000).

A partir de que se empezaron a encontrar estas limitaciones al modelo biomédico, catalogándolo de reduccionista, es como en las últimas décadas se genera un giro en el modelo de la salud: se considera a la salud como algo que hay que desarrollar y no como algo que hay que conservar. Tanto la cirugía como la farmacología, eran métodos ineficaces para encarar el reto (labores de tipo preventivo). Es entonces cuando surge un nuevo modelo que revolucionaría la manera de entender a la salud y a la enfermedad: El modelo biopsicosocial (Gyarmaty, 1984); que surge en un momento histórico de la humanidad donde los instrumentos científicos e ideológicos se encuentran en su máximo desarrollo, nunca antes imaginado.

Este modelo es propuesto por Engel, el cuál propone un nuevo paradigma capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad.

El modelo biopsicosocial parte de la teoría general de los sistemas formulada por Von Bertalanfy en los años 60; ésta parte de la biología y es un nuevo paradigma que sostiene que la naturaleza está ordenada en sistemas jerárquicos, tanto orgánicos como inorgánicos. Los sistemas orgánicos van desde el organelo a la célula, al tejido, al órgano, al organismo, a la familia, a la comunidad y a la sociedad. Cada nivel jerárquico es una totalidad en sí misma y forma parte de una totalidad mayor. Así, pues, todo sistema es, a la vez, un todo y

una parte. Desde este punto de vista, aún en el caso en el que un tipo particular de proceso tenga el protagonismo, se deberá entender que los otros son condiciones necesarias para que tenga lugar el proceso.

El modelo biopsicosocial corresponde a los cambios que la ciencia contemporánea fue haciendo en su cuerpo teórico, como por ejemplo, la introducción del principio de indeterminación de Heisenberg en la física cuántica; en donde los principales puntos de éste principio son (Certlin, 1998):

1. No existe observador objetivo y prescindente
2. La presencia del observador y sus instrumentos perturban el fenómeno de una manera no determinable
3. No hay un fenómeno en sí mismo, la conjunción entre el operador y el fenómeno produce una nueva condición en la que aparecen fenómenos que son productos de ambos
4. La causalidad de todo fenómeno es múltiple. Las relaciones de causalidad son complejas y no lineales.
5. Se introduce el concepto de incertidumbre.
6. No es posible fragmentar un fenómeno para su estudio. Los fenómenos deben ser tomados siempre como totalidades
7. Siempre debe tenerse en cuenta el contexto
8. La subjetividad del observador es parte del proceso.

Nace así el modelo biopsicosocial que se define como: “Un acercamiento sistémico a la enfermedad que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles” (Bishop, 1994, cit. en León y Medina, 2002).

El modelo biopsicosocial a grandes rasgos se resume de la siguiente manera:

- Rechaza el reduccionismo del modelo biomédico, al enfatizar la importancia que cada nivel (físico, psicológico y social) tiene para la salud, enfatizando la multicausalidad de los problemas relacionados con la salud.
- Evita el dualismo mente-cuerpo, al subrayar la existencia de interconexiones de los diferentes sistemas. Un cambio o desequilibrio en cualquiera de los niveles de jerarquía afecta también a todos los demás (inferiores o superiores).
- Introduce el concepto de autorregulación, ya que cada sistema está orientado a alcanzar un equilibrio en su funcionamiento. En fin, lo importante es que los distintos significados del término suponen que el sujeto tiene un papel activo en todo lo que compete a su salud (responsabilidad) contrariamente a lo que se pensaba desde el modelo biomédico. El modelo biopsicosocial se interesa por anticipar cuáles son las estrategias de comportamiento más idóneas para hacer estable u optimizar la salud.
- Enfatiza tanto la salud como la enfermedad y concede una gran promoción a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud; por lo que favorece la Multinterdisciplinariedad.
- La salud es un problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente por la participación activa y solidaria de la comunidad.

En este sentido se cambia el concepto de salud; en 1974, en una conferencia técnica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se propuso el abordaje holístico y ecológico en la práctica y enseñanza de la medicina. Propone una definición de salud en la que se contemplan tres dimensiones: “La salud es el completo estado de bienestar físico, psicológico y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud (OMS) (1974), cit. en Becoña y Vázquez; 2000).

Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. Podemos

ver que esta definición engloba tres elementos relacionados dinámicamente, interactuando en un delicado equilibrio, el cual puede perderse con aparente facilidad y en dónde el individuo tiene una gran responsabilidad porque finalmente la salud es algo que le pertenece y es inherente a su propia vida. El bienestar y la prevención son ahora parte de nuestro sistema de valores y continuamente se nos invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como la dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol. Los pensamientos, sentimientos y estilo general de manejo de las personas están empezando continuamente a ser estudiados y en muchos casos son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física.

Existe suficiente evidencia de que nuestra salud está profundamente influenciada por nuestra conducta. Esta conducta (hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, etc.) tiene un efecto inmenso en nuestra salud (Lolas, 1984).

Los estados psicológicos influyen en nuestra salud. Nuestros sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico. Sentimientos de ser amados y apoyados por otros pueden ayudarnos a tratar con situaciones estresantes (Lolas, 1984).

Una persistente falta de ayuda por parte de los demás (déficit afectivo) provoca un estrés cerebral o ineficacia cerebral que, a su vez, acaba produciendo enfermedades y trastornos de muy diversa índole, dependiendo de factores tales como la predisposición genética, la cultura o los determinantes ambientales (Lolas, 1984).

Esto pasa, porque al cerebro le llegan tres tipos básicos de información: en primer lugar, información genética que le viene dada por la naturaleza particular del organismo en el que se encuentra, incluido él mismo. El cerebro tiene que controlar un enorme número de variables orgánicas que están definidas genéticamente (corazón, metabolismo, estómago, circulación sanguínea, huesos,

músculos, etc.). En segundo lugar, el cerebro tiene que operar con información cultural, que en el caso de la especie humana adquiere su máxima expresión. Conocimientos, valores, normas sociales, símbolos, etc. constituyen informaciones muy complejas que operan directamente en el cerebro. Finalmente, el cerebro tiene que procesar un gran flujo de información ambiental determinada por las condiciones externas en las que debe operar el organismo. Así, podemos hablar de la incidencia simultánea y variable de los tres factores en la determinación de la sintomatología particular de las personas (Lolas, 2001).

Los factores genéticos o predisposiciones genéticas como a la diabetes, cáncer, hipertensión, etc.; son muy importantes porque determinan los puntos estructurales más débiles del organismo. De esta forma, la ineficacia cerebral tenderá a manifestarse en primer lugar en aquellos puntos del organismo estructuralmente más débiles. Pero, las enfermedades no aparecen por el simple hecho de tener una predisposición genética. Es necesario que el cerebro cometa muchos errores para que se manifiesten en el lugar donde señalan los genes del enfermo. El avance de la investigación genética nos permite conocer mejor cuales son los puntos débiles del organismo y ayudar a prevenir que se colapsen. Pero, para prevenir que una predisposición genética se manifieste en enfermedad, será necesario contar también con los aspectos psicológicos y sociales como el apoyo social, el medio ambiente, el nivel económico, etc.; que puedan prevenir la enfermedad.

Otro gran grupo de factores son los culturales. La cultura y el conocimiento almacenado durante la trayectoria de vida de un individuo, es como el “software” vivo del organismo y determina una gran parte de su orientación conductual. Predispone al cerebro para atender diferencialmente a unos estímulos frente a otros, a dar más importancia a unas cosas que a otras. Por tanto, también podemos hablar de predisposición cultural a determinadas enfermedades (Lolas, 1984).

Un ejemplo de la influencia que tiene sobre nosotros la cultura es cuando una persona tiene un alto grado de responsabilidad frente a los demás y, por tanto, no puede permitirse el “lujo” de estar enferma. Durante muchos años no manifiesta ningún síntoma ni ninguna debilidad. Pero llega un día en que, inexplicablemente cae enferma, de forma grave e irreversible, sin esperanza alguna de recuperación. La incidencia de los factores culturales, tales como la imagen externa o la responsabilidad frente a los demás, es aún muy poco conocida y es necesario aumentar su investigación (Lolas, 1984).

Por último, también hay que destacar los factores ambientales, como los geográficos y los socioeconómicos. Las enfermedades se distribuyen heterogéneamente según el hábitat y el nivel socioeconómico de los enfermos (como ya lo habíamos mencionado anteriormente). Se sabe muy bien que la alimentación, la luz solar, la contaminación atmosférica, la humedad relativa, y miles de factores ambientales determinan la manifestación de una enfermedad. Igualmente, el nivel económico y social determina el acceso a determinados recursos que inciden sobre la aparición de determinadas enfermedades (Lolas, 1991).

Lo que queremos plantear es que la enfermedad no infecciosa de un organismo, derivada de una ineficacia cerebral, es como el estallido de la olla. La enfermedad se manifiesta en el punto más débil del organismo que está determinado por la interrelación simultánea de múltiples factores genéticos, culturales y ambientales, es decir, de factores biopsicosociales.

En resumen, muchas de las enfermedades no microbianas y la mayoría de los trastornos del comportamiento están causadas por múltiples factores (genéticos, culturales y ambientales) que determinan la forma en que se manifiesta la enfermedad y su sintomatología.

Podemos ver cómo ahora, los aspectos biopsicosociales juegan un papel importante en la orientación y asesoramiento del enfermo para que toda esta problemática no ocurra sólo de forma esporádica y azarosa. En este sentido se

creo que la Biopsicología puede ayudar a la Medicina en su objetivo final de lograr el bienestar y la salud de las personas (Lolas, 1991).

Cada individuo tiene el deber, como cada gobierno, de hacerse responsable de su salud, en la situación en la que se encuentre, tiene la obligación y también el derecho de hacerse cargo de su propia salud, no obstante, ésta no es una tarea fácil o para la que exista una receta de cocina, que nos indique de forma estandarizada, el cómo se puede cuidar la salud. Ésto nos lleva a una pregunta obligada ¿Es posible cuidar la salud?, o mejor aun ¿Qué es estar sano? Estas preguntas son aparentemente fáciles de responder, pero, en su sencillez se entrañan grandes sutilezas. En primer lugar ¿hasta que punto es posible cuidar nuestra salud?, ¿qué se necesita para proteger o preservar la salud?, ¿sólo con sentirnos bien fisiológicamente es suficiente?

La salud puede cuidarse y hasta cierto punto reestablecerse; al ser una interacción dinámica, nos da la posibilidad de controlar variables que la puedan afectar. Sin embargo, esta tarea no sólo le corresponde al individuo en sí mismo ya que si no se cuenta con los elementos mínimos necesarios para el cuidado y prevención de enfermedades, no será posible que éste se haga cargo de todo. Es necesaria una planeación gubernamental que coadyuve al fomento de la salud a través de políticas que no sólo deben de estar encaminadas al tratamiento de padecimientos agudos o crónicos, sino también a la prevención de enfermedades y a la búsqueda de soluciones con la finalidad de evitar la aparición o reducir el peligro de enfermar. Además de enfocarse a la promoción de la salud, educando a la población sobre los riesgos y dotar de habilidades que permitan a la persona hacerse responsable de su propia salud y no depender exclusivamente de la presencia del médico para el seguimiento de las instrucciones o prescripciones médicas.

Todo ésto se escucha muy prometedor, ya que a pesar del gran auge que está causando el modelo biopsicosocial en la medicina, su peso en el conjunto de

esta ciencia es aún pequeño. La asistencia y la enseñanza siguen marginando en gran medida los aspectos psicosociales de la enfermedad, a pesar de las múltiples formulaciones de intenciones de líderes e instituciones médicas. Al médico actual le es muy difícil seleccionar y utilizar en clínica estos conocimientos, ya que son generados a partir de disciplinas, marcos y lenguajes diferentes (Anguera de Sojo y Nolla, 1988).

Todavía en varios hospitales existe la sombra del modelo biomédico la cual impide el adecuado desenvolvimiento de otros profesionales.

La investigación en el área parece más activa, pero apenas existen trabajos prospectivos o de intervención sobre poblaciones de tamaño importante se interrumpen porque son muy costosos y presentan muchas dificultades metodológicas.

Existe también una seria limitación en el quehacer profesional del psicólogo que se ve en la necesidad de apropiarse del conocimiento y hasta del discurso biomédico para extenderlo al terreno de lo psicológico, resultando en una confusión conceptual difícil de entender (Landa, 1999).

Muchos profesionistas del área psicológica, sostienen que es muy difícil hacer valoraciones fiables de las intervenciones terapéuticas psicosociales y la selección de grupos de poblaciones que sean homogéneos desde el punto de vista psicosocial

El objetivo teórico de este enfoque es aplicarse a la medicina, pero esto requiere cambios en la formación de los médicos y la integración de psicólogos en el área de la salud para trabajar en este ámbito. Este objetivo se puede facilitar con la creación de equipos interdisciplinarios, integrados en el seno de los diferentes servicios médicos.

En sí el problema no reside en el modelo biopsicosocial como tal, sino en las dificultades para su aplicación por parte de otros profesionales debido a los obstáculos mencionados anteriormente.

Existe la necesidad de nuevos abordajes teórico-prácticos que promuevan una convergencia de acciones para lograr el cambio que requieren los servicios de salud y la práctica de los profesionales:

Ante toda esta problemática, la Psicología de la Salud intenta dar solución a todas estas cuestiones.

1.3. La Psicología de la Salud

Hasta aquí hemos venido viendo, como fue cambiando la concepción de la salud y la enfermedad con el paso del tiempo. Al principio, como ya lo habíamos mencionado; no existía una diferencia clara entre aspectos médicos y psicológicos, e incluso sociales. Los diagnósticos de las diferentes enfermedades indicaban una causa orgánica principal con implicaciones en la forma en que las personas se comportaban (N. Rodríguez, 2000).

La psicología, a la par de todo esto, fue cambiando y como ciencia fue desarrollando teorías y métodos para poder abordar los problemas de tipo individual y social a los que continuamente se iba enfrentando; en este contexto es como surge la Psicología de la Salud.

Este surgimiento lo vamos a ir viendo poco a poco, para ir entendiendo más claramente, cómo está situada en la actualidad y cómo es que puede ayudar a la aplicación del modelo biopsicosocial. Para esta revisión, dividimos en dos partes la temática. Primeramente revisaremos la definición de Psicología de la Salud y después hablaremos de su surgimiento.

1.3.1. Definición de la Psicología de la Salud.

Varios autores han propuesto algunas definiciones de Psicología de la Salud como es el caso de Taylor (1986, cit. en Latorre, 1994), que la define como: “El campo, dentro de la Psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, y como responde una persona cuando está enferma”.

En México, A. L. Rodríguez (1984) la definen como: “la aplicación de los avances metodológicos que han existido en otras áreas de la Psicología, con el fin de promover el cuidado, mantenimiento, promoción y estilo de vida para la salud”.

Según Buella y Caballo la psicología de la salud es: “el conjunto de procedimientos psicológicos empleados para el fomento de la salud y el tratamiento de la enfermedad” (Buella y Caballo, 1993, cit. en N. Rodríguez, 2000).

Por otra parte, Holtzman (1993), expone que: “La Psicología de la Salud se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo, en un medio sociocultural dado y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y mantenimiento de la salud. Comprende además el estudio de factores del comportamiento que afectan al tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física”.

Matarazzo definió a la psicología de la salud como: “El agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas” (Matarazzo, 1981, cit. en Becoña y Vázquez, 2000).

Esta definición ha sido ampliamente aceptada y apoyada por la división 38 del APA (Asociación Americana de Psicología), denominada Psicología de la Salud.

Tomando en cuenta lo anterior, Buella (1995, cit. en Vega, 2002), menciona que la División de la Psicología de la Salud de la APA, ha establecido diez objetivos prioritarios para ésta:

1. Comprender y evaluar la relación existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques médicos en la promoción de la salud y tratamiento de la enfermedad.
3. Comprender la naturaleza de respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
4. Entender cómo los métodos conductuales y cognitivos pueden ayudar a las personas a afrontar y a controlar el estrés.
5. Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar programas dirigidos a incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
6. Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Ser consciente del estado y de las condiciones experimentales por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones médico-paciente se refiere.
8. Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficiencia del tratamiento.
9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.

10. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

Habiendo revisado las definiciones de Psicología de la salud, ahora sí pasaremos a ver cómo es que ésta fue surgiendo.

1.3.2 Surgimiento de la Psicología de la Salud.

Algunos autores mencionan que es difícil realizar un análisis preciso del origen y desarrollo que ha tenido la Psicología de la Salud, ya que, es una disciplina que requiere de la mediación de otras para su aplicación.

Los primeros antecedentes se hallan en el año de 1900 en los primeros trabajos relacionados con la salud. Watson realizó estudios sobre Neurología y Psicología en contraposición a la Psiquiatría; en 1904 Stanley Hall, en un trabajo sobre adolescencia, incluyó un capítulo que trataba acerca de la importancia de los aspectos preventivos y de higiene; posteriormente en 1922, Wundt realizó estudios sobre el dolor y William James trató temas relacionados con la condición de invalidez crónica y ejercicios espirituales para alcanzar el bienestar (Ballester, 1997, cit. en Becoña, Vázquez, 2000).

Sin embargo, el primer acercamiento formal de la Psicología al área de la salud fue por medio de la enseñanza en las facultades de medicina (Salinas, 1995). Watson fue uno de los primeros en considerar la importancia de dar formación psicológica a los estudiantes de medicina, con el objetivo de concebir a los pacientes en forma integral. De esta forma, en 1911 la Asociación Americana de Psicología (APA), creó una comisión para inspeccionar la situación de la enseñanza de psicología en las facultades de medicina. Más tarde en 1950, la Universidad de Pittsburg patrocinó ocho conferencias sobre “La relación de la Psicología con la Medicina”. En este mismo año una serie de investigaciones documentaban un crecimiento en el número de psicólogos que daban clases en las facultades de medicina y en las responsabilidades otorgadas.

En 1969 se publicó un artículo en el “American Psychologist”, en el cual se propuso a los psicólogos que investigaran más en temas relacionados con la salud y la enfermedad (Rodin y Stone, 1987, cit. en Florez, 2001). De esta manera, gracias a la respuesta al llamado de Shofield, en 1973, la APA, instituyó un grupo llamado “Task Force on Health Research”, cuyo objetivo fue recabar, organizar y difundir la información sobre el estado de investigación acerca de las conductas relacionadas con la salud.

Como resultado de la investigación del grupo “Task Force on Health Research”, se reunieron aproximadamente 500 profesionales, con lo cual se instituyó dentro de la División 18 (División de psicólogos en el servicio público), de la APA una sección llamada “Health Research” con el propósito de continuar la investigación psicológica en el ámbito de la salud, que fue incrementándose en los años posteriores. Debido a esto, en 1978, la APA creó su división número 38 con el nombre de “División de Psicología de la Salud”, siendo su primer presidente Joseph Matarazzo quien a su vez propuso la definición, que posteriormente se aceptaría como oficial. Los principales representantes e iniciadores de esta disciplina fueron: Stephen Weiss, Neal Miller, Jerome Singer, Gari Schwartz, Edward Blanchard, George Stone y Richard Evans (Ballester, 1997).

Así es como la Psicología de la Salud surge a finales de los años 70's y es en 1978 cuando la división de la Psicología de la Salud se introduce en el campo.

Podemos analizar con esta revisión, que diversos factores contribuyeron al nacimiento de la Psicología de la Salud, éstos son:

- En primer lugar por el cambio en la concepción en los términos de salud. Este cambio conceptual conlleva a una visión holística de la salud que incorpora los aspectos psicológicos.
- En segundo lugar fue el cuestionamiento del modelo biomédico.
- En tercer lugar, el cambio de los patrones de enfermedad. La reducción de la incidencia de las enfermedades de tipo infeccioso y el incremento de las enfermedades crónicas.

- En cuarto lugar, cuestiones de índole económica ya que los costos por cuidados de salud se dispararon considerablemente y no se experimentó una mejora de salud proporcional a los mismos.
- En quinto lugar, por la perspectiva biopsicosocial; que sostiene que los factores biológicos, psicológicos y sociales influyen en la salud o la enfermedad.

De esta forma, en la década de los ochenta esta disciplina tuvo un rápido crecimiento, sobre todo en los países desarrollados. Por ejemplo, en Estados Unidos en 1984, el psicólogo fue reconocido como parte fundamental del equipo médico (Ramírez y Cortés, 1999). En 1987, el Medical Program of the Uniformed Services (CHAMPUS) reportó que los psicólogos habían remplazado a los psiquiatras en la administración de atención en los hospitales y que además se había ahorrado la tercera parte del presupuesto para la salud tanto en tiempo como en costo; debido a esto, la Suprema Corte de Justicia, aclaró que los psicólogos y los psiquiatras estaban al mismo nivel profesional y que cualquier regulación política que limitara la competitividad entre estas dos profesiones debía estar sujeta al escrutinio del estado (Ramírez, 1996, cit. en Vega, 2002). De forma semejante, en países como Alemania, Suecia y Australia, el psicólogo está integrado al equipo médico y sus acciones están dirigidas a la planeación de programas preventivos; aplicación de técnicas principalmente conductuales a diferentes enfermedades (hipertensión, dolor crónico, cáncer, SIDA entre otras); a la investigación y enseñanza en las facultades de medicina a nivel de postgrado en Psicología. Sin embargo, este desarrollo depende del grado en que cada nación ha apoyado el desarrollo de la Psicología como disciplina y como profesión.

En los países en vías de desarrollo como México, se observa un lento crecimiento, ya que el modelo médico aún domina el ámbito de la salud no permitiendo la inserción del psicólogo. Pero es aún más crítica la situación en países africanos, donde la población está preocupada por satisfacer sus necesidades primarias (alimento, vivienda). Por lo tanto, los servicios de Psicología son considerados como un lujo; en consecuencia la Psicología de la

Salud no ha emergido. Ballester (1997) expone que en estos países aún se encuentra muy arraigada la idea sobrenatural de la salud y enfermedad.

En América Latina, el panorama se vislumbra un poco diferente. Para hablar de la Psicología de la Salud en América Latina debemos considerar tres niveles de atención:

1. Promoción de salud y prevención de enfermedad, así como diagnóstico y tratamiento.
2. Atención en clínicas de especialidades y hospitales generales.
3. Atención en subespecialidades en unidades especializadas que requieren de altas tecnologías.

La Psicología de la Salud tiene su origen en los diversos niveles de atención, enfatizando la atención primaria y la atención comunitaria. Es hasta la década de los 80's cuando se establecen los primeros programas de formación de psicólogos de la salud, en postgrado y subespecialización; principalmente en atención primaria, salud reproductiva, atención de pacientes crónicos, etc.

La Psicología de la Salud comienza a desarrollarse en las Universidades a través de la creación de líneas de investigación, que posteriormente fundamentaron el establecimiento de programas para la formación de especialistas. En algunos países tiene su origen en las unidades de los diferentes niveles de atención; éste es el caso de Colombia y Venezuela, en donde en sus hospitales ponen especial énfasis en la atención primaria de la salud. Sin embargo Brasil fue el primer país que creó las residencias en Psicología de la Salud en los tres niveles de atención.

En la actualidad Cuba cuenta con 1600 psicólogos trabajando en Psicología de la Salud enfatizando la atención en la familia, salud mental y enfermedades crónico degenerativas (Grau, 1996).

En la investigación básica observamos que América Latina se enfoca al proceso salud-enfermedad; ésto es, desde la promoción de la salud y prevención de enfermedad hasta la rehabilitación y tratamiento. En Argentina, Brasil, Cuba y México las líneas de investigación fueron: enfermedades crónico degenerativas, alteraciones psicofisiológicas, aspectos psicosociales de las adicciones y conducta sexual como factor de riesgo (Grau, 1996).

Referente al campo de aplicación de los psicólogos de la salud, podemos decir que éste se da en instituciones de enseñanza, en centros asistenciales y en la práctica privada. De esta manera, se puede ver que la Psicología de la Salud ha tenido un crecimiento acelerado, observado ésto en diversos eventos académicos internacionales donde la participación ha sido amplia. Por ejemplo, Cuba organizó el primer seminario de Psicología de la Salud en 1989.

También existen publicaciones importantes como la Revista de Psicología de la Salud en Colombia.

De lo anterior se desprende, que en América Latina el estudio de la salud ha tenido grandes avances, sin embargo queda un largo camino que recorrer debido a las desigualdades de la población, es por ello que la Psicología de la Salud en América tiene el principal reto de esforzarse por mejorar la calidad de vida de la población.

En México, a pesar de que la Psicología ha tenido un crecimiento lento; en los años 60's se aceleró y sufrió cambios importantes en cuanto a la investigación, la enseñanza y la práctica. Diversas áreas de la Psicología tuvieron desarrollos relevantes. Sin embargo, se suscitó un problema dentro de la Psicología, pues existen diversas corrientes o tendencias que provocan descalificaciones entre sí, canalizando una lucha sectorial más que una consolidación de la identidad profesional; lo cual de cierto modo ha estancado el desarrollo de la Psicología (Salinas, González y Castillo; 1999).

En este sentido Ribes (1984, cit. en Ramírez y Cortés, 1999) afirma que la Psicología Mexicana surgió como una acción práctica frente a las demandas sociales del momento y no como la aplicación de un conocimiento, lo cual provoca que no pueda ser una profesión, pero sí una disciplina. Ésto nos deja ver que la Psicología en México aún debe desarrollarse teórica y metodológicamente, tanto en lo académico, en la investigación y en la práctica.

Estos antecedentes nos permiten vislumbrar brevemente a que se debe que la Psicología de la Salud tenga una existencia pobre en México. Desafortunadamente podemos observar que el espacio laboral para la Psicología de la Salud es casi nulo de manera formal en nuestro país. Generalmente las áreas más solicitadas para otorgar empleos son: la Psicología Industrial, la Psicología Clínica, Psicología Educativa, Social y Experimental.

En este mismo sentido, Valderrama, Lavalle y Hernández (1989, cit. en Grau, 1996), confirman los datos anteriores puesto que encontraron que el psicólogo aplica pruebas, realiza pocas intervenciones, puesto que es más solicitado en el sector industrial, y cuando es empleado en el sector salud, sólo es para aplicar cuestionarios, pruebas y evaluaciones.

La participación profesional del psicólogo en ambientes médicos es un hecho, principalmente en áreas de atención psiquiátrica, centros de salud comunitaria, en unidades médicas de segundo y tercer nivel del Sistema Nacional de Salud; además de su participación importante en áreas administrativas relacionadas con la selección, reclutamiento y capacitación de personal de salud (Salinas, González y Castillo; 1999). Sin embargo, se considera que el sector salud en México ha incorporado una cantidad poco significativa de psicólogos, con relación al total de la matrícula de egresados de la carrera de Psicología de universidades de México según datos de Rodríguez (1984). Él considera que aproximadamente existen de mil a mil doscientos cincuenta psicólogos que trabajan en el Sector Salud. Sin embargo, dichas actividades se caracterizan por

ser de tipo tradicional y técnico. Las funciones principales por las cuales se les contrata en dicho sector, incluyen (Salinas, González y Castillo; 1999):

- Estudios psicológicos y de actitudes.
- Participación en el tratamiento médico de los servicios de neuropsiquiatría y rehabilitación.
- Desarrollo de programas de tipo clínico.
- Análisis de factores que inciden en el rendimiento del trabajador.

También llevan a cabo actividades recreativas y educativas, de investigación, de capacitación y evaluación general; pero, todo esto sólo se centra en una orientación individualizada y poco o nada tiene que ver con labores del psicólogo de la salud.

Ésto nos muestra un panorama desalentador en cuanto a salud se refiere, por ello debemos conocer, qué funciones realiza la profesión en el sector salud en México. Lo anterior es importante para la Psicología de la Salud puesto que ésta debe insertarse en el campo laboral para la mejora de la atención médica.

En algunos casos la función del psicólogo en México se ha ampliado al llevar a cabo el diagnóstico psicológico de la población, de sus riesgos emocionales y comportamentales, así como diseñando intervenciones para controlar y modificar los riesgos identificados. Un ejemplo de esto, es el trabajo realizado por un grupo de psicólogos de la FES Iztacala encabezado por la profesora Lozano, los cuales trabajan año con año desde 1999 en un Hospital del ISSSTE de la Ciudad de México, realizando funciones enfocadas a la prevención de la salud, promoción de la salud, diseño de intervenciones para el control de riesgos en salud, etc. También varios psicólogos de dicha institución del área de Psicología Social y Salud, han aplicado talleres, cuestionarios, investigaciones, etc., para identificar y tratar cuestiones como hábitos saludables, estrés y riesgos laborales en una determinada población.

Sin embargo, la actividad laboral del psicólogo en el sector salud, predominantemente, tiene una identificación con la atención de problemas de “salud mental”.

Creemos que ésto se debe a la regulación que ejerce el modelo médico en dicho sector (como ya lo habíamos mencionado anteriormente); ya que se cree que es un factor importante de contención para ampliar el número de psicólogos y la diversificación de sus actividades en el campo de la salud. A esta condición hay que agregar que existe poca claridad conceptual acerca de la legalidad de los fenómenos que corresponden al psicólogo de acuerdo a su objeto de estudio y sus límites legítimos en relación con las disciplinas con las que pretende colaborar (Ribes, 1990, cit. en Salinas, González y Castillo; 1999).

En México, se considera que habría un mayor incremento en la demanda de psicólogos en el Sector Salud, si las autoridades tuvieran conocimiento de las alternativas de acción del psicólogo y del beneficio que representan para mantener un estado aceptable de salud de la población; situación a la que se han enfrentado psicólogos de la FES Iztacala, ya que existía cierta resistencia en cuanto al personal médico para ser aceptados en su campo de acción; sin embargo, con el paso del tiempo, las autoridades y el personal médico se van percatando de las alternativas de acción de los psicólogos y los beneficios que implicaba el que ellos trabajasen ahí (L. R. Lozano, comunicación personal, 16 de octubre, 2003).

De esta manera, creemos que una mayor incorporación de psicólogos al sector salud, depende, además del conocimiento acerca de todo esto por parte de las autoridades; de su receptividad y actitud de las mismas, y del personal que conforma el equipo de salud; de nuevas aproximaciones, teorías, metodologías y tecnologías.

Lo importante es que la profesión no debe esperar a que el sistema de salud nos llame, sino que debemos trabajar para demostrar las habilidades con las que cuenta el psicólogo para trabajar en este sector. Es por esta razón que como

psicólogos debemos tener muy claro, cuales son las actividades que como psicólogos de la salud podemos realizar en este ámbito.

1.3.3. Actividades del psicólogo de la salud.

Aunque la psicología de la salud como la ha definido Matarazzo es una disciplina relativamente reciente, ya se han propuesto modelos para conceptualizar el campo de la misma. En general, el campo de la psicología de la salud comprende varias áreas extensas ocupándose de:

- 1) La promoción y mantenimiento de la salud
- 2) La prevención y el tratamiento de la enfermedad
- 3) Los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad
- 4) La Psicología de la Salud está interesada en general en el sistema de cuidados de la salud y en la formulación de la política de cuidados de la salud.

La Psicología de la Salud, cuando fue formulada tenía como principales metas aplicar las contribuciones de la Psicología como disciplina al conocimiento de la salud y de la enfermedad a través de la investigación básica y clínica; promover la educación y servicios de la Psicología de la Salud; e informar a la comunidad psicológica y biomédica, así como al público en general, de los resultados de las actuales investigaciones y servicios hechos en esta área (N. Rodríguez, 2000).

La Psicología de la Salud pone énfasis prioritario en la prevención; dirigiendo sus intervenciones a la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados de los individuos (Becoña y Vázquez, 2000).

Las diversas investigaciones han desarrollado herramientas necesarias para prevenir y tratar la enfermedad. Así, se han realizado programas para la prevención del tabaquismo, el tratamiento de los trastornos de la conducta alimenticia, manejo del estrés, problemas cardiovasculares, asma bronquial, etc.

El objetivo de la intervención en Psicología de la Salud, es dotar a los pacientes con las habilidades para enfrentar las enfermedades en los niveles preventivo, curativo y de rehabilitación (N. Rodríguez, 2000).

Las tareas de los psicólogos de la salud se agrupan en tres grandes categorías: investigación, aplicaciones y formación (Weiss, 1982, cit. en Becoña y Vázquez, 2000).

La investigación en la Psicología de la Salud está orientada a cuestiones que atañen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Posteriormente, los conocimientos aportados por la investigación serán el sustento de las aplicaciones en la clínica y en otros marcos de aplicación.

En este sentido, la faceta de la investigación en el psicólogo de la salud es una actividad orientada a cuestiones de mantenimiento de salud y prevención de enfermedad, lo cual posteriormente será el apoyo en la aplicación y la intervención (Sarafino, 1994).

Entre otros temas el psicólogo de la salud investiga las prácticas sexuales y sus implicaciones, la prevención de fumar, la obesidad, el uso del cinturón de seguridad, prácticas diabéticas saludables, etc.

Uno de los temas de investigación importantes dentro de la Psicología de la Salud, es aquel que estudia los factores asociados al desarrollo de la enfermedad y cómo las relaciones interpersonales afectan nuestra salud; así como la investigación en los sistemas de cuidados de la salud y la política de la salud (Ortiz, 1996).

Respecto a su aplicación, los psicólogos de la salud han desarrollado nuevas estrategias de afrontamiento para el dolor; también han desarrollado nuevas técnicas para tratar distintas enfermedades, por ejemplo el asma, trastornos gastrointestinales, hipertensión, entre otros.

El psicólogo de la salud aplica los conocimientos derivados de la investigación en la prevención y tratamiento de distintos fenómenos, así mismo ofrece evaluación psicológica a los pacientes y asesora a otros profesionales de la salud. Ésto lo logra a través de una amplia gama de técnicas para tratar numerosos trastornos que van desde la obesidad hasta problemas cardiovasculares (Vega, 2002).

Otra de las áreas en donde los psicólogos de la salud aplican su conocimiento es en la educación y en el entrenamiento, puesto que existen programas de pregrado y postgrado para el entrenamiento de los psicólogos de la salud, además de impartir sus conocimientos en escuelas de medicina y clínicas.

El campo de aplicación de la Psicología de la Salud tiene una tendencia al crecimiento, puesto que existe una gran investigación en el área, conformando nuevas concepciones de la salud y alteraciones de la misma, lo cual conlleva a la adquisición de nuevas estrategias de intervención en la promoción de la salud, y en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Por tanto podemos observar que el campo de aplicación de la Psicología de la Salud involucra diversas áreas. En resumen, se agrupan las principales áreas de aplicación en cinco grandes grupos (Bellamy, 1995, cit. en Vega, 2002):

- a) Promoción y acrecentamiento de la salud, enfocándose a la educación sanitaria, a las variables afectivo-emocionales, generación de hábitos y estilos de vida saludables, en sí, a la involucración encaminada a mejorar la salubridad individual y colectiva.
- b) Prevención, controlando conductas y hábitos de riesgo, modificación de condiciones patógenas, etc. La prevención se realiza en dos niveles:- - Prevención primaria.- La psicología ha intervenido tratando de modificar las características patógenas del medio o potenciando los recursos individuales para evitar que lleguen a tener lugar

los problemas (dentro de lo que se ha venido en llamar psicología comunitaria) a través de programas de renovación urbana, educación de padres, etc. Prevención secundaria.- Se ha intentado la reducción de distintos trastornos a través de la detección temprana de síntomas precursores y de programas de intervención inmediatos (intervención en crisis) que permitan la eliminación también temprana de los mismos. Muchos de estos programas están centrados en el ámbito de la Escuela Primaria a través de la detección y entrenamiento adecuado de los niños "de riesgo" (Mars, 2003).

- c) Evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos, por ejemplo, en problemas cardiovasculares, del sistema nervioso central, gastrointestinales, entre otros.
- d) Análisis y mejora del sistema y atención sanitarios, mejorando la relación profesional-usuario en el sistema de salud, como la preparación de pacientes para hospitalización.
- e) Otras, dirigidas a la formación de profesionales, paraprofesionales, tareas de gestión e investigación.

Las actividades del psicólogo de la salud están enfocadas principalmente a la realización de programas y actividades de investigación básica; por ejemplo en el estudio de la influencia de los factores afectivo-emocionales en órganos y sistemas corporales; en la investigación aplicada; por ejemplo, en el desarrollo de un programa para la prevención de la esquizofrenia. Por otro lado en la evaluación, ya sea de programas o de alguna disfunción fisiológica; en la promoción de la salud, a través de programas informativos o mejoras en la salubridad ambiental; en la prevención de la enfermedad; en el tratamiento y rehabilitación; por ejemplo, con programas de rehabilitación en lesionados medulares; entre otros.

La tarea del psicólogo de la salud en México en este momento histórico en el que aún no se le da una debida importancia a los factores biopsicosociales, es incursionar en el campo médico, en hospitales y centros de salud, para ir promoviendo y aplicando este nuevo enfoque. Porque aunque se han hecho numerosas investigaciones, la realidad es que aún en muchos hospitales se sigue llevando a la práctica el modelo biomédico.

Es por esta razón, que dependerá del área donde el psicólogo realice su actividad, así como de los objetivos que persiga y cómo los plantee a las autoridades, para que él desarrolle dichas actuaciones en el área de la salud, ya sea trabajando de manera individual o en estrecha colaboración con otros profesionales. Las circunstancias ya están dadas; falta aplicar estas cuestiones por parte de los profesionales en Psicología de la Salud; para lograr esta prometedora aplicación del modelo biopsicosocial, así como una mayor intervención de la Psicología de la Salud en esta área.

Podemos decir con todo lo dicho anteriormente, que el surgimiento del modelo biopsicosocial, fue importante para el cambio en la concepción de la salud y para el surgimiento de la Psicología de la Salud como tal. Ahora se toman en cuenta factores como el estilo de vida, hábitos saludables, pensamientos, emociones, etc., como factores que también influyen en el proceso salud-enfermedad.

En éstas últimas (las emociones), nos centraremos en este trabajo. En la influencia de las emociones en el proceso salud-enfermedad.

No obstante, estas interesantes cuestiones, las abordaremos en el capítulo tres, porque consideramos que antes debemos de hablar de la teoría de la Inteligencia Emocional para comprender esta relación.

De esta manera, en el siguiente capítulo hablaremos de la Inteligencia Emocional como teoría y de su surgimiento, para después adentrarnos de lleno en el capítulo tres, en la relación de las emociones en el proceso salud-enfermedad.

CAPÍTULO 2

LA TEORÍA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL*

2.1 Antecedentes: Cómo surgió el concepto de inteligencia.

Desde los antiguos jonios y específicamente en el siglo sexto antes de Cristo, se desarrolló una nueva idea que provocaría un cambio sustancial en la civilización humana. Esta idea se basaba según los jonios, en que el universo se podía conocer, ya que presentaba un orden interno y contenía ciertas regularidades (Sagan, 1979). Estas regularidades nos permitirían conocer y predecir los cambios.

Ésta fue la época donde aparecieron grandes filósofos, investigadores, matemáticos, etc.; como Tales de Mileto, el cual pudo predecir un eclipse solar; Anaximandro, amigo y colega de Tales, fue el primero en construir un reloj de sol; Hipócrates constituyó la base de la actual medicina, al eliminar la intervención de los dioses en el proceso salud-enfermedad; lo cual significaría el surgimiento de explicaciones “científicas” a la enfermedad o elementos naturales causantes de procesos morbosos.

Es en esta época, donde se alcanzan a vislumbrar algunos fenómenos psicológicos, que son explicados desde un enfoque filosófico, como es el caso de Sócrates que pone peculiar énfasis en el autoconocimiento, autodesarrollo y autoconsecuencia; dejando a un lado la magia y sustituyéndola por la razón. No obstante, no fue el único que trato de explicar fenómenos psicológicos; también Platón postuló una división del hombre en espíritu y apetitos, en donde el espíritu pertenecía al orden divino y los apetitos, al régimen mundano.

* Se utilizará para fines prácticos en lo sucesivo, las siglas “IE”, para referirnos a Inteligencia Emocional.

Así Platón sostenía que la organización justa entre los apetitos y el espíritu, llevaría al hombre a una armonía interna que lo haría realmente libre (Albarrán, 1996).

Posteriormente Aristóteles sostuvo, que el conocimiento intelectual se obtenía a partir de las sensaciones que son abstraídas y captadas por la inteligencia, llegando con el tiempo a un conocimiento universal. Con la muerte de Aristóteles, inicia la decadencia del conocimiento occidental con el posterior advenimiento de la Edad Media y la preponderancia del cristianismo; sin embargo, un poco antes los europeos sostenían que las emociones eran el centro de los aspectos morales de la vida, además de sostener la tesis de “evitación del dolor” o “principio de placer” (Albarrán, 1996).

Ya entrada la Edad Media y con ella el oscurantismo, los clérigos toman el control de todo el conocimiento que se generaba en ese momento, discriminando todo aquello que se opusiera a las “sagradas escrituras”. De esta manera, todo nuevo avance en el conocimiento del universo y del hombre, fue sesgado por el poder del clero. En esta época, la única psicología que predominaba, era la de los sacerdotes, obispos y papas; una psicología que tenía como fundamento “la palabra del Señor”, en donde la mayoría de los actos humanos son calificados como pecados producto de seres demoníacos.

De esta forma, a partir del siglo XII hasta principios del siglo XIV, surge una vertiente de la magia que explica por primera vez las enfermedades mentales: La demonología (Sagan, 1979).

La demonología sostenía que los padecimientos mentales como la esquizofrenia, epilepsia, histeria, etc.; eran producto de la posesión demoníaca. Esta demonología se caracterizaba por la brujería, que consideraba la existencia de mujeres y hombres que tenían poderes sobrenaturales y sobre todo tenían la capacidad para comunicarse con seres de otros mundos, específicamente con

entes del inframundo. Así no es de extrañarse que en esta época, las personas con estos padecimientos fueran quemadas en hogueras, ahorcados y decapitados.

En este contexto hostil, aparecieron dos personajes que tratarían de dar explicación a fenómenos psicológicos internos. Estos personajes fueron San Agustín y Santo Tomás de Aquino.

San Agustín postuló que la verdad no debe buscarse en el exterior del hombre, sino en el interior de éste, donde el alma tiene el control de facultades superiores como la memoria, la inteligencia y la voluntad. También consideraba al cuerpo como un instrumento del alma.

La postura de San Agustín era dualista, por considerar al alma como una manifestación de un Dios todopoderoso y al cuerpo como lo humano y lo mundano (Albarrán, 1996).

Santo Tomás de Aquino, es otro de los representantes de este momento histórico. Él distinguió la existencia de las facultades cognoscitivas como la inteligencia, la voluntad y los instintos. Santo Tomás de Aquino plantea que la relación y la unificación de todos estos elementos en el ser humano, eran lo que permitía al hombre sentir, pensar, entender, etc. Así, considera al igual que San Agustín que las funciones cognoscitivas pertenecen al orden celestial y los instintos al mundo material.

De esta manera podemos decir que esta psicología fue espiritualista y, hasta cierto punto, esa concepción es comprensible y normal, ya que en esta época existió una preponderancia de la religión cristiana y con ello un dominio de una cosmovisión idealista (Smirnov, Leontiev y Tieplov, 1980).

En el siglo XV y XVI surge el movimiento renacentista en donde se abordan los problemas del espíritu y la materia, se estudia mucho más a la naturaleza y los fenómenos que aparecen en ella. Surgen grandes genios como Leonardo Da Vinci, Rafael, Miguel Angel, Maquiavelo, Bramente, etc. En esta época se generaron muchas ideas que tendrían gran influencia en la concepción del hombre y de los fenómenos psicológicos relacionados con éste. Así, en este momento Duns Scuto formula ideas diferentes al orden religioso, en cuanto al pensamiento, la inteligencia y la memoria; además de plantear problemas relacionados con la atención y la percepción (Albarrán, 1996).

La tradición religiosa también tuvo representantes en esta época, como es el caso de Buenventura. El inicia un movimiento denominado voluntarismo y expresó su idea sobre la personalidad constituida por sentimientos y voluntad, oponiéndose al intelectualismo.

Es hasta la época moderna en donde varios filósofos se ocuparon de explicar los fenómenos psicológicos como René Descartes, el cual marca el origen de la psicología moderna dentro de una vertiente filosófica racionalista, distinguiendo la mente o conciencia, del cuerpo o sustancia material, los cuales se encuentran separados, pero relacionados. Éste fue el primer paso que constituiría a la psicología fisiológica. Otra aportación de Descartes fue el análisis de las emociones (Sahakian, 1982).

Mientras ésto ocurre en Inglaterra; en Holanda aparecería un pensador llamado Baruch Spinoza, el cual elabora una filosofía en la que sustentaba que la mente y el cuerpo son aspectos de una sola realidad, de modo que la psicología y la fisiología se fusionaban completamente; es decir, su postura era monista.

Posteriormente en Alemania en el siglo XVI, otro filósofo y matemático de nombre Wilhelm Leibnitz, planteaba un paralelismo psicofísico; es decir, el alma ejecuta sus actos sin ninguna reacción sobre el cuerpo y viceversa. También

distinguió la percepción como una condición interna que representaba las cosas exteriores y la apercepción como la conciencia o conocimiento reflexivo de este estado interno (Sahakian, 1982).

Con el interaccionismo de Descartes, el monismo de Spinoza y el paralelismo de Leibnitz; se formaban teorías capitales que dominarían los siglos XVIII y XIX. No obstante, a pesar de lo significativo de estos sistemas teóricos, apareció el empirismo inglés iniciado por Thomas Hobbes y, probablemente, es la corriente filosófica que tuvo mayor influencia sobre la actual psicología experimental (Carperros, 1980).

Hobbes se opuso a la noción de las ideas innatas y sostuvo que las sensaciones son la fuente del conocimiento y el contenido de la mente. Esbozó la teoría asociacionista, la cual sostiene que toda la complejidad de la vida mental puede reducirse a los componentes elementales de la conciencia en su vinculación con la experiencia. Sostuvo que la asociación se da por la coherencia y contigüidad de las impresiones pasadas.

En los años siguientes surgieron filósofos de gran envergadura como John Locke, William Harvey, David Hume, Emmanuel Kant, entre otros. Sin embargo, la psicología seguía siendo una rama de la filosofía y así fue considerada a principios del siglo XIX dando lugar a la psicología filosófica. Pero con los avances de otras ciencias como la física, biología, astronomía, matemáticas, entre otras; la psicología se nutrió formando la llamada “psicología científica”, que era la fusión entre la psicología filosófica y la psicología fisiológica. Es en esta época donde un pensador sobresaliente llamado Wilhelm Wundt, crea el primer laboratorio de psicología experimental, formándose ésta como ciencia independiente y como disciplina académica formal.

En 1867 Wundt impartió por primera vez la asignatura de psicología fisiológica y en 1879 fundó el primer laboratorio de psicología experimental, que

ocasionaría el nacimiento de una nueva ciencia, que en sus inicios estaba muy influida por la postura fisiológica.

Wundt, por ejemplo, planteaba que cualquier fenómeno psicológico tenía fundamentación fisiológica, además de considerar como objeto de estudio de la psicología, las experiencias inmediatas del individuo y que se podían estudiar mediante la introspección (Carperros, 1980).

En años posteriores, aparecieron nuevos planteamientos psicológicos principalmente en Europa y Estados Unidos. Por ejemplo, en Rusia el filósofo Iván Pavlov desarrolló el método del reflejo condicionado; descubrió que era posible hacer reaccionar a los animales (sujetos de experimentación), ante diversos estímulos que se aplicaban antes de darles la comida. De esta manera, se desarrolló una técnica para determinar con precisión la reacción de salivación del animal cuando anticipaba la comida. Ésto dio origen el condicionamiento clásico (Smirnov, Leontiev y Tieplov, 1980).

La obra de Pavlov abrió la posibilidad de explicar la conducta en función de fenómenos objetivos. Ésto inspiró a un norteamericano (John Watson), para impulsar en Estados Unidos un movimiento psicológico llamado conductismo.

En años subsecuentes, Charcot fue influenciado por las ideas de Ribot y utilizó los conocimientos generados por éste para abordar un tema desconcertante de esta época: La histeria.

Charcot utilizó la hipnosis como un método para estudiar la histeria descubriendo que los síntomas que manifestaban las pacientes histéricas no eran atribuibles a causas orgánicas. Estas ideas de Charcot, tuvieron influencia sobre Breuer que era un médico que se dedicó al estudio de la respiración, del sentido del equilibrio y la acción cerebral (Reuchlin, 1982).

Sigmund Freud, también retoma las ideas de Charcot; además de estudiar a las mujeres que padecía histeria; descubriendo que las manifestaciones patológicas de las histéricas eran producto de elementos subyacentes en una no conciencia, a la cual llamaría inconsciente. Esta nueva forma de ver la vida psíquica de las mujeres histéricas originó lo que hoy se conoce como Psicoanálisis (Reuchlin, 1982).

La tradición médica que a finales del siglo XIX había tomado bajo su dominio la investigación de la sugestión y el hipnotismo con Charcot, se continuó en Francia a principios del siglo XX, en los terrenos de la clínica, como la psicopatología, la psiquiatría y la neurología por Theodule Robot; que afirmaba que la psicología tenía que separarse de la metafísica y dedicarse a la observación científica de los hechos, más, que a las observaciones interiores; y abarcar todos los fenómenos de la mente en todos los animales; considerándolos no solo en la edad adulta, sino durante todo el desarrollo del organismo. Prefiguró la psicología animal, genética y patológica; estableció la primacía de la vida afectiva sobre las facultades intelectuales (Carperros, 1980).

Se puede observar que la psicología fue nutrida por otras disciplinas como la fisiología, biología, medicina, etc. En este sentido, las aportaciones de Darwin provocarían el surgimiento de una nueva rama psicológica que se denominaría psicología diferencial, que tenía como máximo exponente a Francis Galton. Darwin postuló la importancia de la selección natural en la evolución de las especies. La selección natural eliminaba a las especies peor adaptadas a las exigencias del hábitat donde se encontraran éstas. Sin embargo, esta situación no sólo se daba en diferentes especies, Darwin fue más allá y consideró que la selección natural también afecta a los individuos de una misma especie.

Fue en esta línea, donde diversos estudiosos de fenómenos psicológicos, trataron de llevar estas ideas darwinianas al contexto social y a la especie humana. Así que para diferenciar el nivel de adaptación y de éxito en un mundo

mercantilista como el del siglo XIX, se acuñó el término “inteligencia”, como una forma de justificar la preponderancia de ciertos grupos de poder. No obstante, esto tenía que ser demostrado, por tanto el conocimiento de la inteligencia y su naturaleza adquirió relevancia (Marrero, Espino y Gómez, 1989).

De esta manera y en este contexto, se inicia la frenética búsqueda del concepto de la “inteligencia”.

Con Francis Galton se inicia la psicometría, el cual retomó la idea de Darwin sobre la noción de la herencia mental. Escribió sobre el genio hereditario, con el objeto de demostrar que hombres inteligentes tienen hijos inteligentes. Se propuso comparar diversas razas para demostrar las diferencias intelectuales por medio de procedimientos estadísticos. Con él, empieza la tradición correlacional de la psicología, interesada principalmente, por el hecho de buscar diferencias sustanciales entre los hombres adaptados e inadaptados (Marrero, Espino y Gómez, 1989).

La psicometría tenía la función de crear tecnologías que permitieran evaluar la inteligencia, memoria, razonamientos, tiempos de reacción, etc.; para de esta manera seleccionar a los más aptos. Así fue como surgieron los tests mentales que en su mayoría tenían la intención de medir un concepto tan esquivo como es la inteligencia.

Alfred Binet en Francia y Cattell en Estados Unidos, fueron los pioneros en la elaboración de tests mentales para evaluar la inteligencia.

Pero... ¿qué es la inteligencia? Aunque parece un concepto utilizado cotidianamente, este concepto no es tan fácil de definir para muchos psicólogos y es, que en últimas fechas, ha existido un gran debate en torno a este tema. Así, existen posturas que plantean que la inteligencia en realidad no existe, o que es un término sin fundamento; otros afirman que la inteligencia está limitada al

contexto y existen planteamientos que consideran la existencia de diferentes tipos de inteligencias y en esta amalgama de inteligencias se encuentra la inteligencia emocional. Pero no nos adelantemos.

2.2 Definición de la inteligencia.

Cuando hablamos de inteligencia, sobreentendemos muchas cosas, como por ejemplo, visualizamos a una persona muy capaz, alguien que domina las matemáticas; que tiene lenguaje amplio y memoria de ordenador. Visualizamos a una persona con habilidades que se relacionan de alguna u otra forma con las actividades académicas. Pero... ¿ésto en realidad es inteligencia?, o mejor dicho, ¿qué es la inteligencia? Para esta pregunta podríamos decir que no hay respuesta; pero en realidad estaríamos mintiendo, ya que existen diferentes respuestas, cada una con su valor y su perspectiva sobre la inteligencia. En parte, ésto se debe, a que la inteligencia es un término relativamente moderno (Wechsler, 1976); ya que el interés por la inteligencia surge a finales del siglo XIX en un contexto científico y social fuertemente influido por las ideas de Darwin, (Stenberg y Datterman, 1988); como ya lo habíamos mencionado anteriormente.

En un principio se pensaba que la inteligencia estaba relacionada con la rapidez de ejecución, por tanto la investigación se centró en medir la rapidez de ejecución en tareas simples de orden sensorial o motor, donde los sujetos con altos porcentajes serían correlacionados con tareas más complejas. Por desgracia, este enfoque no logró abordar con éxito el estudio de la inteligencia. Se comprobó que las medidas de rapidez de ejecución no estaban asociadas, al menos, de manera importante, con las actividades consideradas inteligentes.

Dados estos antecedentes, la investigación se orienta con Binet y Simón hacia la construcción de pruebas de medida compleja; y es de suponer, que la inteligencia como construcción hipotética es "la capacidad global o conjunta del individuo para actuar intencionadamente, pensar racionalmente y tratar de modo

efectivo con su ambiente. Es global y conjunta porque está compuesta por elementos o aptitudes que, aunque no enteramente independientes, si cualitativamente diferenciados” (Wechsler, 1976).

De esta forma se dio origen a los tests mentales, que son pruebas construidas por un conjunto de ítems representativos de las actividades “inteligentes”, que en su momento resultaron eficaces instrumentos de predicción de éxito en ámbitos como el educativo y laboral.

La aparición de estas pruebas, no coincidía con los progresos reales en el conocimiento de lo que es la inteligencia; al parecer los tests psicométricos se encontraban desfasados de las innovaciones teóricas, ya que no contaban con un constructo teórico claro de lo que es la inteligencia.

En este sentido, en 1921 se llevó a cabo un congreso patrocinado por la revista *Journal of Educational Psychology*. En este congreso, la pregunta básica planteada a las distintas autoridades en la materia, se refería a la naturaleza de la inteligencia. Las respuestas no fueron en absoluto coincidentes. La confusión fue tal que llevó a Boring a pronunciar lo siguiente: “Inteligencia es lo que miden los tests” (Marrero, Espino y Gómez, 1989).

Para empezar podemos decir que un test es un instrumento de valoración cuantitativa de atributos relacionados con conocimientos y destrezas, cuya dificultad se incrementa paulatinamente (Wechsler, 1976). Así, podemos observar que existen tests que evalúan áreas como la verbal, razonamiento lógico, razonamiento matemático, etc., como es el caso de las escalas de Wechsler (WAIS).

Los tests se sustentan en diferentes supuestos estadísticos que permiten dar un carácter cuantitativo a un atributo como la inteligencia; por tanto se asume que la inteligencia es un mecanismo psicológico medible y para justificar este

planteamiento se recurre a las escalas cuantitativas de intervalo. De esta manera si aplicamos un test a una población amplia, las personas se distribuirán de una forma normal o una curva normal llamada “campana de Gauss”, en donde el 68% de los sujetos se encuentra alrededor de la media y cuanto más lejana sea una puntuación de la media, menor porcentaje de sujetos estarán asociados a ella.

El asunto no termina aquí, si una persona obtiene una puntuación de 100 en un test, todavía no nos dice nada y tampoco nos permite clasificarla en cuanto a lo que mide el test. Para poder clasificar a la persona necesitamos compararla con otras personas, de esta manera sabríamos si se puede clasificar a un nivel alto, medio o bajo. Para esto, existen diferentes métodos que esbozaremos en un momento, como es el de las puntuaciones por edad, los percentiles, puntuaciones típicas lineales y puntuaciones típicas normalizadas. Pero, lo que nos interesa en este momento, es el coeficiente intelectual y el coeficiente intelectual de desviación, que en nuestra época son sinónimos de inteligencia.

El coeficiente intelectual es una mezcla entre las puntuaciones por edad; en donde la edad mental y la cronológica se dividen y dan como resultado el coeficiente intelectual (CI), el cual se multiplicará por 100 y proporcionará el nivel de inteligencia de una persona.

Otro procedimiento es el CI de desviación, el cual supone otra vía para poder interpretar la puntuación de un test, en donde los sujetos que caen en la media de una curva normal tienen una clasificación de 100 o normal y los que se alejan tanto para un lado para otro pueden ser brillantes o retardados (Wechsler, 1976).

En las últimas décadas han existido diversas críticas acerca de los tests de inteligencia, considerándolos como el último instrumento para medir la inteligencia. Además, las concepciones actuales sobre la inteligencia, dan un nuevo rumbo a las conceptualizaciones anteriores. Sin embargo, la inteligencia sigue siendo un

tema controvertido y polémico donde diferentes posturas manifiestan su naturaleza puramente cognitiva y otras su inexistencia.

Según Sternberg y Datterman (1998), los principales ejemplos actuales en los cuales se pueden agrupar las posturas sobre la inteligencia son tres que a continuación se describen:

- **La inteligencia en el individuo (intraindividual):** En este punto se considera que la inteligencia es parte del individuo y que sólo el individuo es capaz de generar inteligencia gracias a su carga genética; sin embargo existen tres principales núcleos de análisis desde este punto de vista: 1) Nivel biológico, que explica la existencia de factores biológicos inter e intraorgánicos; 2) Nivel molar, que consiste en el funcionamiento mental, cognitivo y motivacional; 3) Nivel conductual, que habla de una inteligencia contextualizada, es decir, que la inteligencia se da en un lugar determinado.
- **La inteligencia está en el medio:** Desde este punto de vista, se considera a la inteligencia como una prolongación del medio sociocultural; podemos decir que esta postura es un tanto sociológica, ya que es la sociedad la que determina lo que es inteligente y lo que no lo es; lo cual hace suponer la relatividad de los criterios que son empleados para determinar lo que es una conducta inteligente.
- **Interaccionista:** Esta postura sostiene la interacción del medio y el individuo; es decir, las personas no piensan ni sienten en el vacío, ni tampoco la cultura o la sociedad puede establecer unas pautas de lo que es inteligente sin referencia alguna a lo que las personas realizan en dicha cultura o sociedad.

Así, podemos ver que existen diferentes autores que a pesar de estar añadidos en algunas de las anteriores categorías; también, añaden nuevos elementos sobre la complejidad de la inteligencia. Por ejemplo Anastasi (1998),

concibe a la inteligencia como una cualidad de la conducta, sin embargo subraya que esta conducta inteligente es una conducta adaptativa, que determina cuales son las formas más eficaces de atender a las demandas del medio. No obstante, esta autora considera que la inteligencia no es cosa que esté dentro del organismo, sino que es una cualidad de la conducta, la cual varía con las demandas del ambiente. En este sentido la autora plantea que la inteligencia es un concepto pluralístico.

En este mismo tono, Baltes (1998), plantea que la inteligencia no es un constructo teórico sino más bien un conjunto “confuso” de conceptos, ideas, perspectivas y problemas substancialmente irreconciliables o lo que él llama superconstructo. Este superconstructo no es más que una amalgama de constructos específicos tales como: capacidad mental, aptitud para solucionar problemas, sistemas de conocimientos, comportamiento inteligente, etc.

A pesar de que estos dos autores sostienen una postura biologicista, podemos ver que también consideran la inteligencia como un elemento teórico más que dado naturalmente. Ésto nos replantea la interrogante de ¿qué es la inteligencia? Si respondemos la primera pregunta con lo que plantea Baltes, de que si la inteligencia es un superconstructo basado en una amalgama de conceptos confusos; entonces tendríamos que crear uno nuevo, ya que éste de inicio no es viable.

Para nuestro bien, el planteamiento de Baltes no es el único, ya que diferentes autores vinculados con una postura cognitiva sostienen que la inteligencia es el producto final del desarrollo individual en el campo cognitivo-psicológico (Berry, 1998). Es en esta postura donde la inteligencia cobra un nuevo sentido y donde se buscan procesos relacionados con ella más que productos. Así Brown y Campione (1998), consideran que al ser la inteligencia el producto último del desarrollo cognitivo, tiene que pasar por una serie de procesos que permitirán moderar el intelecto del individuo, el cuál siempre está relacionado con la

capacidad de aprender; en donde el aprendizaje será por lo regular siempre activo y no pasivo como lo planteaban las posturas asociacionistas en los años de 1930 y 1950.

Los procesos son activos y al mismo tiempo mediados socialmente; estos autores plantean, que la mejor medida del aprendizaje, es el cambio de los procesos de aprender en lugar del incremento en el producto o en la velocidad de producción. Frecuentemente este cambio de proceso está socialmente mediatizado a través de un contexto de apoyo que solamente incluye hasta cierto punto la instrucción directa (Brown y Campione, 1998).

Además de las diferencias en el cambio de los procesos y el apoyo socialmente contextualizado, Butterfield (1998) subraya cuatro fundamentos de las diferencias individuales en la inteligencia:

- 1) Las personas menos inteligentes tienen bases de conocimientos menores y menos organizadas.
- 2) Las personas menos inteligentes utilizan menos estrategias en el procesamiento de la información.
- 3) Las personas menos inteligentes tienen menos comprensión metacognitiva de sus propios sistemas cognitivos.
- 4) Las personas menos inteligentes utilizan procesos de control de su pensamiento menos completo y flexible.

Así, para este autor, todo sistema inteligente incrementa su propio fondo de conocimientos y su repertorio de destrezas. Ésto supone también que el aprendizaje es directamente proporcional a la inteligencia y por lo tanto ésto permitiría una mejor comprensión de la capacidad de aprendizaje en campos específicos del conocimiento como las matemáticas, escritura, lectura, etc.

A pesar de todo ésto, el autor señala que los seres humanos inteligentes incrementan sus conocimientos y destrezas convirtiéndose en seres más complejos; pero no especifica los mecanismos de adquisición ni sus relaciones con otros mecanismos del sistema cognitivo.

Un enfoque más coherente y parsimonioso sería el que considera que la adquisición de nuevos conocimientos y destrezas, es una consecuencia de determinados procesos cognitivos, de modo muy semejante a como la memoria se deriva de algunas actividades cognitivas.

Siguiendo esta tonalidad, Das (1998) señala que la inteligencia es la suma total de los procesos cognitivos; lo que implica una planeación y codificación de la información y la activación de la atención. Entre todas estas funciones, los procesos requeridos para la planificación tienen un status relativamente alto de inteligencia. Planificar es un término amplio que incluye entre otras cosas el generar planes y estrategias, el seleccionar los planes útiles y ejecutarlos. Dentro de las connotaciones de la planificación se incluye la toma de decisiones. Desde el punto de vista de este autor, la planeación está determinada por las estructuras cerebrales de los lóbulos frontales, los cuales regulan el estado de actividad del organismo; éstos controlan los elementos esenciales de las interacciones del sujeto, programan las formas complejas de actividad y controlan constantemente todos los aspectos de la misma (Das, 1998).

Los otros dos procesos cognitivos (codificación y activación de la atención), hacen referencia a dos modos de procesamiento de la información: el simultáneo y el sucesivo. La información que llega en unidades discretas, puede ser procesada simultánea o sucesivamente. Lo primero implica la disposición de la información en un orden simultáneo cuasi-espacial, de manera que la relación entre las piezas discretas de información se pueden supervisar (Das, 1998).

Así, la inteligencia se considera como un sistema complejo integrado por numerosos procesos cognitivos independientes. Estos procesos contribuyen a la aparición de un factor general que se puede medir hasta cierto punto con los tests de inteligencia (Datterman, 1998).

Estes (1998), considera que todavía no se ha dicho la última palabra, así que sugiere recurrir a campos fuera de la psicología para una mayor comprensión de la inteligencia. Uno de estos campos es la Inteligencia Artificial, ya que el psicólogo trata de investigar la inteligencia como un atributo de la mente e intenta definirla y medirla in situ. Los investigadores que parten de las ciencias computacionales suponen solamente que la inteligencia caracteriza a todos los procesadores de información, animados o inanimados, que pueden realizar tareas intelectuales. Estos investigadores se proponen demostrar la validez de sus ideas construyendo sistemas inteligentes.

Pero... ¿Cómo saber si una máquina es inteligente o si es más inteligente que otra? La consideración de las tareas que puede realizar es un factor, pero, en contraste con el caso de la inteligencia humana, es solamente un factor auxiliar. Una máquina que puede jugar ajedrez se considerará que es más inteligente que otra que solamente puede jugar el parchis. Pero incluso una máquina que puede derrotar a un maestro de ajedrez no se considerará que sea muy inteligente si su estrategia se limita en buscar mecánicamente series de posibles combinaciones. En todo caso, la máquina es considerada inteligente solamente en la medida en que lleva a cabo su tarea de una forma inteligente, definiendo inteligente en términos teóricos.

El rápido desarrollo del campo de la inteligencia artificial durante los últimos 25 años no nos ha facilitado una teoría general satisfactoria de la función inteligente, pero al menos hay un acuerdo sustancial acerca de algunos de sus componentes (Estes, 1998), los cuales son los siguientes:

- La capacidad para el manejo de símbolos, que es tal vez la propiedad más importante de los sistemas inteligentes.
- La capacidad para predecir circunstancias de las elecciones alternativas (como los posibles movimientos alternativos en un momento determinado en el juego del ajedrez), sin necesidad de continuar todas las secuencias hasta la conclusión.
- Un tercer elemento es la propiedad que por encima de las secuencias de símbolos (movimientos en un juego, elementos en la elección del elemento de un vocabulario, ramas en el árbol de decisiones de una tarea de clasificación), busca guiarse por los principios del conocimiento.

En conclusión, podemos decir, que los varios avances hacia la comprensión de la inteligencia provienen de la investigación que supera las fronteras tradicionales entre la psicometría, la psicología cognitiva y la ciencia de la computación. Desde el punto de vista de la psicología cognitiva, la inteligencia no es un rasgo que se deba medir por los logros obtenidos en la resolución de un test, más bien es un aspecto multifacético de procesos que permiten a los sistemas animados o inanimados realizar tareas que impliquen procesamiento de información, resolución de problemas y creatividad.

Ahora bien, otro elemento que ha cobrado importancia en últimas fechas, es la cuestión social (Goodnow, 1998), en este sentido la inteligencia no reside en el individuo, sino más bien como un juicio o una atribución comprensible a los juicios que hacemos sobre personas que nos resultan atractivas o amistosas, más que como una cualidad que reside en el individuo.

En este sentido, Goodnow (1998) señala, que las situaciones en los tests son situaciones ficticias. En ellos se le hacen preguntas al sujeto cuya respuesta ya sabe previamente el que interroga. A este interrogador, aunque se comporte amistosamente, no se le puede pedir ayuda. La solución debe de encontrarse sin apoyo físico ni social. Ésto según Goodnow, provoca evaluaciones erróneas

dentro de nuestra misma cultura e incluso nos da poca información del modo en que las personas manifiestan su inteligencia. Por lo tanto el utilizar o evaluar a la persona fuera de un contexto social, puede provocar un gran sesgo para la interpretación de la inteligencia, ya que la inteligencia y la situación social son vistas como variables diferentes y aisladas. No obstante tratar de entender la interacción entre la inteligencia y el medio social no es tan fácil como parece, ya que se tienen que librar ciertos obstáculos como los que a continuación señala Goodnow (1988):

1. **Descripción efectiva de los contenidos sociales:** Se debe buscar un lenguaje común que permita entender la situación específica para cada individuo que sea evaluado, así como la disposición de los elementos físicos.
2. **La búsqueda de términos comunes:** Es decir, existe la necesidad imperiosa de tener un lenguaje que describa con puntualidad las situaciones y contenidos inteligentes. La mayoría de las veces es difícil adecuar unos a otros, por ejemplo, los niveles socioeconómicos no se organizan de una manera conceptual como los niveles de rendimiento en los tests.
3. **Coordinación de hipótesis:** Es necesario enfocar los criterios que se han de utilizar para determinar la influencia del contexto social en el desarrollo de la inteligencia.

Aunque Goodnow (1998), señala la importancia de estas variables, también señala las limitaciones de la implementación de otras investigaciones en el campo social.

Podemos decir que la evaluación de la inteligencia considerando la situación social, todavía no está completa y que tal vez en el futuro ésta sea la línea predominante en la psicología contemporánea ya que actualmente existe un sesgo en la evaluación de la inteligencia. La autora señala que las conductas o

destrezas que son evaluadas en las pruebas de inteligencia, son conductas que domina un grupo en la sociedad y que ésto ocasiona que mucha gente que no tiene acceso a las condiciones materiales de este grupo, sean relegados por tener al parecer menor inteligencia.

Sin embargo, Humphreys (1998), considera que la inteligencia es un término que no está del todo perdido, debido a que existen ciertas destrezas que nos permiten dar una clara imagen de lo que es la inteligencia, y que estas destrezas o conocimientos son parte importante de los tests de inteligencia. Estas destrezas son un punto de partida para poder desentrañar el misterio que se cierne sobre la inteligencia. Así, dicho autor señala que la inteligencia es un conjunto de destrezas y conocimientos útiles para cada persona en un momento determinado. Él propone un enfoque en donde se deben de estudiar los elementos de un test de inteligencia con el contenido y el repertorio de conocimientos y destrezas que subyacen en cada persona; sin embargo este repertorio, es algo adquirido y su adquisición y utilización pueden describirse en términos de procesos, los cuales serían la piedra angular que regiría el futuro sobre la definición de inteligencia.

Es en este sentido donde la mayor parte de la investigación cognitiva ha centrado sus esfuerzos. Stenberg y Datterman (1998), señalan que la inteligencia es una serie de procesos equiparables a las funciones que realiza un gobierno en un país determinado. Por ello Stenberg propone una teoría donde la inteligencia es considerada como el autogobierno mental y por tanto pueden existir diferentes tipos de gobiernos al igual que diferentes clases de inteligencias. Sin embargo algunas de esas inteligencias no sirven de nada así como gobiernos que no han servido en absoluto. Los gobiernos pueden tener varias funciones; pero sólo existen tres más importantes, las cuales son: legislar; ejecutar y juzgar o evaluar. Ésto ha sido organizado a lo largo de la historia de diferentes formas; pero siempre ha sido la constante en los gobiernos. Así, en la literatura y las investigaciones sobre la inteligencia, siempre ha existido la división de la

inteligencia en tres funciones principales: juzgar, ejecutar y legislar (Stenberg y Datterman, 1998). Por tanto, para estos autores, es importante la distinción entre cognición y metacognición ya que proporcionan una distinción entre las funciones legislativas y judiciales. No obstante, se ha reconocido por los teóricos contextuales, el papel de la sociedad y del individuo en la realización de las tres funciones del gobierno mental.

Todo gobierno tiene una forma de organización intrínseca, pero no todas las formas de organización son las más efectivas. Así la inteligencia está organizada de una forma que permite ser efectiva en el entorno en el que se desarrolla. De esta manera Stenberg y Dattermann (1998), manifiestan la existencia de tres niveles o formas de organización continuando con su analogía de las formas de gobierno: la monarquía, la oligarquía y la anarquía. Ellos destacan la incapacidad funcional de la monarquía y la anarquía mental; considera en su entender que la oligarquía u oligarquía federal modificada, es la preponderante en los sujetos inteligentes; sin embargo, se requiere estudiar los procesos que se llevan a cabo en esta forma de gobierno, ya que la interacción entre los tres poderes constitutivos de la inteligencia mental son la clave para desentrañar el misterio de la conducta inteligente.

Al parecer el estudio de los procesos, es la línea a seguir en investigación y naturaleza de la inteligencia, señala Zigler (1998); ya que las definiciones actuales de inteligencia son arbitrarias. Desde Galton los psicólogos han buscado un test que revele la capacidad mental intelectual sin la influencia de la experiencia; no obstante esto sólo se lograría con la invención de test fisiológicos que identificaran y cuantificaran determinantes genotípicas de la inteligencia. A pesar de que existieran dichos tests, esto sólo sería el primer paso ya que la evaluación de los procesos que se llevan a cabo durante el desarrollo cognitivo, son en mayor parte por la interacción entre el ambiente y la carga genotípica del individuo (Zigler, 1998).

Zigler considera que existen tres elementos importantes a retomar para comprender el desarrollo de la inteligencia; éstos son:

- a) Procesos cognitivos formales; los cuales están relacionados con el pensamiento abstracto y la capacidad de manejar símbolos.
- b) Logros informáticos; ésto se refiere a la capacidad para almacenar información y manipularla según las necesidades del entorno.
- c) Factores motivacionales; se refiere principalmente a cuestiones emocionales del sujeto.

Zigler pone peculiar énfasis en los diferentes factores emocionales como una forma de comprender la inteligencia y su naturaleza intrínsecamente compleja y esquivada.

A pesar de la nueva gama de directrices relacionadas con la investigación de la inteligencia; no todos coinciden con el advenimiento de los tests psicométricos como un instrumento obsoleto, como es el caso de Jesen (1998), ya que considera que los tests son una serie de tareas cognitivas llamadas ítems, los cuales pueden evaluar el rendimiento de una persona objetivamente mediante puntuaciones. Es decir, pueden ser clasificados como “verdadero” o “falso”, o igual a “1” o “0”, situados sobre una escala, por ejemplo: “malo”, “bueno”, “regular”, o “excelente”; dotando de objetividad la evaluación del comportamiento inteligente en una escala cuantitativa confiable.

Jesen (1998), considera que un test es objetivo porque existe un alto nivel de acuerdo a diferentes observaciones y observadores, en el modo o la puntuación de un individuo X en una prueba de inteligencia. Se pueden señalar tres elementos fundamentales con los cuales actúa un test de inteligencia:

- a) **Objetividad:** Se refiere al acuerdo sobre las observaciones que se tienen del individuo.

- b) **Estadísticamente válido:** Es decir, que cuenta con los puntos estadísticos necesarios para que tenga validez interna.
- c) **Predictivo:** Que en un futuro no muy lejano permitirá predecir el comportamiento del sujeto evaluado.

Al respecto, Pellegrino (1998) considera que todos estos elementos o ítems, sólo tienen una validez intrínseca para cada cultura en específico y no general, ya que la maquinaria cognitiva del individuo no puede estar separada de su contexto sociocultural.

Estudios transculturales han advertido sobre la necesidad de tener en cuenta valores y contextos culturales para una comprensión de la inteligencia. Por ejemplo, en las sociedades de corte capitalista-positivista, se valoran conductas inteligentes relacionadas estrictamente con la escolaridad formal. Por tanto la “inteligencia académica” constituye un prototipo de las sociedades de este tipo.

Actualmente la inteligencia no es sólo lo que miden los tests, sino también lo que la cultura considera como comportamiento inteligente; además las investigaciones actuales sobre inteligencia se centran en ahondar más sobre los procesos que están relacionados con el comportamiento inteligente más que en el resultado. Toda esta vorágine de conocimientos e investigaciones aportan a una mayor diversidad de elementos y habilidades que son considerados como inteligentes.

Finalmente podemos decir, que la inteligencia o el concepto de inteligencia, no es un concepto completo o ya terminado, sino más bien, es una amalgama de atributos que en su conjunto constituyen la inteligencia. Existen elementos que no se han mencionado y que son importantes. En este sentido podemos hacer una enumeración de los atributos nuevos o considerados en la actualidad por estos nuevos paradigmas y son:

- Capacidad de inhibición
- Expresiones de conducta manifiesta
- Valores culturales
- Metacognición + Elementos sociales
- Interacción de procesos y conocimiento

De esta manera, han surgido nuevos paradigmas que tratan de explicar la conducta inteligente o la inteligencia; modelos explicativos que describen como se procesa la información en nuestra mente. Uno de esos modelos es el de inteligencias múltiples, de donde surge el modelo de inteligencia emocional (IE).

2.3. Definición de la Inteligencia Emocional.

Haward Gardner plantea que existen distintos tipos de inteligencia y sostiene que los tests sólo miden lo que se refiere a inteligencia académica. En este sentido plantea la existencia de dos tipos de inteligencia que nos parecen interesantes: la inteligencia interpersonal y la intrapersonal. Posteriormente se hacen investigaciones que plantean la existencia de una inteligencia emocional (IE). En su obra "*Frames of Mind*", revoluciona el concepto de inteligencia a través de la teoría de Inteligencias Múltiples, introduce dos tipos de inteligencia muy relacionadas con la competencia social, y hasta cierto punto emocional, la Inteligencia Interpersonal y la Inteligencia Intrapersonal (Gardner, 1988). Gardner dice que: "*La Inteligencia Interpersonal se construye a partir de una capacidad nuclear para sentir distinciones entre los demás: en particular, contrastes en sus estados de ánimo, temperamentos, motivaciones e intenciones. En formas más avanzadas, esta inteligencia permite a un adulto hábil leer las intenciones y deseos de los demás, aunque se hayan ocultado...*" (Gardner, 1988).

A la Inteligencia Intrapersonal la define como "*el conocimiento de los aspectos internos de la persona: el acceso a la propia vida emocional, a la propia gama de sentimientos, la capacidad de efectuar discriminaciones entre las*

emociones y finalmente ponerles un nombre y recurrir a ellas como un medio de interpretar y orientar la propia conducta..." (Gardner 1988).

Quizás sea esta teoría, la que mayor relación tiene con nuestro constructo teórico de interés, la Inteligencia Emocional.

Goleman (1997) interpreta y resume estas dos capacidades propuestas por Gardner, como *"la capacidad de discernir y responder apropiadamente a los estados de ánimo, temperamentos, motivaciones y deseos de las demás personas"* en referencia a la inteligencia interpersonal, y en cuanto a la inteligencia intrapersonal como *" la capacidad de establecer contacto con los propios sentimientos, discernir entre ellos y aprovechar este conocimiento para orientar nuestra conducta"*.

El concepto de IE, tiene a nuestro parecer un claro precursor en el concepto de Inteligencia Social de Thorndike quien la define como *"la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, muchachos y muchachas, y actuar sabiamente en las relaciones humanas"*.

Según Salovey y Meyer, la IE fue un concepto acuñado por Peter Salovey. Ellos la conceptuaron como *"un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas, y usar la información para guiar el pensamiento y las acciones de uno"* (Salovey y Meyer, 1990; cit. en Goleman, 1997). Este concepto de IE subsume a los conceptos de inteligencia intrapersonal e interpersonal que propone Gardner, dándole además un enfoque algo menos cognitivo; añadiéndole el componente emocional que Gardner casi obvia; quizás por estar inmerso en la vorágine de la época (principios de los ochenta), donde la Psicología Cognitiva predominaba como paradigma.

2.4. Bases teóricas y elementos que la constituyen.

El término IE fue utilizado por primera vez en 1990 por Peter Salovey de Harvard y John Mayer de la New Hampshire, como la capacidad de controlar y regular los sentimientos de uno mismo y de los demás y utilizarlos como guía del pensamiento y de la acción. Se concreta en un amplio número de habilidades y rasgos de personalidad: empatía; expresión y comprensión de los sentimientos; control de nuestro mal humor; independencia; capacidad de adaptación; simpatía; capacidad de resolver los problemas de forma interpersonal; habilidades sociales; persistencia; cordialidad; amabilidad; respeto; etc.

Un fundamento previo como ya lo habíamos mencionado, lo encontramos en la obra de Howard Gardner, quien en su libro: "Frames of Mind", reconoce los límites de las antiguas formas de entender la inteligencia. Señala que los tiempos gloriosos del CI comenzaron durante la Primera Guerra Mundial, cuando dos millones (aproximadamente) de norteamericanos fueron seleccionados mediante la prueba escrita realizada por Lewis Terman, psicólogo de la Universidad de Stanford. Gardner pone de manifiesto su postura en contra de la existencia de una única forma de inteligencia llamada CI. Para él la inteligencia no se limita al CI. Gardner plantea en su libro diferentes tipos de inteligencia y refuta la idea de que el CI fuera un indicador de éxito en la vida. Él atribuía el éxito en la vida a una gama muy extensa de inteligencias, las cuales él clasificó en una lista de siete tipos, que serían: verbal, lógico-matemática, espacial, musical, cinestésica, interpersonal e intrapersonal (Mestre, Carreras y Guil, 2002).

Con la propuesta de Gardner y específicamente en el rubro de la inteligencia interpersonal, éste descarta el papel de los factores emocionales. Tal vez esto se debe a la influencia que tuvo Gardner del modelo cognitivo-científico. De esta forma su concepto de inteligencias pone peculiar énfasis en el papel de la cognición, los hábitos de trabajo y la utilización de esta perspicacia para dirigir la propia vida.

El acento que Gardner pone en los elementos cognitivos de las inteligencias personales, es un fiel reflejo de lo que ocurría en los últimos ochenta años del siglo XX en la psicología; ya que en las primeras décadas de este siglo, la psicología estaba dominada por los conductistas del corte positivista de B.F. Skinner que consideraba como único objeto de estudio la conducta observable “objetivamente” desde el exterior, sin ser influida por nuestra subjetividad. Así, los conductistas descartaron la vida interior del individuo (como las emociones), a un terreno vetado para la indagación científica, ya que no existía la posibilidad de estudiarlo objetivamente y tampoco serviría de nada. Esta perspectiva mecanicista-reduccionista, soslayó los elementos psicoemocionales, reduciendo al ser humano el arcaico paradigma: estímulo-respuesta.

Después, a finales de los años setenta, se da la llamada “revolución cognitiva”. En este momento el foco de atención de la psicología era la forma en que la mente registra y almacena información (Goleman, 1997). No obstante las emociones siguen estando relegadas como elementos de estudio. El saber convencional de los científicos cognitivos, sustentaba que la inteligencia era un procesamiento frío y riguroso de información. De esta manera surgió el modelo del “ordenador”, que planteaba la semejanza que tenía la mente humana con la PC. Ellos descartaban que el cerebro humano era “manchado” por una serie de sustancias neuroquímicas que no se parecen en lo absoluto al aséptico y ordenado silicio que compone la plataforma PC.

Esta visión un tanto empobrecida del modelo cognitivo, que pasaba por alto la influencia de las emociones, fue el pensamiento dominante durante los últimos ochenta años. Sin embargo, con la aparición de un artículo en 1990 escrito por Peter Salovey; el autor incluye las inteligencias de Gardner, agregando una nueva: La IE. Peter Salovey propone cinco esferas en las cuales puede ser dividida la inteligencia emocional:

1. Conocimiento de las propias emociones. La conciencia de uno mismo, el reconocer el sentimiento mientras ocurre, es la clave para la IE. La

incapacidad de advertir nuestros auténticos sentimientos nos deja a merced de éstos.

2. Manejo de las emociones. Manejar los sentimientos para que sean adecuados, es una capacidad que se basa en la conciencia de uno mismo. Las personas que carecen de esta capacidad luchan constantemente contra sentimientos de aflicción; mientras aquellas que la tienen desarrollada pueden recuperarse con mucha mayor rapidez de los reveses y trastornos de la vida.
3. La propia motivación. Ordenar las emociones para la automotivación, el dominio y para la creatividad.
4. Reconocimiento de las emociones de los demás. La empatía, es otra capacidad que se basa en la autoconciencia emocional; las personas con empatía están mucho más adaptadas a las sutiles señales sociales que indican lo que otros necesitan o quieren.
5. Manejo de las relaciones. El arte de las relaciones es en gran medida, la habilidad de manejar las emociones de los demás.

Los autores que han desarrollado la IE, plantean que estas habilidades rodean la popularidad, el liderazgo y la eficiencia interpersonal. Las personas que se destacan en ellas, se desempeñan bien en cualquier actividad que tenga que ver con la interacción personal.

Esta nueva visión de la inteligencia no es opuesta al CI, simplemente es diferente y amplía el abanico de habilidades que se pueden desarrollar. En un sentido estricto pueden existir diferentes caminos para el éxito, no es necesario dominar todas las habilidades de la IE para lograr lo que queremos en la vida (Thiagarajan y Parker, 2000).

Así podemos encontrar que las habilidades que integran la IE están íntimamente ligadas pues son (Goleman, 1997):

- Independientes: Cada una puede afectar de forma positiva nuestra vida o desempeño laboral por sí misma

- Interdependientes: Cada una puede depender o necesitar de otra para tener un efecto significativo.
- Jerárquicas: Una facultad de la IE sirve de base a otra, por ejemplo la empatía es crucial para la relación con los otros.

Todas estas son necesarias pero no suficientes. Es decir, no necesariamente tenemos que tener todas éstas, para tener un completo éxito. Así también, el poseer una habilidad de inteligencia emocional, no garantiza que alguien la desarrolle; ésto también depende del contexto en el cual se encuentra la persona.

No obstante, las relaciones e interacciones entre los diferentes componentes de la inteligencia emocional no se encuentran del todo estudiadas; además de que cada vez se encuentran nuevos componentes desde la publicación de Salovey y Meyer. De esta manera, Goleman (1999), considera que la inteligencia emocional se puede dividir en dos grandes bloques: La aptitud personal y la aptitud social. Esta división cuenta a su vez con una serie de habilidades agrupadas en diferentes segmentos. Según Goleman (1999), estos minigrupos a grandes rasgos son los siguientes:

1.- APTITUD PERSONAL: Las aptitudes personales determinan el dominio que se tiene sobre la propia persona. Está dividida en tres componentes:

1. Autoconocimiento.- Es la capacidad para conocer nuestros propios estados anímicos, fortalezas y debilidades; y en general nuestro mundo interno. Esta capacidad cuenta con tres elementos básicos: a) conciencia emocional, que es la capacidad de identificar nuestras emociones y sus efectos; b) autoevaluación precisa, que consiste en valorar nuestras debilidades y potencialidades; y c) confianza en uno mismo, que es la seguridad en nuestras capacidades y facultades.
2. Autorregulación.-Es la capacidad para controlar nuestros estados anímicos, además de manejarlos de la forma más adecuada posible. La autorregulación está dividida en cinco componentes fundamentales: 1)

autocontrol, que consiste en manejar las emociones negativas y dañinas; 2) confiabilidad, que es la capacidad de establecer normas de honestidad e integridad; 3) escrupulosidad, que significa realizar las responsabilidades asignadas de una forma cabal; 4) adaptabilidad, que es la flexibilidad con la cual nos podemos adaptar a los cambios; y 5) innovación, que consiste en ser capaz de escuchar nuevas ideas, información, etc.

3. Motivación.- Consiste en poder manejar nuestras tendencias emocionales para guiar y facilitar la obtención de objetivos personales o de grupo. La motivación se divide en los siguientes componentes:

- Afán de triunfo: dar todo lo mejor de uno mismo para lograr la excelencia.
- Compromiso: unirse a las metas y objetivos de un grupo o institución.
- Iniciativa: disposición para aprovechar las oportunidades que se presentan.
- Optimismo: mantener el ánimo lo más elevado posible en la búsqueda de metas, a pesar de los obstáculos y lo reveses.

2.- APTITUD SOCIAL: Esta aptitud es la que está relacionada con las relaciones interpersonales y el mundo social y está compuesta por dos componentes:

1. Empatía.- Es la capacidad de reconocer los sentimientos ajenos, necesidades e intenciones. Se puede decir que la empatía consta de elementos muy interesantes y los que se encuentran son los siguientes:

- Comprender a los demás: Consiste en percibir los sentimientos y perspectivas ajenos, e interesarse activamente en sus preocupaciones.
- Ayudar a los demás a desarrollarse: Ver las necesidades ajenas y fomentar las capacidades propias de la persona.
- Orientación hacia el servicio: Prever, identificar e intervenir en las necesidades del otro.
- Conciencia política: Entender los movimientos y dinámicas de un grupo y sus relaciones de poder.

2. Habilidades Sociales.- Es la capacidad para influir en los otros respuestas deseables. Entre las habilidades sociales se encuentran las siguientes:

- Influencia: Aplicar tácticas efectivas para la persuasión.
- Comunicación: Ser capaz de escuchar abiertamente y transmitir mensajes claros y convincentes.
- Manejo de conflictos: Negociar y resolver los desacuerdos sin necesidad de llegar a un conflicto.
- Liderazgo: Poder ser fuente de inspiración para un grupo.
- Colaboración y cooperación: Trabajar con otros para alcanzar metas compartidas.
- Habilidades de equipo: Crear sinergia grupal para alcanzar las metas colectivas.

En general podemos decir que éstos son los principales componentes de la inteligencia emocional, que permiten que las personas disfruten, enfrenten y superen los problemas y las oportunidades de la vida.

En su primer libro Goleman plantea que las emociones tienen un fundamento biológico y subraya su relación con la parte más volitiva del cerebro. Así también se enfoca en la implicación de la inteligencia emocional en ámbitos como las relaciones de pareja, la salud, y fundamentalmente en el ámbito educativo (Herrera, 2001).

En resumen, Daniel Goleman plantea la inteligencia emocional como sinónimo de carácter, personalidad o habilidades blandas, que concreta en las habilidades emocionales y sociales reseñadas y que tienen su traducción en conductas manifiestas, tanto a nivel de pensamientos, reacciones fisiológicas, conductas observables aprendidas y aprendibles; forma específica y bien distinta a otro tipo de contenidos, y cuyo fundamento biológico explica en gran medida su importancia, funcionamiento, valor adaptativo, desajustes, y la posibilidad y forma de modificarlo.

En los párrafos anteriores, se refleja la relación jerárquica existente entre los distintos conceptos que estamos considerando. Este desarrollo conceptual inclusivo, de lo más general a lo más particular; no implica que la investigación histórica de dichos conceptos haya seguido el mismo orden, más bien se han ido desarrollando de forma inversa o al menos independiente.

De esta manera podemos afirmar que el concepto de Inteligencia Emocional surge como conclusión de la confluencia por una parte, de décadas de investigación sobre las habilidades emocionales y sociales y su aplicación en la terapia y la educación, y por otra de la reformulación científica del concepto de inteligencia en el ámbito de la psicología, como es el trabajo de Gardner.

Respecto al concepto de inteligencia podemos resumir su evolución histórica diferenciando tres momentos: el correlacional o de las psicometrías, el de la teoría cognitiva y el concepto de inteligencias múltiples de Gardner.

El primero comienza con los trabajos acerca de la medida de la inteligencia por Galton, Binet y Simon, y el desarrollo de una enorme variedad de modelos gracias a la utilización de la metodología correlacional: el bifactorial de Spearman, el de las habilidades mentales primarias independientes de Tuhrstone, el de Cattell que distingue entre inteligencia fluida y cristalizada, el más complejo de Guilford con 120 factores, etc. Uno de sus rasgos comunes entre todos estos modelos y a la vez uno de sus puntos débiles, es que en el mejor de los casos parecen estar midiendo sólo inteligencia académica.

El segundo inicia con la perspectiva cognitiva en la cual la inteligencia se concibe como procesamiento de la información y formación de patrones diferenciados de conexiones, y ha supuesto la consideración del origen social de las capacidades mentales superiores, y, por tanto, la posibilidad de su adquisición o mejora. La integración entre ambas corrientes la encontramos en la teoría componencial de Stenberg.

Fue Gardner, como ya lo habíamos descrito anteriormente, quien con su modelo, le da a otras capacidades humanas, el mismo valor que tradicionalmente se había concedido exclusivamente a las verbales y matemáticas principalmente (una concepción reduccionista de la inteligencia, producto del contexto histórico educativo y social en que surgió). Gardner, en cambio, nos habla de distintas formas de ser inteligente, relativizando el estigma asociado en la concepción reduccionista, a la falta de capacidad; y que implicaba un ordenamiento cuantitativo de los individuos, que incluso, se pretendió como justificación de la estructura social desigual (la superioridad intelectual por sexo y raza).

Pero después de ahondar en todo esto, nos surge la pregunta de ¿cuál sería la importancia de la inteligencia emocional en el área de la salud?; ¿será que la inteligencia emocional está cobrando mayor importancia en el campo de la salud ya que aborda diferentes aristas de la medicina y de la psicología? Sin embargo, estos planteamientos se desarrollarán de forma más profunda en el capítulo tres.

CAPÍTULO 3

LA INFLUENCIA DE LAS EMOCIONES EN LA SALUD Y ENFERMEDAD.

1.1. Las emociones

Durante mucho tiempo las emociones han estado consideradas poco importantes y siempre se le ha dado más relevancia a la parte más racional del ser humano. Pero las emociones, al ser estados afectivos, indican estados internos personales, motivaciones, deseos, necesidades e incluso objetivos.

En cada instante de nuestra vida, experimentamos algún tipo de emoción o sentimiento. Apenas tenemos unos meses de vida, adquirimos emociones básicas como el miedo, el enfado o la alegría. Algunos animales comparten con nosotros esas emociones tan básicas, que en los humanos se van haciendo más complejas gracias al lenguaje, porque usamos símbolos, signos y significados (Reeve, 1999).

Los organismos vivos disponen de mecanismos perceptivos que les permiten reconocer aquellos estímulos que son significativos para su supervivencia: para obtener comida, para protegerse de un ataque, etc.

Charles Darwin observó como los animales (especialmente en los primates) tenían un extenso repertorio de emociones, y que esta manera de expresar las emociones tenía una función social, pues colaboraban en la supervivencia de la especie. Tienen, por tanto, una función adaptativa.

La principal función de la emoción es la organización. Organización de una actividad compleja en un lapso muy breve, con la finalidad de anticiparse a las consecuencias. Así, las emociones alteran otros procesos psicológicos como la percepción, la atención, activan la memoria, movilizan cambios fisiológicos,

planificación de acciones, comunicación verbal y no verbal, motivan a la acción, etc. Y las emociones son precisamente las que coordinan todos estos recursos psicológicos en un momento dado, para dar una respuesta rápida y puntual a una situación (A. Fernández y Palmero, 1999).

En 1880, William James formuló la primera teoría moderna de la emoción; casi al mismo tiempo un psicólogo danés, Carls Lange, llegó a las mismas conclusiones. Según la teoría de James-Lange, los estímulos provocan cambios fisiológicos en nuestro cuerpo y las emociones son resultados de ellos (Valera, 2001).

Sin embargo, cada individuo experimenta una emoción de forma particular, dependiendo de sus experiencias anteriores, aprendizaje, carácter y de la situación concreta. Algunas de las reacciones fisiológicas y comportamentales que desencadenan las emociones son innatas, mientras que otras pueden adquirirse (Reeve, 1999).

En el ser humano la experiencia de una emoción generalmente involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utilizamos para valorar una situación concreta y, por tanto, influyen en el modo en el que se percibe dicha situación.

Se puede decir entonces, que las emociones no son entidades psicológicas simples, sino una combinación compleja de aspectos fisiológicos, sociales, y psicológicos dentro de una misma situación polifacética, como respuesta orgánica a la consecución de un objetivo, de una necesidad o de una motivación.

Sin embargo nos surge la pregunta de ¿qué es emoción? La raíz de la palabra “emoción” es “motere”, el verbo latino “mover”, además del prefijo “e”, que implica “alejarse”, lo que sugiere que en toda emoción hay implícita una tendencia a actuar. No obstante, el término “emoción”, es un término cuyo significado preciso los psicólogos y filósofos han dicho muchas cosas durante más de un siglo. En su sentido más literal, el Oxford English Dictionary define la emoción

como “cualquier agitación y trastorno de la mente, el sentimiento, la pasión; cualquier estado de la mente vehemente o excitado” (Goleman, 1997).

Por otra parte, Wulkimir (1967), define a la emoción como “una respuesta inmediata del organismo que le informa del grado de favorabilidad de un estímulo o situación. Si la situación le parece favorecer su supervivencia, experimenta una emoción positiva y si no experimenta una emoción negativa”.

Para Reeve (1999), una emoción “es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. Es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras”.

Para A. Fernández y Palmero (1999). Son procesos adaptativos que ponen en marcha programas de acción genéticamente determinados, que se activan súbitamente y que movilizan una importante cantidad de recursos psicológicos. Pero las emociones, como tales procesos adaptativos que son, no son estáticas, sino que cambian en función de las demandas del entorno, por acción de la experiencia.

Respuestas, reacciones, estados, procesos, agitaciones; son los términos que se utilizan para definirla. Entonces la definición de emoción para nosotros quedaría de la siguiente manera: “La emoción es un estado de agitación o excitación que experimentamos; una reacción o una respuesta al ambiente, que involucra cambios orgánicos genéticamente determinados que se ven influenciados por la experiencia; informándonos el grado de favorabilidad de un estímulo o situación y que tiene como finalidad nuestra adaptación al ambiente”.

En esencia, todas las emociones son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a la vida que la evolución nos ha inculcado.

Si tenemos en cuenta esta finalidad adaptativa de las emociones, podríamos decir que tienen diferentes funciones y reacciones fisiológicas (Goleman, 1997; y Reeve, 1999):

- Con la **ira**, la sangre fluye a las manos, y así resulta más fácil tomar un arma o golpear a un enemigo; el ritmo cardíaco se eleva y un aumento de hormonas como la adrenalina genera un ritmo de energía lo suficientemente fuerte para originar una acción vigorosa.
- Con el **miedo**, la sangre va a los músculos esqueléticos grandes, como los de las piernas, y así resulta más fácil huir, y el rostro queda pálido debido a que la sangre deja de circular por él (creando la sensación de que la sangre se huela). Al mismo tiempo, el cuerpo se congela, aunque sólo sea por un instante, tal vez permitiendo que el tiempo determine si esconderse sería una reacción más adecuada. Los circuitos de los centros emocionales del cerebro desencadenan un torrente de hormonas que pone el organismo en alerta general, haciendo que se prepare para la acción, y la atención se fija en la amenaza cercana, lo mejor para evaluar qué respuesta ofrecer.
- Entre los principales cambios biológicos de la **felicidad** hay un aumento de la actividad en un centro nervioso que inhibe los sentimientos negativos y favorece un aumento de la energía disponible, y una disminución de aquellos que generan pensamientos inquietantes. Pero no hay un cambio determinado de la fisiología salvo una tranquilidad que hace que el cuerpo se recupere más rápidamente del despertar biológico de las emociones desconcertantes. Esta configuración ofrece al organismo un descanso general, además de buena disposición y entusiasmo para cualquier tarea que se presente y para esforzarse por conseguir una gran variedad de objetivos.
- El **amor**, los sentimientos de ternura y la satisfacción sexual, dan lugar a un despertar parasimpático: el opuesto fisiológico de la movilización “lucha o huye” que comparten el miedo y la ira. La pauta parasimpática también llamada “respuesta de la relajación”, es un conjunto de reacciones de todo

el organismo, que genera un estado general de calma y satisfacción, facilitando la cooperación.

- El levantar las cejas en expresión de **sorpresa** permite un mayor alcance visual y también que llegue más luz a la retina. Esto ofrece más información sobre el acontecimiento inesperado haciendo que resulte más fácil distinguir con precisión lo que está ocurriendo e idear el mejor plan de acción.
- La expresión de **disgusto**, es igual en el mundo entero y envía un mensaje idéntico: algo tiene un sabor o un olor repugnante o lo es en sentido metafórico. La expresión facial de disgusto (el labio superior torcido a un costado mientras la nariz se frunce ligeramente) sugiere, como señaló Darwin, un intento primordial de bloquear las fosas nasales para evitar un olor nocivo o de escupir un alimento perjudicial.
- Una función de la **tristeza** es ayudar a adaptarse a una pérdida significativa, como la muerte de una persona cercana, o una decepción grande. La tristeza produce una caída de la energía y el entusiasmo por las actividades de la vida, sobre todo por las diversiones y los placeres y, a medida que se profundiza y se acerca a la depresión, hace más lento el metabolismo del organismo. Este aislamiento introspectivo crea la oportunidad de llorar por una pérdida o una esperanza frustrada, de comprender las consecuencias que tendrá en la vida de cada uno y, mientras se recupera la energía, planificar un nuevo comienzo. Esta pérdida de energía puede haber obligado a los primeros humanos entristecidos a permanecer cerca de casa donde estaban más seguros.

Las emociones como tal pueden agruparse, en términos generales, de acuerdo con la forma en que afectan nuestra conducta: si nos motivan a aproximarse o evitar algo. Pero entonces ¿Cuántas emociones diferentes existen?

Los investigadores continúan discutiendo acerca de qué emociones exactamente pueden considerarse primarias; el azul, el rojo y el amarillo de los sentimientos, a partir de los cuales surgen todas las combinaciones, o incluso si

existen realmente esas emociones primarias. Algunos teóricos proponen familias básicas, aunque no todos coinciden en cuáles son. Las principales emociones y algunos miembros de sus familias son (Goleman, 1997; Reeve, 1999 y Valera, 2001):

- Ira: furia, ultraje, resentimiento, cólera exasperación, indignación, aflicción, acritud, animosidad, fastidio, irritabilidad, hostilidad y, tal vez en el extremo, violencia y odio patológicos.
- Tristeza: congoja, pesar, melancolía, pesimismo, pena, autocompasión, soledad, abatimiento, desesperación, y en casos patológicos, depresión grave.
- Miedo: ansiedad, aprensión, nerviosismo, preocupación, consternación, inquietud, cautela, incertidumbre, pavor, temor, terror; en un nivel psicopatológico, fobia y pánico.
- Placer: felicidad, alegría, alivio, dicha, deleite, diversión, orgullo, placer sensual, estremecimiento, embeleso, gratificación, satisfacción, euforia, extravagancia, éxtasis, y, en el extremo, manía.
- Amor: aceptación, simpatía, confianza, amabilidad, afinidad, devoción, adoración, ágape (amor espiritual).
- Sorpresa: conmoción, asombro, desconcierto.
- Disgusto: desdén, desprecio, menosprecio, aborrecimiento, aversión, disgusto, repulsión.
- Vergüenza: culpabilidad, molestia, disgusto, remordimiento, humillación, arrepentimiento, mortificación y constricción.

No obstante, esta lista no resuelve del todo las preguntas que se plantean de categorizar la emoción. Por ejemplo, ¿qué podemos decir de combinaciones tales como los celos, una variante de la ira que también se mezcla con la tristeza y el temor?, ¿qué podemos decir de las virtudes, como la esperanza y la fe, el coraje y la indulgencia, la certeza y la ecuanimidad? ¿O de algunos de los vicios clásicos, sentimientos como la duda, la complacencia, la indolencia y la apatía...o el aburrimiento?

Según Plutchik (1992, cit. en Goleman 1997), las diferentes emociones se pueden combinar para producir un rango de experiencias aún más amplio. La esperanza y la alegría, combinadas se convierten en optimismo; la alegría y la aceptación nos hacen sentir cariño; el desengaño es una mezcla de sorpresa y tristeza.

Sin embargo, no existen respuestas claras; el debate científico acerca de cómo clasificar las emociones continúa.

Paul Eckman, de la Universidad de California argumentó en función a un descubrimiento hecho por él, que existen cuatro emociones centrales o básicas (temor, ira, tristeza, placer). Las expresiones faciales de éstas cuatro, son reconocidas por personas de culturas de todo el mundo, incluidos los pueblos prealfabetizados presumiblemente no contaminados por la exposición al cine o a la televisión, lo cual sugiere su universalidad. Eckman enseñó retratos que mostraban expresiones de personas de culturas tan remotas como la Fore de Nueva Guinea, y descubrió que personas de todas partes reconocían las mismas emociones básicas. Esta universalidad de las expresiones faciales con respecto a la emoción, fue probablemente advertida en primer lugar por Darwin, que las consideró una prueba de que las fuerzas de la evolución había impreso estas señales en nuestro sistema nervioso central (Goleman, 1997).

Podemos observar como en los niños ciegos o sordos cuando experimentan las emociones lo demuestran de forma muy parecida a las demás personas, tienen la misma expresión facial. Posiblemente existan unas bases genéticas, hereditarias, ya que un niño que no ve no puede imitar las expresiones faciales de los demás. Aunque las expresiones también varían un poco en función de la cultura, el sexo, el país de origen etc.

Las emociones poseen unos componentes **fisiológicos** e involuntarios, iguales para todos y son según Reeve (1999):

- Temblor.
- Sonrojarse
- Sudoración
- Respiración agitada
- Dilatación pupilar
- Aumento del ritmo cardíaco

Los otros componentes son los **conductuales** particulares, que son la manera en que éstas se muestran externamente. Son en cierta medida controlables, basados en el aprendizaje familiar y cultural de cada grupo (Reeve, 1999):

- Expresiones faciales.
- Acciones y gestos.
- Distancia entre personas.
- Componentes no lingüísticos de la expresión verbal (comunicación no verbal).

La complejidad con la que podemos expresar nuestras emociones nos hace pensar que le faltan palabras a uno para describir con precisión sus emociones.

Pero debajo de esta complejidad subyace un factor común a todas las emociones: cada emoción expresa una cantidad o magnitud en una escala positivo/negativo. Así, experimentamos emociones **positivas** y **negativas** en grados variables y de intensidad diversa. Podemos experimentar cambios de intensidad emocional bruscos o graduales, bien hacia lo positivo o bien hacia lo negativo. Es decir, toda emoción representa una magnitud o medida a lo largo de un continuo, que puede tomar valores positivos o negativos.

El término "emociones negativas" se refiere a las emociones que producen una experiencia emocional desagradable, como pueden ser el miedo, la ira y la tristeza, las tres emociones negativas más importantes según Eckman. Las emociones positivas son aquéllas que generan una experiencia agradable, como la alegría, la felicidad o el amor (Goleman, 1997).

En el lenguaje cotidiano, expresamos nuestras emociones dentro de una escala positivo-negativo y en magnitudes variables, como "me siento bien", "me siento muy bien", "me siento extraordinariamente bien" (intensidades o grados del polo positivo) o "me siento mal", "me siento muy mal", "me siento extraordinariamente mal" (intensidades o grados del polo negativo).

Según sea la situación que provoca la emoción, escogemos unas palabras u otras como 'amor', 'amistad', 'temor', 'incertidumbre', 'respeto', etc., que, además, señala su signo (positivo o negativo). Y según sea la intensidad de la emoción escogemos palabras como 'nada', 'poco', 'bastante', 'muy', etc. y así, componemos la descripción de una emoción. Decimos, por ejemplo, "me siento muy comprendido" (positiva) o "me siento un poco defraudado" (negativa).

Los organismos vivos disponen del mecanismo de la emoción para orientarse, a modo de brújula, en cada situación, buscando aquellas situaciones que son favorables a su supervivencia (son las que producen emociones positivas) y alejándose de las negativas para su supervivencia (que producen emociones negativas).

El mecanismo de las emociones positivas y negativas puede comprenderse fácilmente si imaginamos que somos un barco que se gobierna mediante un piloto automático, guiado por una brújula que señala en cada momento el camino que vamos a seguir. El barco siempre obedece a la brújula (emociones), es decir, va hacia donde señala la brújula, que está especialmente diseñada para conducirnos en la difícil tarea de sobrevivir (Fig. 1).

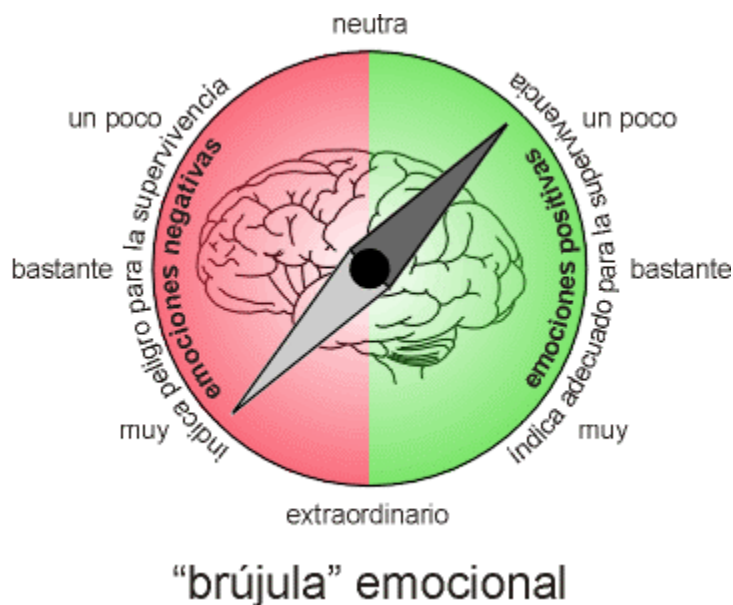


Fig. 1. Nos muestra como podemos orientar nuestras emociones para nuestro bienestar (Barrull, 2000).

No obstante, es muy importante comprender que una emoción positiva es tanto o más importante que una emoción negativa, si nuestros pensamientos no nos engañan, es decir, si sentimos alegría porque pensamos que vamos por el “camino correcto”, pero en realidad éste nos puede llevar al fracaso; a la larga ésto nos llevará a la decepción y a una emoción negativa que perjudicará tarde o temprano nuestra salud; o nos puede llevar a arriesgar nuestra vida. Los hechos de la vida cotidiana nos revelan que *sentirnos bien* no siempre está relacionado con nuestra supervivencia, no nos ayuda necesariamente a sobrevivir. Por supuesto, podríamos poner varios ejemplos en los que *sentirse bien* sí que ayuda a sobrevivir. Pero, el hecho importante es que **no siempre** es así. ¿Cuántos mensajes engañosos tratan de alterar nuestras emociones? Actualmente estamos literalmente rodeados de mensajes cuyo único fin es alterar el buen funcionamiento de nuestras emociones. Nos referimos a todo tipo de publicidad, por ejemplo. Es muy difícil sobrevivir, hoy en día, ante tamaño acoso y derribo practicado sistemáticamente sobre nuestro sistema emocional. La economía se beneficia pero nuestra salud no (Barrull, 2000).

Hoy en día existen datos suficientes para afirmar que las emociones positivas potencian la salud (siempre y cuando no nos lleven a arriesgar nuestra vida), mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla. Por ejemplo, en periodos de estrés en los que tenemos que responder a una alta demanda de nuestro ambiente, desarrollamos muchas reacciones emocionales negativas y, cuando nos encontramos bajo estos estados emocionales negativos, es más probable desarrollar ciertas enfermedades relacionadas con el Sistema Inmune (como la gripe u otras infecciones ocasionadas por virus oportunistas) o adquirir determinados hábitos poco saludables, que a la larga pueden minar la salud (V. Cano, 2000). En cambio, el buen humor, la risa, la felicidad, ayudan a mantener e incluso recuperar la salud.

Las emociones influyen sobre la salud y la enfermedad a través de sus propiedades motivacionales, por su capacidad para modificar las conductas "saludables" (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y "no saludables" (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo, etc.).

Además, las emociones van siempre acompañadas de reacciones somáticas. Son muchas las reacciones somáticas que presenta el organismo, pero las más importantes son (Valera, 2001):

-Las alteraciones en la circulación.

-Los cambios respiratorios.

-Las secreciones glandulares

El campo de estudio de la Psiconeuroinmunología, presenta hoy en día una actividad absolutamente efervescente, pues se está investigando mucho, y el tipo de trabajos que se llevan a cabo no tienen nada que ver con las formulaciones psicoanalíticas de la represión inconsciente (V. Cano, Sirgo y Díaz, 1999). Éste es un campo más en el que se estudian las relaciones entre las emociones y la salud, pero no es el único.

En el nivel fisiológico, la evaluación de respuestas del organismo (como la tasa cardiaca) y el estudio de su relación con variables psicológicas ha dado lugar a una disciplina llamada psicofisiología, que arranca desde finales del siglo pasado. A su vez el estudio de la patología de los sistemas fisiológicos que se activan con la emoción se inicia en los años 50's. Se supone que los trastornos psicósomáticos o psicofisiológicos (como algunos dolores de cabeza, o de espalda, algunas arritmias, los tipos de hipertensión arterial más frecuentes, algunas molestias gástricas, etc.) podrían estar producidos por un exceso en la intensidad y frecuencia de la activación de las respuestas fisiológicas del sistema que sufre la lesión o disfunción (cardiovascular, respiratorio, etc.) Se trataría de una disfunción de un sistema orgánico que está trabajando en exceso y mantiene esta actividad demasiado tiempo. A su vez, el trastorno produce más ansiedad y, por lo tanto, un aumento de la actividad de ese sistema, aumentando así la probabilidad de desarrollar y mantener un mayor grado de disfunción orgánica.

En cuanto a las clasificaciones tradicionales de los trastornos psicofisiológicos se listan y describen las distintas enfermedades en las que la investigación ha mostrado su relación con variables psicológicas. Estas clasificaciones suelen agrupar los distintos trastornos según el sistema afectado. Entre ellos destacan por su frecuencia e interés los siguientes (Villagrán, 1996):

- Trastornos cardiovasculares: enfermedad coronaria, hipertensión arterial.
- Trastornos respiratorios: asma bronquial, síndrome de hiperventilación.
- Trastornos endocrinos: hipertiroidismo, hipotiroidismo, enfermedad de Addison, síndrome de Cushing, alteraciones de las glándulas paratiroides, hipoglucemia, diabetes.
- Trastornos gastrointestinales: trastornos esofágicos, dispepsia no ulcerosa, úlcera péptica, síndrome del intestino irritable, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn.

- Trastornos dermatológicos: prurito, hiperhidrosis, urticaria, dermatitis atópica, alopecia areata.
- Dolor crónico: lumbalgias, cefaleas, dolor pre-menstrual.
- Artritis reumatoide
- Trastornos inmunológicos.

De ésta manera podemos ver que:

- La hipertensión vascular, la cual no es una enfermedad específica, sino más bien una reacción sistemática que puede ser inducida por muchas causas, y una de las cuales es la personalidad. La personalidad de un paciente hipertenso muestra serenidad y afabilidad aparente, pero encubre actitudes conflictivas de predisposición a la hostilidad agresiva que debe reprimirse a fin de mantener fuertes ligas de dependencia, especialmente hacia personas que ocupan puestos de autoridad.
- La migraña consiste en un mal funcionamiento neurovascular con muchas facetas, con otros síntomas somáticos que también se acompañan de alteraciones en el estado de ánimo, en individuos con una personalidad perfeccionista y de gran empuje, del tipo ejecutivo cuyas metas son siempre ambiciosas.
- La artritis reumatoide proviene de la frecuente observación de que la aparición o la exacerbación de la enfermedad se ha relacionado con períodos de estrés emocional. Este paciente es un individuo emocionalmente tranquilo, que rara vez expresa abiertamente sus sentimientos y que parece tener satisfacciones sirviendo a los demás.
- Alteraciones en sistema respiratorio. La conducta emocional afecta al sistema respiratorio tanto en su expresión como en su acción. El llanto y la risa, los gritos o el habla, implican cambios en la acción respiratoria; la respiración excesiva o lo opuesto son repuestas típicas durante períodos contrastantes de acción o descanso. Dentro de estas están el síndrome de hiperventilación, el asma, etc.

No obstante, el Manual de Diagnóstico de Salud Mental de la Asociación de Psiquiatría Americana DSM II * reconoce la existencia de enfermedades orgánicas y psicógenas, estableciendo que sólo determinadas enfermedades pueden ser debidas a causas psicológicas.

Sin embargo, la investigación en el campo demuestra paulatinamente la relevancia de los factores psicológicos en la etiología y desarrollo de un gran número de enfermedades no consideradas inicialmente como psicofisiológicas, que engloban desde trastornos neurológicos, como la esclerosis múltiple, hasta enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, e incluso enfermedades inmunológicas, como la leucemia.

Con este creciente reconocimiento de la implicación de factores psicológicos o emocionales en el desencadenamiento y/o agravamiento de la mayoría de las enfermedades orgánicas; el DSM II no podía dar cuenta de estos resultados y era necesario un cambio en el sistema clasificatorio vigente hasta entonces.

Lipp, Looney y Spitzer (1977) señalaron que el DSM III debía tomar en consideración el grado en que los factores psicosociales pueden influir en la condición física. Este objetivo fue adoptado e incorporado en la tercera edición del manual DSM III. Recomendaron así mismo, que la sección independiente de Trastornos Psicofisiológicos fuese eliminada y sustituida por una nueva sección denominada "Factores psicológicos en la condición física" adoptándose finalmente el título: "Factores psicológicos que afectan al estado físico".

Esta sección del DSM III incluye no sólo los trastornos psicofisiológicos tradicionales señalados en el anterior DSM II, sino también aquellas alteraciones físicas en las que se han podido encontrar factores psicológicos significativos en la génesis o agravamiento del trastorno.

* Para uniformar criterios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la DSM, clasificación universal de los trastornos mentales que ha conocido hasta la fecha varias versiones. En lo sucesivo usaremos las siglas DSM, para referirnos al Manual. Es importante aclarar que se han hecho diferentes ediciones del manual en agregados. Los números romanos señalan lo anterior. Además, se utiliza un "R" (como en DSM III-R), para indicar que es una versión revisada.

De esta forma, al describir los trastornos psicofisiológicos no se hace referencia a un grupo distinto de enfermedades, sino a aquellas alteraciones físicas que son precipitadas, agravadas o prolongadas por factores psicológicos: "...esta categoría puede utilizarse para cualquier trastorno físico en el que los factores psicológicos sean considerados importantes. Puede utilizarse para describir alteraciones que en el pasado se han conocido con el nombre de "psicosomáticas" o "psicofisiológicas"..." (D.S.M. III-R, 1999, pág, 317). Entre los ejemplos comunes de enfermedades físicas en las que esta categoría puede ser apropiada se incluyen los siguientes: obesidad, cefaleas de tensión, migraña, angor pectoris, dismenorrea, dolor sacroilíaco, neurodermatitis, acné, artritis reumatoide, asma, taquicardia, arritmia, úlcera gastroduodenal, cardiopasmo, pilorospasmo, náuseas y vómitos, colitis ulcerosa y poliaquiuria.

A partir del DSM III (DSM III-R, 1999) la APA recoge la idea de que los factores psicológicos tienen un papel de gran relevancia en la mayoría de las enfermedades. Con la adopción, por parte de la APA de este nuevo sistema, se pretende evitar la consideración de un determinado trastorno o enfermedad como exclusivamente psicológico u orgánico.

La relación entre las respuestas del sistema fisiológico y los trastornos psicofisiológicos ha sido punto de partida de muchas teorías explicativas sobre su génesis. Entre las distintas emociones centrales van a destacar el miedo, la tristeza y la ira. Por lo general, estos modelos van a suponer que para que se desarrolle y mantenga un trastorno psicofisiológico, son necesarios dos factores: un primer factor de predisposición individual, por el cual un individuo tiende a tener mayor reactividad fisiológica en una determinada respuesta; más un segundo factor de activación fisiológica intensa y frecuente.

Es aquí donde tendríamos que hablar de lo que se denominan: estados de ánimo, temperamento y trastornos de la emoción.

Los estados de ánimo puede entenderse como la tendencia básica del ser humano para aportar a los estados psíquicos un tono agradable o desagradable (Villagrán, 1996), o como el estado emocional subjetivo del individuo. Técnicamente los estados de ánimo son menos intensos, pero duran mucho más tiempo que una emoción. Por ejemplo, mientras es relativamente raro mantener el calor de la ira durante todo el día, no es tan raro estar de un humor gruñón o irritable, en el que se activan fácilmente arranques de ira más cortos (Goleman, 1997).

Más allá de los estados de ánimo se encuentra el temperamento que no es más que la prontitud o la tendencia para evocar una emoción o estado de ánimo determinado que hace que la gente sea melancólica, alegre o agresiva. El temperamento tiene una intensidad de ciertas emociones ya que está presente pero no siempre está latente determinada emoción. En ocasiones puede tener intensidades altas de una emoción debido a esta tendencia.

Todavía más allá de estas disposiciones emocionales se encuentran los trastornos de la emoción, tales como la depresión y la ansiedad. Donde los seres humanos podemos llegarnos a sentir constantemente atrapados en un estado negativo. Estos trastornos son peligrosos para la salud de las personas, debido a sus niveles altos de intensidad y duración. El estrés aunque no se considera un trastorno emocional, juega un papel determinante en la salud de las personas, debido que la intensidad y la frecuencia puede estar determinada por el ritmo de vida que pueda llevar una persona en el trabajo o con su familia.

Dentro de estos trastornos de la emoción, uno de los que más se ha estudiado es sin duda la ansiedad, como estado emocional asociado a múltiples trastornos; especialmente los trastornos de ansiedad y los trastornos psicofisiológicos.

La ansiedad puede ser considerada como una reacción natural que se produce ante ciertos tipos de situaciones en los que el individuo podría necesitar

más recursos. Las situaciones en las que se desencadena la reacción de ansiedad tienen en común, por lo general, la previsión de posibles consecuencias negativas o amenazantes para el individuo. Esta reacción supone una puesta en marcha de diferentes recursos cognitivos (atención, percepción, memoria, pensamiento, lenguaje, etc.), fisiológicos (activación autonómica, motora, glandular, etc.) y conductuales (alerta, evitación, etc.) Tales recursos tendrían como objetivo el afrontamiento de las posibles consecuencias negativas, pudiendo paliar, reducir o eliminar tales consecuencias.

Pero aún siendo la ansiedad una emoción natural, de carácter esencialmente adaptativo, que nos previene de situaciones que requieren que estemos alerta, en las que podemos necesitar más recursos cognitivos, conductuales, o fisiológicos; puede estar en la base de muchos procesos que pueden llevar a la enfermedad. Cuando un individuo mantiene altos niveles de ansiedad durante tiempos prolongados; su bienestar psicológico, sus procesos cognitivos y sus sistemas fisiológicos se ven seriamente perturbados, por un exceso de actividad; por esta razón, su sistema inmune puede verse incapaz de defenderle. La evitación de situaciones que provocan reacciones intensas de activación y temor (que es la emoción que entra en juego en este trastorno), puede afectar a la vida personal, familiar, laboral o social del individuo.

Los trastornos de ansiedad, por sí solos, suponen la patología psicológica más frecuente, seguidos de los trastornos afectivos y el consumo excesivo de drogas y alcohol, siendo su tasa de prevalencia-vida del 19,5% para las mujeres y del 8% para los varones.

La depresión es otro trastorno conocido desde tiempos remotos, si bien se la ha denominado con diferentes términos tales como melancolía, tristeza, etc.; lo cierto, es que su existencia y especialmente el estado de ánimo deprimido ha estado siempre unido a la condición humana. Coloquialmente se utiliza este término como sinónimo de tristeza, pero en numerosas ocasiones esta tristeza se experimenta en situaciones cotidianas concretas, de carácter negativo, no referido

a un estado de ánimo anormal o patológico. Los enfermos depresivos describen su tristeza como una cualidad especial que resulta difícil explicar, de carácter impreciso, por tanto. Debemos tener cuidado de no confundir la tristeza con la depresión.

Evidentemente en la depresión, el estado de ánimo estaría asociado al polo desagradable, a la tendencia a la negatividad. La depresión, por tanto, debe entenderse como un trastorno del estado de ánimo, que se manifiesta mediante un conjunto de síntomas característicos. La mayoría de los autores comparten la idea de que la depresión es un trastorno del estado de ánimo o trastorno afectivo. El estado de ánimo deprimido, es una de las condiciones psicopatológicas más frecuentes de los seres humanos. La principal característica de estos trastornos, como su propio nombre indica, es la variación que la persona sufre en su estado de ánimo. La depresión se conoce principalmente como una bajada del estado de ánimo. Pero estar desanimado no es bastante para afirmar que se está deprimido. Así, el estado de ánimo deprimido no debe ser el único criterio a tener en cuenta para diagnosticar depresión. Sentirse deprimido no es un síntoma suficiente para afirmar que se tiene una depresión.

El estrés está siendo ahora más estudiado por su relación con los trastornos cardiovasculares. Se ha demostrado que el estrés que provoca angustia tiende a aumentar la frecuencia de los latidos cardíacos, el gasto cardíaco, y la presión sanguínea, así como a provocar cambios en el ritmo y en el electrocardiograma.

El estrés constante produce palidez prolongada de la mucosa e hiposecreción. Los sentimientos agresivos, incluyendo el resentimiento y la hostilidad, producen un gran aumento en la secreción y en la vascularidad.

De acuerdo con lo que las observaciones clínicas y de laboratorio muestran en la actualidad, las experiencias que despiertan una emoción de gran intensidad, ya sea porque son súbitas o inesperadas o porque ocurren de manera intensa y

prolongada, tienen el potencial de establecer patrones que desorganizan el funcionamiento orgánico.

Desde hace años se han venido investigando las características del perfil de respuesta de sujetos con diferentes trastornos psicofisiológicos (hipertensión, asma, úlcera gástrica, dolores de cabeza, dermatitis, etc.) Por lo general, los resultados que se han obtenido son bastante consistentes, e indican que los sujetos que presentan estos trastornos, tienen niveles más altos de ansiedad que sus correspondientes grupos control, equiparados en edad y sexo. Analizando su perfil de respuesta de ansiedad en el ISRA (Inventario Social de Respuestas de Ansiedad), se comprobó que hay un predominio del sistema fisiológico frente al sistema cognitivo y el motor; a su vez, se da también un predominio de mayores respuestas de ansiedad en situaciones de evaluación y en situaciones cotidianas.

Pero además de presentar estos perfiles característicos en sus manifestaciones de ansiedad, las personas con trastornos psicofisiológicos suelen presentar niveles más altos de ira. Así, por ejemplo, los sujetos con hipertensión esencial tienen niveles más altos de ira interna que el correspondiente grupo control; a su vez, los pacientes con asma presentan niveles más altos de ira externa que las personas sin asma. La ira también ayudaría a mantener niveles altos de activación fisiológica.

En algunos individuos la alta activación fisiológica no va acompañada de experiencia emocional. Tal es el caso de los sujetos con altas puntuaciones en alexitimia o el de los individuos que presentan un marcado estilo represivo de afrontamiento. En ambos casos existe una cierta tendencia hacia una mayor propensión a desarrollar trastornos psicofisiológicos.

La alexitimia supone una dificultad a la hora de reconocer las experiencias emocionales. Los individuos con alexitimia presentan fuertes niveles de activación fisiológica, pero carecen de conocimientos sobre emociones para etiquetar su estado como un estado emocional. El malestar psicológico que sufren tienden a

etiquetarlos como enfermedad física y tienden a desarrollar una mayor proporción de trastornos psicofisiológicos.

Los sujetos con estilo represivo de afrontamiento no tienen conciencia de su alta activación fisiológica y se perciben a sí mismos como individuos relajados, calmados y tranquilos, cuando en realidad no lo son, ni lo están. Estos individuos presentan bajas puntuaciones en los tests de ansiedad (evaluación mediante autoinforme), pero en cambio presentan una alta activación fisiológica (evaluación mediante registro fisiológico). Esta alta activación fisiológica mantenida es un factor de vulnerabilidad para desarrollar con mayor probabilidad trastornos psicofisiológicos. En el laboratorio, ante tareas estresantes de una prueba de reactividad cardiovascular, los sujetos con mayores puntuaciones en Ocultación-Defensa de emociones negativas presentan una mayor reactividad cardiovascular en la respuesta de presión arterial diastólica (V. Cano y Tobal, 1999).

El estilo represivo de afrontamiento también es un factor que puede introducir un cierto grado de inmunodepresión. La alta activación fisiológica mantenida en el tiempo puede provocar alteraciones en el Sistema Inmune que vuelven al individuo más vulnerable a las enfermedades infecciosas o a las enfermedades de tipo inmune. Así por ejemplo, los pacientes con cáncer que presentan estilo represivo de afrontamiento tienen una menor esperanza de vida (V. Cano, Sirgo y Díaz, 1999).

En fin, a lo largo de estas palabras hemos querido ilustrar algunas formas de relación entre emociones y salud. En ellas hemos querido destacar que las emociones son reacciones naturales, universales y que tienen un alto poder adaptativo, pero también hemos querido señalar que esas mismas reacciones, cuando son demasiado intensas y/o frecuentes, cuando se mantienen en esos altos niveles durante mucho tiempo, pueden provocar alteraciones en la salud. Ya sólo nos queda hacer un breve resumen sobre cuáles pueden ser los caminos por los que las emociones negativas llegan a alterar nuestra salud.

En primer lugar, las emociones negativas, las reacciones de ansiedad, de tristeza-depresión, de estrés y de ira que alcanzan niveles demasiado intensos, o frecuentes, cuando se mantienen en el tiempo, por sus propiedades motivacionales, tienden a producir cambios en la conducta, de manera que se olvidan los hábitos saludables (ejercicio físico, etc.) y se desarrollan conductas adictivas (tabaquismo, etc.), o que ponen en peligro nuestra salud. Por ejemplo, existe relación positiva entre ansiedad y consumo de tabaco, así como entre tabaquismo y cáncer. Igualmente, existe relación entre ansiedad social y alcoholismo, o entre depresión y alcoholismo.

En segundo lugar, estas reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos, que pueden deteriorar nuestra salud si se cronifican. Así, los pacientes con hipertensión, asma, cefaleas crónicas, o diferentes tipos de dermatitis, presentan niveles más altos de ansiedad y de ira que la población general. Se considera que la alta activación fisiológica mantenida en el tiempo es un factor que puede desencadenar y mantener una disfunción orgánica. A su vez, la disfunción orgánica o trastorno psicofisiológico puede provocar mayores niveles de emocionalidad negativa, que a su vez implicará niveles más altos de activación fisiológica.

En tercer lugar, esta alta activación fisiológica puede estar asociada a un cierto grado de inmunodepresión, lo que nos vuelve más vulnerables al desarrollo de enfermedades infecciosas (como la gripe, herpes, etc.) o de tipo inmunológico. Así, por ejemplo, los individuos con más ansiedad a los exámenes presentan un mayor grado de vulnerabilidad ante el virus de la gripe, en época de exámenes, que los individuos con baja ansiedad a los exámenes.

En cuarto lugar, la supresión o control de estas emociones negativas puede acarrear altos niveles de activación fisiológica y un cierto grado de inmunosupresión. Los individuos que no tienen experiencia emocional negativa,

pero mantienen altos niveles de activación fisiológica, son más vulnerables a los trastornos psicofisiológicos y a las enfermedades relacionadas con el sistema inmune.

A partir de todo esto, hablaremos en el siguiente apartado del estrés, la ansiedad y la depresión, debido a que estos padecimientos engloban las principales emociones negativas (ira, miedo y tristeza), las cuales son causantes de muchas enfermedades de acuerdo a la literatura revisada para objetivo de este trabajo. Además tocaremos el tema de déficit afectivo, que aunque no lo mencionamos anteriormente, es de fundamental relevancia para nosotros debido a su importancia en el proceso salud-enfermedad de las personas. Explicaremos las cuestiones teóricas, la relación de estas reacciones emocionales con la salud y enfermedad; y la importancia de la aportación de la Inteligencia Emocional en estas situaciones.

3.2. La influencia del estrés, ansiedad, depresión y déficit afectivo en el proceso salud-enfermedad.

3.2.1. Estrés

En los últimos años, el estudio del estrés y su relación con la enfermedad ha tenido mucha importancia, ya que su relación y sus variables fisiológicas han determinado su ingerencia en el proceso salud-enfermedad; ésto fue descubierto a principios de la década de los 80's por el psicólogo Robert Ader que demostró que el sistema inmunológico puede ser condicionado a través de procesos psicológicos que desatarían una serie de reacciones nerviosas, endocrinológicas e inmunológicas (Sandin, 1995), principalmente en dos sistemas de respuestas: el hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y el hipotálamo-médulo-suprarrenal; ambos asociados con las glándulas suprarrenales. Pero mientras el primero incluye hormonas glucocorticoideas (cortisol, etc.), el segundo implica a la médula suprarrenal y a las inervaciones simpáticas que ésta posee, así que la médula

suprarrenal genera y sintetiza las denominadas catecolaminas (adrenalina y noradrenalina). Ambos sistemas son el eje central entre la interacción del estrés y la salud (Sandin, 1995).

El sistema médula suprarrenal podría desempeñar un papel fundamental en los trastornos de tipo cardiaco, las hormonas adrenalina y noradrenalina tienen un papel activo en la actividad cardiovascular, la adrenalina incrementa la frecuencia de los latidos cardiacos mientras que la noradrenalina es un excelente vasoconstrictor incrementando la presión sanguínea. En este sentido se relaciona con la hipertensión debido al incremento de catecolaminas plasmáticas, además de que las arritmias cardiacas pueden estar relacionadas con el riesgo de enfermedad coronaria.

Por su parte el sistema hipófiso-suprarrenal está asociado con respuestas inmunosupresoras y con problemas orgánicos ligados a vulnerabilidad infecciosa y el cáncer. El nexo entre el estrés y las enfermedades de corte infeccioso se ha comprobado en diversas investigaciones como la de Jemmoh y Lock (1984; cit. en Sandin, 1995), donde el estrés psicosocial reduce significativamente la resistencia a la influencia de agentes patógenos. Ésto se debe a que principalmente, el estrés afecta las natural killer (nk) del organismo, llevando a creer que existen células que tienen diferente grado de sensibilidad al estrés (Sandin, 1995). Así, las células que son influenciadas por el estrés son los linfocitos T, los macrófagos, las células nk y las linfocinas (el interferón y las interleucinas). Una de las linfocinas (el interferón), posee cualidades destructivas de células tumorales y células infectadas por virus, las células nk pueden destruir antígenos sin la ayuda del sistema inmunológico. De estas células las más afectadas por el estrés social o psicosocial son los linfocitos T y las nk (Sandin, 1995).

El eje hipófiso- suprarrenal cobra mayor importancia en el área de la salud debido al tipo de hormonas que genera como el cortisol o cualquiera de sus derivados glucocorticoides y la ingerencia que tienen en la inmunosupresión. Son

por estas razones que las personas presentan mayor susceptibilidad a enfermedades de corte infeccioso y a enfermedades de tipo cancerígeno.

Por otro lado se ha observado que las variables demográficas pueden desempeñar un papel muy importante al interactuar con variables psicofisiológicas relacionadas con el estrés. Entre algunas variables estudiadas en la literatura científica, figuran las siguientes: sexo, edad, clase social y herencia genética (Sandin, 1995). Por ejemplo, las mujeres son menos propensas a enfermedades de tipo cardiaco que los hombres, no obstante son más propensas a la obesidad y a otro tipo de padecimientos. Las personas de clase social baja, tienen mayor propensión a sucesos vitales estresantes (Sandin, 1995).

Con todo esto, podemos ver que el estrés es una variable interrelacionada con otras que son externas al organismo y finalmente, ésto determina la mayor o menor susceptibilidad al estrés y por consiguiente a la enfermedad, en este sentido, existen variables psicológicas que también determinan si ésta interacción estrés versus variables demográficas pueden inclinar la balanza hacia un lado (salud) u otro (enfermedad), como son los estilos de afrontamiento.

Existen investigaciones muy interesantes como la de Lorenzo, Cano, Botella, Bermejo y Collado (1999) de la Universidad Complutense de Madrid donde estudiaron los estilos de afrontamiento hacia la ira y su relación con la heat-shock- protein70 (hsp70), la cual es la hormona del estrés debido a que es un remanente que se encuentra en la sangre después de la serie de reacciones bioquímicas del organismo en una situación estresante, y que al parecer se presenta en todos los seres vivos que experimentan una situación de estrés (Lorenzo et al, 1999). Para este estudio los autores se basaron en un inventario de afrontamiento a la ira y un inventario de disposición a la ira. En el inventario de afrontamiento a la ira, se evaluaban cuatro aspectos importantes: manejo de ira hacia adentro, hacia fuera, control de la ira y expresión de la ira. Se utilizaron muestras sanguíneas para checar los niveles de hsp70.

Esta investigación reveló que las personas que controlaban su ira, tenían niveles bajos o nulos de hsp70; a diferencia de las personas que la reprimían o la expresaban. Con ésto, podemos decir, que la forma en que enfrentamos sucesos, también determina lo que pueda ocurrir con nuestra salud; es decir, una persona con pocas habilidades sociales, está predispuesta a enfrentar situaciones desagradables o estresantes con mayor frecuencia que alguien que cuenta con estas habilidades; además, las personas más asertivas y optimistas, cuentan con una mayor red de apoyo social y mejor estado físico.

En un estudio hecho por Batista y Novaez (1998), se dividió en dos grupos a varios niños de siete años, en donde el primer grupo constaba de niños que provenían de padres hipertensos y el segundo grupo se integraba de niños que provenían de padres normotensos. El objetivo era comprobar si los niños de padres hipertensos presentaban reactividad cardiovascular frente al estrés social y si éstos presentan mayor reactividad cardiovascular frente a situaciones de estrés social que los normotensos. Ésto lo consiguieron mediante la técnica de role-play, que simulaba situaciones de estrés social y al mismo tiempo se medía su presión arterial y frecuencia cardíaca mediante un aparato que tenían conectado a los dedos.

La comparación de las medias de la presión arterial se convirtió en el dato relevante de la investigación; la reactividad cardiovascular y la presión arterial resultó ser consistentemente mayor en el grupo de niños de padres hipertensos, que la medida del grupo de hijos de normotensos (Batista y Novaes, 1998); ésto quiere decir que el grupo de niños de padres hipertensos presentan mayor reactividad frente al estrés social aún en situaciones neutras que no implican una confrontación con otras personas, como defender sus derechos o explicar algo enfrente de sus compañeros de clase. Por consiguiente estos niños son susceptibles a padecer alguna enfermedad o presentar otros problemas de salud a una edad más temprana que sus padres (Batista y Novaes, 1998).

Un elemento que se ha considerado como estresante y que muchas veces no se considera importante para la salud, son los ambientes y procedimientos hospitalarios, por eso no es de extrañarse que en los pacientes se encuentren niveles desproporcionados de ansiedad, estrés, preocupaciones y malestar en general. A pesar de que existen psicólogos encargados de trabajar esta problemática. La visión que el paciente tiene del psicólogo no es la mejor, debido a que éste se encuentra estructurado al trato con enfermos mentales (Meichenbaum y Jaremko, 1987; cit. en Kendall, 1987).

Kendall (1987), señala que el ambiente hospitalario cuenta con diferentes componentes estresantes de los cuales sobresalen los siguientes:

- Discusiones entre el personal médico
- Términos médicos
- Unidad de cuidados intensivos
- Instrumentos que miden signos vitales
- Instrumentos conectados al paciente como medida terapéutica

El autor señala que también existen procedimientos inherentes a su naturaleza altamente estresantes y en algunos casos devastadores para los pacientes; éstos pueden ser los siguientes:

- **La colonoscopia.-** Método donde se emplea un cable de fibra óptica para observar el estado del intestino grueso que puede tardar entre 30 y 120 minutos.
- **Exámenes endoscópicos.-** Tienen la finalidad de estudiar el sistema digestivo, mediante la inserción de un tubo flexible a través de la garganta, esto dura entre 15 y 30 minutos; con el objeto de explorar el tracto digestivo del paciente.

- **Cateterismo cardiaco.-** Es un procedimiento que permite mirar los ventrículos del corazón y los vasos mayores. Ésto consiste en introducir un tubo estrecho por la arteria femoral del paciente muy cerca de la ingle. El catéter avanza a lo largo de la arteria hasta alcanzar el corazón; estando ahí se inyecta un tinte de contraste para observar el funcionamiento del corazón y detectar posibles indicios de tejido dañado. Este procedimiento dura aproximadamente dos horas y una vez inyectado el tinte, el paciente tiene que vomitarlo ya que resulta tóxico.

Además de este tipo de procedimientos que producen estrés, podemos encontrarnos con otros problemas que los pacientes consideran como fuente de estrés como son: la presencia de personas desconocidas durmiendo en la misma habitación; tener que comer a horas distintas de las habituales; tener que dormir en una cama distinta a la habitual; tener que llevar la bata del hospital y tener aparatos extraños alrededor; entre otras cosas (Kendall, 1987).

¿Cuál es la importancia de todo esto? La respuesta parece saltar a la vista cuando sabemos que hormonas como la epinefrina y norepinefrina, el cortisol, la prolactina y los opiáceos naturales (beta-endorfina y encefalina) se liberan durante el aumento del estrés; esto sin duda retarda la recuperación del paciente (Goleman, 1999).

No obstante, gracias a los avances y conocimientos que se tienen sobre el estrés, ahora muchos médicos consideran la importancia de mantener bajo control el nivel de estrés que presenta el paciente (Goleman, 1999).

Pero no solamente el estrés es un problema de salud en el ámbito hospitalario; sino también en la vida cotidiana, ya que la frecuencia y los períodos prolongados al estrés pueden acarrear diversos padecimientos, ya que el estrés afecta a todos los sistemas del organismo, la tasa cardiaca aumenta, la presión sanguínea, la constricción vascular y existe el riesgo de padecer arritmias cardiacas, tensión

muscular general, tensión muscular intestinal, tasa respiratoria elevada, incremento en la actividad en la salivación, incremento en la sudoración, incremento en la actividad electrodermal, disminución del PH salival y piel, dilatación de las pupilas, incremento en las secreciones gástricas, dilatación de los bronquios, aumento del tamaño de la tiroides, incremento en la liberación de la glucosa, disminución de la coagulación sanguínea.

El estrés también es asociado a varias patologías como: Enfermedad y Síndrome de Raynaud, taquicardias, migraña vascular, impotencia, coito doloroso, desmenorrea, dermatitis atópica, psoriasis, úlcera péptica, dispepsia funcional, colitis ulcerosa, síndrome del intestino irritable, dolor neuromuscular, cefalea tensional, tics nerviosos, temblores musculares, bruxismo, dolor miocefal, inmunosupresión, amnesia temporal, entre otras patologías (Goleman, 1999; A. Fernández, 1999 a).

Es aquí donde podemos ver la importancia de evaluar e intervenir el estrés en las personas; sin embargo, para esto, necesitamos comprender cómo se desencadena el estrés a nivel psicológico. En primer lugar, podemos hablar de estresores únicos o cambios mayores, los cuales hacen referencia a cambios dramáticos en las condiciones en el entorno de vida de las personas y que habitualmente afectan a un gran número de personas. Dentro de esta categoría podemos poner por ejemplo: las guerras, terrorismo, desastres naturales, migración, etc.

En segundo lugar, están los estresores múltiples o cambios menores, que se refieren a cambios que se encuentran fuera del alcance de las personas afectadas. Por ejemplo: muerte de un ser querido, amenaza de la propia vida, divorcio, etc.

En tercer lugar, nos encontramos con los estresores cotidianos que hacen referencia a los problemas, molestias e imprevistos de la vida diaria. Por ejemplo: perder algún objeto, discusiones con terceros, problemas familiares, etc.

Podemos hablar de una última categoría donde se encuentran los estresores biogénicos, los cuales son mecanismos físicos y químicos que se disparan sin la intermediación de elementos psicológicos. Éstos reactivan directamente las reacciones fisiológicas del estrés. Éste es el caso de las anfetaminas, la nicotina, calor extremo, frío extremo, estímulos dolorosos, etc. (A. Fernández, 1999 a).

Todos éstos elementos o circunstancias siguen una serie de subprocesos y procesos psicológicos que pueden ser tanto cognitivos como emocionales relacionándose entre sí durante el procesamiento de la información por parte del organismo, sin olvidar la naturaleza humana de dicho organismo.

Así, encontramos dos bloques de procesos y subprocesos. En primer lugar se produce un procesamiento de tipo automático por medio de los mecanismos preatencionales respondiendo a las características del estímulo estresor el cuál produce una respuesta emocional. El segundo bloque corresponde de procesamiento controlado en donde se realizan funciones de valoración, identificación y toma de decisiones; éste bloque corresponde a los procesos mediacionales relacionados con la percepción del sujeto, historia del aprendizaje, variables biológicas y formas de afrontamiento (A. Fernández, 1999 a).

De lo dicho anteriormente, se han encontrado diferentes formas de afrontar el estrés, según A. Fernández (1999 a), las cuales son las siguientes:

- **Reevaluación positiva.**- Estrategia que trata de dar un nuevo significado a la situación del problema, intentando sacar lo mejor de las circunstancias.

- **Reacción depresiva.-** Se cuentan con elementos al sentirse desbordado por la situación y ser pesimista acerca de los resultados que se esperan de la situación.
- **Negación.-** Existe una ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión del mismo, en el momento de su valoración.
- **Planificación.-** Se busca ser analítico y racionalizar el problema
- **Conformismo.-** Tendencia a ser pasivo y aceptar las consecuencias de la situación como única alternativa.
- **Desconexión mental.-** Se utilizan pensamientos distractores para evitar pensar en la situación.
- **Desarrollo personal.-** Incluye elementos de consideración del problema de una manera relativa que autoestimula y proporciona una enseñanza de la situación.
- **Control emocional.-** Se busca controlar las emociones y ocultar lo que se siente.
- **Distanciamiento.-** Implica la supresión cognitiva de los efectos emocionales que el problema genera.
- **Supresión de actividades distractoras.-** Se hace un esfuerzo por eliminar actividades que distraen la atención.
- **Refrenar el afrontamiento.-** Consiste en detener cualquier tipo de afrontamiento hasta contar con los elementos necesarios para tomar la decisión adecuada.
- **Evitar el afrontamiento.-** Implica no hacer nada en previsión de cualquier tipo de actuación por temor a empeorar el problema.
- **Resolver el problema.-** Se busca una acción directa y lógica para atacar la situación estresante, con la intención de solucionarla.
- **Apoyo social.-** Se busca el apoyo de otros con la intención de obtener ayuda para resolver la situación.
- **Desconexión comportamental.-** Implica la evitación de cualquier tipo de respuesta o solución del problema.

- **Expresión verbal o emocional.-** Es la expresión de los sentimientos o creencias que se tienen sobre el problema.
- **Respuesta paliativa.-** Se utilizan elementos sustitutos para evitar el problema como por ejemplo: beber, fumar o comer.

También podemos decir que existen dos dimensiones en las cuales se pueden clasificar los estilos de afrontamiento según A. Fernández (1999 a):

a) El método empleado de afrontamiento:

- Estilo de afrontamiento activo; es decir, se utilizan recursos que mantienen una postura dinámica ante la situación
- Estilo de afrontamiento pasivo; es aquel que se basa en no tomar ninguna medida directa sobre la situación, sino esperar a que las condiciones sean modificadas.
- Estilo de afrontamiento de evitación; se busca evitar o huir del problema.

b) Focalización del afrontamiento:

- Estilo de afrontamiento dirigido al problema; se trata de alternar o modificar las condiciones del problema.
- Estilo de afrontamiento dirigido a la respuesta emocional; la cual busca mermar la respuesta emocional producida por el problema.
- Estilo de afrontamiento reevaluativo; con este estilo se trata de encontrar un nuevo criterio a las primeras evaluaciones del problema.

c) La actividad movilizada al afrontamiento:

- Estilo de afrontamiento cognitivo; el cuál se centra en utilizar todo el repertorio cognitivo del individuo.

- Estilo de afrontamiento conductual; en donde la mayor parte del esfuerzo se centra en la conducta manifiesta.

Finalmente consideramos lo importante de realizar una oportuna intervención y manejo del estrés por las siguientes razones:

- a) El estrés aumenta la vulnerabilidad del organismo. Como anteriormente lo habíamos mencionado, el estrés afecta al sistema inmunológico, constituyendo no en sí una patología, sino una susceptibilidad inespecífica a agentes patógenos libres en el ambiente (Castro, 1999; Goleman, 1997 y Sandin, 1998).
- b) El estrés afecta los hábitos saludables. Se ha podido demostrar la relación de las situaciones de estrés con la disminución de los comportamientos saludables; las personas con estrés crónico tienden a hacer menos ejercicio, descuidan sus hábitos higiénicos y las precauciones ante el contagio de la enfermedad (Castro, 1999).
- c) El estrés puede agravar enfermedades que ya existen. El estrés no solamente puede ocasionar enfermedades en el futuro, también puede agravar enfermedades previas, pasando de episodios esporádicos a padecimientos crónicos. Ésto se puede dar, aumentando la frecuencia o la intensidad de las crisis. Estos efectos se producen mediante los mecanismos hipófiso-adrenal y neurovegetativo.
- d) El estrés distorsiona la conducta de los enfermos (Castro, 1999). La aparición de la enfermedad y las dolencias de ésta, altera completamente la vida de los enfermos envolviéndolos en un estrés continuo, poniendo en riesgo su integridad física o la vida propia (Goleman, 1999).

Con ésto se puede decir que las tensiones y los estímulos estresantes se convierten en elementos que merman poco a poco la resistencia del organismo, teniendo el nombre de síndrome general de adaptación que consta de tres fases:

Fase de alarma: Ante la aparición de un peligro estresor se produce una reacción de alarma, produciendo una inmunosupresión temporal, además aumenta la frecuencia cardiaca, contracciones del bazo, generando mayor número de glóbulos rojos, incremento de la frecuencia respiratoria, etc.

Fase de resistencia o adaptación: En esta fase, el organismo intenta superar, adaptarse o afrontar la presencia de los factores que percibe como una amenaza o agente nocivo; así se normalizan los niveles de corticoides.

Fase de agotamiento: Ésta ocurre, cuando la agresión se repite con frecuencia o es de larga duración. Esta fase conlleva a alteraciones tisulares, patologías psicosomáticas, entre otras.

Entre estas dos fases (adaptación y agotamiento), es donde ocurren la mayor parte de los trastornos derivados del estrés (Nogareda, 2003); a consecuencia del incremento de hormonas; no logra estabilizarse. El cúmulo de hormonas, principalmente el cortisol, desencadenan una serie de reacciones fisiológicas que conllevan a una gran cantidad de efectos negativos, así como elevados niveles de azúcar en la sangre, taquicardia, palidez y eliminación de componentes cognitivos (como puede ser la disminución de la memoria y el razonamiento). En muchos casos, ocurre lo que se conoce como “asalto de la amígdala”, que es cuando la persona puede reaccionar violentamente ante un estímulo relativamente ínfimo; pero esto no es lo peor, ya que si la persona logra someter los impulsos de la amígdala sin disminuir las cantidades de cortisol, poco a poco mermará la memoria operativa hasta el punto de que el cortisol resulte neurotóxico para el cerebro y por consiguiente termine matando neuronas de otras regiones importantes (Norageda, 2003).

Sin embargo, en la vida cotidiana encontramos personas que son capaces de reponerse con gran facilidad al estrés, disminuyendo rápidamente sus niveles de cortisol en la sangre (Goleman, 1999) y esto se debe principalmente a los lóbulos

prefrontales que constan de neuronas que inhiben la producción de hormonas y los asaltos de la amígdala (Nogareda, 2003).

A pesar de que éste es un mecanismo fisiológico, también es aprendido, ya que los lóbulos prefrontales son los que están más estrechamente relacionados con el aprendizaje y la memoria (Goleman, 1999).

La capacidad de regular nuestros estados de ánimo se denomina autorregulación y es uno de los componentes de la IE dentro de la aptitud personal; la autorregulación no sólo consiste en apagar la inquietud o sofocar el impulso, sino que también puede incluir el provocar intencionalmente una emoción, ya sea positiva o negativa que permita ajustarnos al sentir de una situación específica.

La autorregulación consta de cinco componentes clave que son: autocontrol, confiabilidad, escrupulosidad, adaptabilidad e innovación. Estos componentes ya los habíamos mencionado en profundidad en el capítulo dos.

A pesar de que se cuente con estos elementos, es importante señalar la necesidad de disponer con otra aptitud emocional y esta es el autoconocimiento, debido a lo indispensable que es conocer primero lo que sentimos para después manejarlo o regularlo.

Ésto cobra mayor importancia en el hecho de que todas las aptitudes emocionales pueden ser aprendidas y entrenadas, especialmente si nos enfrentamos a situaciones de constante estrés, como puede ser el caso del ámbito hospitalario, en donde la mayor parte del personal, está expuesto a dosis de estrés muy altas.

Existen técnicas para entrenar sustancialmente el manejo de estrés y su prevención, las cuales según A. Fernández (1999), están divididas en tres bloques:

Técnicas de distensión-tensión: relajación progresiva, relajación muscular, secuencia de entrenamiento de relajación, tranquilidad refleja.

Técnicas de respiración.- respiración diafragmática, yoga y respiración zen.

Técnicas de imaginación.- entrenamiento autógeno, relajación controlada por sugestión, auto hipnosis, respuesta de relajación y relajación condicionada.

Éstas serían algunas opciones para el control del estrés. Estas técnicas por sí solas no eliminan los problemas que ocasionan estrés, pero sí pueden eliminar los efectos en la salud (Nogareda, 2003).

3.2. Ansiedad

Orfeo, en la mitología griega, poeta y músico, hijo de la musa Calíope y de Apolo, recibió la lira de su padre y llegó a ser un músico tan excelente que no tuvo rival entre los mortales. Cuando Orfeo tocaba y cantaba, conmovía a todas las cosas, tanto animadas como inanimadas. Su música encantaba a los árboles y a las rocas, amansaba las fieras y hasta los ríos cambiaban su curso para seguirlo.

Pero Orfeo es más conocido por su desafortunado matrimonio con la adorable ninfa Eurídice. Poco después de la boda, la novia sufrió la picadura de una víbora y murió. Abrumado por el dolor, Orfeo decidió ir al mundo subterráneo para buscarla y llevarla otra vez al mundo de los vivos, algo que nadie había hecho hasta entonces. Hades, el soberano del reino subterráneo, quedó tan conmovido por su música que le devolvió a Eurídice, con la condición de que él no volviera la cabeza hacia atrás mientras regresaban al mundo de los vivos. Orfeo no pudo

dominar su ansiedad, y cuando alcanzó la luz del día giró la cabeza, por lo que Eurídice se desvaneció. Desesperado, Orfeo renunció a la compañía humana y vagó por el desierto, tocando su música para las rocas, los árboles y los ríos. Finalmente, un violento grupo de mujeres tracias, seguidoras del dios Dionisio, se encontraron con el delicado músico y lo mataron.

Desde los antiguos jonios hasta las primeras décadas de este siglo la ansiedad ha ocupado un lugar destacado en la literatura y en la psicología, debido fundamentalmente a que la ansiedad es considerada como una respuesta emocional paradigmática que ha facilitado la investigación básica en el campo de las emociones en general, permitiendo el desarrollo de técnicas aplicadas a prácticamente la totalidad de los ámbitos de la psicología actual (Tobal, 1999).

Hasta finales del siglo XIX, la ansiedad extrema se atribuía, de forma errónea y rutinaria, a trastornos respiratorios o cardíacos. Por aquel entonces, Sigmund Freud identificó la neurosis de angustia como un diagnóstico diferenciado. Freud creía que la ansiedad tenía su origen en las pulsiones sexuales o agresivas de una persona que resultan inaceptables a la misma. La ansiedad actúa entonces como acción defensiva para reprimir o reconducir tales pulsiones. Cuando los mecanismos de defensa inconscientes son insatisfactorios, aparece una reacción de ansiedad neurótica.

La semiología de los trastornos por ansiedad, presenta un espectro sintomático sumamente variado. Se puede presentar al conjunto, bajo tres aspectos: el psicológico, el fisiológico y el conductual. La ansiedad puede ser considerada como una emoción cognitiva. La respuesta emocional a la falta de control cognitivo sobre las señales recibidas del propio ambiente. La ansiedad es señal de la alteración de ese orden sin el cual no hay adaptación posible.

El escaso orden o coherencia puede venir por tres factores, 1) un evento externo imprevisible, 2) la ausencia de una respuesta adaptativa apropiada, 3) la

alteración del proceso cognitivo de hipótesis que relaciona el evento percibido con las diversas categorías cognitivas. La falta de pericia cognitiva, explica la preponderancia del componente inhibitorio en la ansiedad; ningún comportamiento puede ser considerado como apropiado (Braver, 2003).

El estudio de la ansiedad se ha encontrado con varios obstáculos, entre ellos su definición conceptual, ya que existen diferentes definiciones de la ansiedad dependiendo del marco teórico que la estudie, así nos podemos encontrar con una gran variedad de términos que se utilizan como sinónimos de lo que es la ansiedad. En este sentido podemos decir que la ansiedad se ha equiparado a términos como miedo, angustia, estrés, tensión, etc.

En este orden de ideas consideramos hacer una distinción entre la ansiedad y el estrés, que finalmente se ha trabajado con estos dos conceptos y puede prestarse a algún tipo de confusión. La ansiedad se puede definir de la siguiente forma: “una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos, displacenteros, de tensión y aprensión aunado a una serie de elementos de corte fisiológico que se caracterizan por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y motor que se traduce en respuestas inadaptativas, que son provocadas por estímulos o pensamientos e imágenes que se consideran como amenazantes o peligrosos” (Tobal, 1999).

Por otro lado podemos decir que el estrés es una respuesta adaptativa y de emergencia necesario para la supervivencia del organismo o de la persona, y que este proceso genera emociones (A. Fernández y Palmero, 1999). El origen del término estrés parece provenir del vocablo *distrés* que en inglés antiguo tenía un significado equivalente al de pena o aflicción pero que con el uso ha perdido parte de su primera sílaba hasta convertirse en el actual que es “estrés”. El vocablo *estrés* fue tomado por Selye de la física, donde se utiliza para referirse a la fuerza que actúa sobre un objeto y que al rebasar una determinada magnitud, produce la

deformación, estiramiento y destrucción del objeto. Para Selye, el estrés es la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia (A. Fernández y Palmero, 1999 b).

Finalmente podemos decir que todavía no existe un consenso entre los especialistas sobre esta disyuntiva pero consideramos que es importante hacer este señalamiento debido a las implicaciones que conlleva tomar una postura donde se hace una diferenciación tan puntual sobre este tema por demás polémico y para los fines de este trabajo resulta bastante enriquecedor, ya que consideramos que si existe tal diferencia y que se manifiesta principalmente en dos niveles: Fisiológico y psicológico.

Como lo mencionamos anteriormente la ansiedad ha sido estudiada desde diferentes enfoques psicológicos de los cuales haremos una pequeña sinopsis, en donde nos centraremos en el inicio de los años setenta cuando el enfoque psicodinámico y el humanista fueron los pioneros en este tema.

Freud desarrolló una clasificación de la ansiedad dividiéndola en tres tipos: ansiedad real, que es aquella relacionada con las exigencias del medio exterior sobre el yo; la ansiedad neurótica, la cual ocurre dentro del individuo y se debe principalmente al sentimiento de impotencia del yo para controlar los impulsos del ello; la ansiedad moral, se debe principalmente a la fuerza o presión del superyó sobre el propio individuo.

Aunque las ideas de Freud tuvieron poca aceptación en un principio, poco a poco fueron adquiriendo respeto en su esencia; pero en algunos puntos no eran del todo aceptadas; sin embargo hubo autores que se dedicaron a trabajar con la ansiedad, especialmente de corte humanista que en las ideas principales coincidían, no así en los puntos referentes a el papel del libido o los mecanismos de defensa, añadiendo elementos relacionados con la percepción que tiene el organismo de las situaciones de peligro (Tobal, 1999).

Frente al discurso psicoanalítico y humanista surgieron corrientes que buscaban mediciones objetivas sobre la ansiedad que en este caso tuvieron como representantes a la escuela conductual donde se retoman los elementos del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante definiéndola como un subtipo de miedo que puede ser condicionado (Tobal, 1999).

Como otro elemento de cambio aparecen las variables cognitivas surgidas del modelo cognitivo-conductual desde el cual se considera que la valoración de las señales aversivas determinan el estado ansioso del organismo. Podemos decir que la aportación de este modelo radica principalmente en oponerse a la postura mecanicista del E-R (estímulo-respuesta) del modelo conductual clásico (Tobal, 1999).

Partiendo del estudio de la ansiedad como una característica de personalidad surgen las primeras teorías rasgo-estado destacando las formulaciones de Cattell y Scheier (1961) en las que se considera a la ansiedad como un elemento de la personalidad la cual se definiría como una tendencia individual a mostrar cierto comportamiento ansiógeno.

Además de estos elementos se señalaron las variables situacionales como un elemento determinante en la aparición de la ansiedad o dicho de otra manera la ansiedad es una conducta que se aprende en determinadas situaciones de la vida cotidiana mediante modelos de aprendizaje vicario. En este sentido se plantea el estudio de la ansiedad relacionada con las variables ambientales que mantienen la conducta o la condicionan mediante la aparición de estímulos desencadenantes, que pueden ser antecesores o seguidos de la conducta (Tobal, 1999).

Finalmente en la década de los setenta se impone el modelo tridimensional de Lang en donde se considera a la ansiedad como una respuesta emocional que consta de tres variables o componentes los cuales son los siguientes:

Respuestas cognitivas: Se refiere a pensamientos, ideas e imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores.

De esta manera encontramos diversas manifestaciones cognitivas sobre la ansiedad; preocupación, miedo, pensamientos negativos relacionados con la inferioridad o incapacidad, dificultad para concentrarse, sensación general de desorganización, inseguridad, aprensión, dificultad para tomar decisiones.

Respuestas fisiológicas: Se refiere principalmente a las reacciones que se producen en el organismo como son: tensión arterial elevada, taquicardia, disnea, fiebre, náuseas, vómito, diarrea, tensión muscular, lipotimia, temblores, etc.

Respuestas motoras: Estos son comportamientos observables a consecuencia de la actividad subjetiva y fisiológica; como hiperactividad, movimientos repetitivos, tartamudeo, paralización motora, movimientos torpes, conductas de evitación, entre otras.

No obstante actualmente no podemos hablar de un solo tipo de ansiedad, ya que existe una clasificación de los diferentes tipos de ansiedad o trastornos de ansiedad relacionados con diversas psicopatológicas y trastornos mentales. La clasificación de los trastornos mentales es todavía inexacta y varía según las escuelas y doctrinas psicopatológicas. En la versión del DSM IV, se encuentra la clasificación más reciente de los diferentes tipos de ansiedad y trastornos de ansiedad que son los siguientes:

Crisis de angustia (panic attack): se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Aparecen también síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión torácica, sensación de atragantamiento o asfixia, y miedo a volverse loco o a perder el control.

Agorafobia: se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en los lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso, o bien donde sea imposible buscar ayuda en el caso de que aparezca un ataque de pánico o síntomas similares.

Fobia específica: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a situaciones u objetos temidos, pudiendo dar lugar a comportamientos de evitación.

Fobia social: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que, también en este caso, suele dar lugar a comportamientos de evitación.

Trastorno obsesivo-compulsivo: se caracteriza por la aparición de obsesiones (ideas recurrentes, persistentes, absurdas y generalmente desagradables, que aparecen con gran frecuencia sin que el individuo pueda evitarlas) que causan ansiedad y malestar, provocando compulsiones, cuya finalidad es eliminar dicha ansiedad.

Trastorno por estrés postraumático: se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos traumáticos, síntomas debidos al aumento de activación o arousal y comportamientos de evitación de los estímulos relacionados con la situación traumática.

Trastorno por estrés agudo: se caracteriza por la aparición de síntomas similares al trastorno por estrés postraumático y aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente estresante.

Trastorno de ansiedad generalizada que se caracteriza por:

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. cansancio crónico
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. Ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica; se caracteriza por síntomas de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias; se caracteriza por síntomas de ansiedad secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o toxico.

Trastorno de ansiedad no específica; acoge a aquellos trastornos que se caracterizan por la ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos para ser clasificados en alguno de los apartados anteriores.

En las últimas décadas la ansiedad ha tomado mayor importancia debido a su relación con la salud ya que las investigaciones realizadas dan cuenta de que la ansiedad tiene una ingerencia a tres niveles dentro del proceso salud-enfermedad; ésto se describe a continuación.

En primer lugar encontramos que la ansiedad provoca reacciones fisiológicas que pueden agravar o agudizar algún padecimiento que se tenga con antelación convirtiendo a la ansiedad en un factor de riesgo para la salud.

Por ejemplo en un estudio realizado por Rymaszewska y Andrzej (2003), se estudió a un grupo de pacientes que serían expuestos a una intervención quirúrgica de la arteria coronaria, se sabe que la cirugía cardiaca es un factor que provoca respuestas emocionales y fisiológicas específicas de un paciente. A pesar de los efectos somáticos positivos de la cirugía, la depresión y la ansiedad pueden persistir o aparecer por primera vez después de la intervención quirúrgica, empeorando el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida del paciente. El propósito de este estudio fue observar el desarrollo de los pacientes sometidos a una derivación aortocoronaria (DAC).

Después del consentimiento informado, 53 pacientes que se propusieron para DAC fueron examinados unos días antes y después de la intervención y 3 meses después de ella. Los pacientes llenaron el Cuestionario de Ansiedad de Spielberg y el Inventario de Depresión de Beck.

El 55% aproximadamente de los pacientes tenía un nivel alto de ansiedad preoperatoria. Poco después de la intervención, el 34% de los pacientes y, después de 3 meses, el 32% de ellos tenían un nivel clínicamente relevante de ansiedad. El 32% de los pacientes antes de la intervención, el 28% inmediatamente después de la DAC y el 26% en el seguimiento estaban deprimidos (Rymaszewska y Andrzej, 2003).

Las puntuaciones preoperatorias altas de depresión y ansiedad parecen ser predictoras de la evolución psicológica postoperatoria. La evaluación preoperatoria puede identificar a los pacientes con riesgo de niveles clínicos de ansiedad y depresión postoperatorios. El consejo preventivo psicológico y la intervención psiquiátrica pueden reducir el sufrimiento emocional de los pacientes, y los costos médicos y económicos debido a que estos pacientes necesitan más tiempo para recuperarse y corren el riesgo de tener alguna complicación de tipo infeccioso entre otras posibles (Rymaszewska y Andrzej, 2003).

En segundo lugar podemos decir que la ansiedad afecta los hábitos saludables como lo muestra la investigación hecha por Wittchen y Höfler (2003) en donde se estudió la relación entre el consumo de alcohol y la ansiedad, obteniendo que los resultados seccionados transversalmente en encuestas acerca de la comunidad en adultos, sugieren que los trastornos de la ansiedad en adolescentes, son fuertes factores predictores del inicio del consumo y de la dependencia del alcohol. Sin embargo, los datos prospectivos que siguen a una muestra de adolescentes hasta la edad adulta son necesarios para confirmar estas asociaciones.

Así que se utilizó un estudio de seguimiento en la línea de fondo (línea base) de cuatro años de duración de una muestra de 3021 (2548 en el periodo de seguimiento) adolescentes y adultos jóvenes con edades comprendidas entre los 14- 24 años en Munich. Los trastornos de la ansiedad según el DSM-IV, el consumo de alcohol y los trastornos por el consumo de alcohol fueron evaluados mediante la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de Munich (M-CIDI) (Wittchen y Höfler, 2003).

El análisis de la regresión logística múltiple, el control de la edad, el género, otros trastornos mentales, los trastornos por el consumo de sustancias y el comportamiento antisocial, fueron utilizados para estudiar las asociaciones de los trastornos de la ansiedad en la línea base con el subsiguiente inicio y el curso del abuso del alcohol y de los trastornos del alcohol (Wittchen y Höfler, 2003).

La fobia social en la línea base predijo perceptiblemente los inicios del consumo regular y peligroso del alcohol y la persistencia de la dependencia. Los ataques de pánico predijeron perceptiblemente los inicios del consumo y del abuso peligroso así como la persistencia del abuso/dependencia combinado. El trastorno de pánico significativamente predijo la persistencia del abuso/dependencia combinado. Otros trastornos de la ansiedad no predijeron perceptiblemente cualquiera de los resultados (Wittchen y Höfler, 2003).

Aunque la ansiedad se ha asociado a otro tipo de conductas adictivas como el tabaquismo y la fármaco dependencia, y en especial lo que se refiere al ámbito de la fobia social según Cano y Tobal (2000); ésta es uno de los factores que cobran una mayor importancia ya que la prevención de la aparición de conductas adictivas podría beneficiarse de la prevención de la ansiedad.

En tercer lugar podemos decir que la ansiedad puede distorsionar la conducta del paciente en cuanto a su trato con el personal sanitario y con su propia familia e incluso influir negativamente en el seguimiento de los tratamientos y los edictos médicos. El paciente puede tomar decisiones que influyan en su futura recuperación. Dicho de otra manera, la adhesión al tratamiento que es un factor clave en ciertas enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial, las úlceras, trastornos dermatológicos, y todas aquellas en que la sintomatología es inestable, se presenta mayor tendencia al abandono del tratamiento una vez que los síntomas han disminuido, pero no han desaparecido por completo (Tobal, 1999).

Además se han encontrado estudios donde la ansiedad no solamente afecta la adhesión al tratamiento sino también la actividad sexual y los periodos de sueño, ésto influyendo negativamente sobre la calidad de vida del paciente o de las personas en general, ya que las personas que presentan trastornos del sueño son mas propensas a sufrir accidentes fuera o dentro del ámbito laboral (Carrasco, 1999 y Montañés, 1999)

En este sentido podemos decir que la ansiedad toma un papel fundamental en el área de la salud y por lo expuesto anteriormente se sobreentiende su necesidad de diagnosticarla a tiempo para controlarla e impedir que tenga efectos sobre la salud de las personas.

El enfoque de la patología por ansiedad que propone el paradigma cognitivo, permite trazar dos grandes aspectos a tratar e investigar:

El Neuropsicológico. Son las grandes funciones instrumentales, que entran en juego en la percepción, el tratamiento y la adquisición de información, es decir: la memoria, la atención, el aprendizaje, etc. Éstas son englobadas, en algunos casos, dentro de las así llamadas “Funciones Mentales Superiores”. (Braver, 2003).

El enfoque cognitivo. Se ocupa del estudio de las representaciones mentales, es decir los diferentes sistemas para el proceso de la información, y sus asociaciones a las diferentes emociones. En el estudio de los trastornos por ansiedad, se utilizan ambas vías de abordaje. Los estudios actuales demuestran en forma creciente, las distorsiones cognitivas específicas en, y de los pacientes ansiosos. La alteración de ciertas funciones cognitivas, (la atención, memoria inmediata, percepción) es un corolario frecuente de la patología ansiosa y que no está ligada simplemente a la intensidad de los síntomas presentes (Braver, 2003).

La evaluación psicofisiológica es un procedimiento de observación que permite obtener información sobre procesos psicofisiológicos y procesos psicológicos encubiertos, que difícilmente pueden ser evaluados de otra manera. Es decir se trata de un conjunto de técnicas que valiéndose del registro de la actividad fisiológica nos permiten recoger información relevante en la búsqueda de la relación existente entre determinadas condiciones psicológicas y la actividad fisiológica (Tobal, 1999).

También existen técnicas de observación que nos permiten evaluar las conductas motoras de la ansiedad. Para evaluar dichas respuestas se han desarrollado técnicas de observación conductual que se pueden dividir en dos: directo e indirecto; el modo más recomendable para la observación de conductas ansiógenas manifiestas es el directo ya que nos remitimos al ambiente natural y al

contexto donde ocurren. No obstante la falta de control sobre la situación por parte del observador se presenta como una seria limitación. Debido a esto, se han creado diferentes escalas de observación estandarizadas que se desarrollan en el laboratorio con la finalidad de llegar a un acuerdo en el momento de la observación.

Por otro lado las medidas indirectas se utilizan en situaciones donde los comportamientos fóbicos son la pauta, esta observación se emplea en conjunto con estímulos que se consideran fóbicos por parte del sujeto de investigación. No obstante su utilidad, en la mayoría de los casos es un complemento de las observaciones directas de la conducta motora (Tobal, 1999).

El autoinforme es otra técnica utilizada en la evaluación de la ansiedad, que consiste principalmente en la información verbal que ofrece un individuo sobre sí mismo o sobre su comportamiento. Mediante el autoinforme podemos evaluar los tres tipos de sistema de respuesta, la fisiológica, cognitiva y emocional. Aunque no existe un consenso entre los diferentes tipos de autoinformes, por lo general los podemos encontrar como entrevistas, cuestionarios estandarizados, inventarios y escalas, entre otros.

Éstos serían los medios más comunes para medir la ansiedad, pero cada uno está matizado por la perspectiva teórica que utiliza la persona que lo aplica, y su corriente teórica. Un elemento imprescindible en esta temática es la intervención en el caso de confirmarse la existencia de ansiedad, y especialmente en un área tan delicada como es la salud. En este sentido Moix (1999) señala que existen tres niveles de intervención para reducir la ansiedad, que son:

Infraestructura.- se refiere al espacio arquitectónico, a la decoración del hospital. Diversos estudios hechos en psicología ambiental sugieren que las personas que cuentan con una ventana donde puedan ver fuera del hospital, pasan menos tiempo en el mismo y tienen menos complicaciones, además de que los espacios

religiosos son también muy importantes para la recuperación de las personas de la tercera edad (Moix 1999).

Rutina hospitalaria.- La rutina hospitalaria se refiere a la organización interna y a los horarios del mismo hospital. En este sentido se ha comprobado que la estancia con pacientes que han pasado por una intervención quirúrgica y comparten la misma habitación, tienden a reponerse con mayor rapidez que si fuera con pacientes que todavía no se operan. También se ha observado que el apoyo social medido en el número de visitas que recibe el paciente favorece a su pronta recuperación (Moix 1999).

Técnicas psicológicas.- Son todas aquellas estrategias empleadas por los psicólogos para disminuir los niveles de ansiedad en los pacientes hospitalizados. Podemos encontrar que existen un gran número de estas técnicas que se pueden englobar en la siguiente manera:

Técnicas cognitivas.- son aquellas que tienen como fin cambiar o modificar todos aquellos pensamientos que puedan ser considerados como negativos, podemos encontrar el apoyo psicológico, la hipnosis, distracción cognitiva etc.

El apoyo psicológico se refiere principalmente a ganarse la confianza del paciente mediante la generación de un clima de amabilidad y de empatía.

Distracción cognitiva.- esta técnica fue empleada en el estudio de Pickett y Clum. Según la descripción de estos autores, la técnica consistió en la asociación de 10 imágenes del evento médico que se asoció con algún evento que se considerara neutro. Con esto, consiguieron que los pacientes quirúrgicos se recuperaran con mayor prontitud.

Reestructuración cognitiva. Esta técnica se basa en la sustitución de los pensamientos negativos respecto a la intervención y hospitalización por otros

positivos. Ésto es, tratar de retomar elementos positivos que se puedan obtener de la estancia en el hospital como leer, descansar, estar con la familia, etc.

Recordar. Esta técnica consiste en recordar acontecimientos pasados que fueron agradables para las personas en su vida, o bien situaciones que gracias a su propia habilidad logró superar. Este procedimiento dio resultado al disminuir significativamente la presión sanguínea en pacientes quirúrgicos (Moix 1999).

Imaginación guiada. En la imaginación guiada se trata de llevar al paciente por un viaje mental en su cuerpo y los procesos de curación que en éste se llevan a cabo durante la estancia hospitalaria (Moix 1999).

Hipnosis. Es una técnica en la que se trata de sugestionar a los pacientes sobre el resultado de una operación, de un tratamiento, sobre la condición general de la persona entre otras situaciones. Esto ha tenido resultados benéficos en los pacientes que se han sometido a hipnosis además de reducir la ansiedad, también se observa disminución del dolor, de uso de analgésicos, menos tiempo en la estancia hospitalaria y en general recuperación más rápida (Moix 1999).

También existen técnicas basadas en la psicología conductual, que tienen como objetivo la colaboración activa del paciente en su recuperación. Las más usuales son las siguientes:

Relajación. Con esta técnica se busca que el paciente entre en un estado de sosiego antes de cualquier procedimiento médico ya sea una cirugía, biopsia, o algún otro tipo de procedimiento médico que genere ansiedad.

Desensibilización sistemática. Esta técnica se basa en la relajación en donde el paciente es expuesto a estímulos que le provocan ansiedad en forma ordenada, y jerarquizada, con la finalidad de reducir o eliminar el evento ansiógeno gradualmente.

Modelamiento. Esta técnica se basa en la idea de que el paciente no sabe a que procedimiento se va a enfrentar y por eso se utiliza un video en donde se muestran las diferentes etapas de algún procedimiento específico como una operación. Esta técnica se utiliza principalmente con niños preoperatorios (Moix, 1999).

Suministro de instrucciones conductuales específicas. Es la utilización de las instrucciones que le proporcionan el personal médico a los pacientes, sólo que de una forma más sistemática y ordenada, esta técnica se utiliza tanto en momentos anteriores a una operación o procedimiento médico, y después para facilitar la recuperación (Moix 1999).

Otras técnicas utilizadas en los hospitales, son las técnicas informativas. Éstas técnicas tienen la finalidad de informar al paciente de forma copiosa sobre algún procedimiento o de su estancia en el hospital. Esta técnica tiene varias modalidades y formas de presentación ya que puede ser presentada en forma de video, cassette, folleto o tríptico. Dependiendo de la situación del paciente y del estilo de afrontamiento de éste, además de que esto determina en gran medida el éxito de la técnica (Moix 1999).

También existen lo que se conoce como técnicas combinadas; que como su nombre lo dice son técnicas que se combinan de las expuestas anteriormente, así podemos encontrar técnicas de la información mezcladas con técnicas conductuales.

Finalmente existe un tipo de estrategia, muy específica que se aplica durante la estancia en el quirófano, llamada técnica intraoperatoria, esta técnica se basa en el hecho de que durante la fase de anestesia existe procesamiento de información de forma oculta, es decir el paciente no se percató de ésta, por decirlo

de alguna forma “conscientemente”, así se proporciona información al paciente cuando se encuentra anestesiado.

3.2.3. Depresión

Desde los primeros tiempos de la medicina ya se conoce la tristeza como una posible enfermedad. Hipócrates (460-370 a. C.) definió la melancolía como una grave dolencia caracterizada por una intensa tristeza, originada por el efecto de la bilis negra sobre el cerebro (Jaramillo, 2000).

La tristeza y la melancolía son dos sentimientos presentes en algún momento de la vida de todas las personas, al igual que la alegría y el placer. Los dos primeros no son en sí patológicos, pero en algunas ocasiones pueden llegar a serlo para ciertas personas. Cuando el estado de ánimo de un individuo en un determinado momento de su vida sufre sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que afectan a su capacidad para relacionarse con otros, trabajar o afrontar el día, la tristeza se convierte en una enfermedad, que se conoce como depresión.

En la depresión, la emoción que siempre entra en juego es la tristeza, sin embargo; muchos psiquiatras y psicólogos de experiencia advierten a sus colegas jóvenes acerca del riesgo de confundir la tristeza normal con la depresión. La advertencia es oportuna; pero sin duda si la confusión surge es porque hay semejanzas entre ambos estados, aún, cuando las semejanzas sean menos importantes que las diferencias, merecen ser estudiadas.

La tristeza normal es el efecto emocional que se manifiesta en el ser humano cuando éste reconoce una situación que habría preferido que no ocurriera y que considera nociva para su bienestar (Arieti, 1979).

Sin embargo, en algunos casos que entran en el dominio de la psiquiatría y la psicología, el estado de la tristeza no se resuelve y se transforma en una vivencia de desdicha más intensa que se denomina depresión. En donde todos los pensamientos son negativos y refuerzan la depresión. Las ideas surgen con más lentitud y más espaciadas, quizá para disminuir el sufrimiento que causan. En los casos más severos, el pensamiento se reduce a un mínimo y el retardo llega a convertirse en estupor.

Corresponde exponer ahora la interrogante del ¿porqué en ciertos individuos fracasa la elaboración de la tristeza o el pesar, dando paso a la depresión? Hasta donde llegan nuestros actuales conocimientos, no existe ninguna hipótesis que pueda ser corroborada por medios científicos idóneos, pero examinaremos algunas de las posibilidades expuestas por Arieti (1979):

- 1) Los psiquiatras de orientación biológica tienden a atribuir la responsabilidad a una deficiencia de los procesos bioquímicos. Por ejemplo, la producción de catecolaminas puede no ser suficiente como para que el organismo se recupere después de que el fenómeno psicológico de la tristeza ha hecho descender el nivel de aminas biogénicas en el cerebro.
- 2) Los autores de orientación neurológica opinarían que el sector del sistema límbico que recibe los estímulos provenientes de los centros cognitivos del neopallio es particularmente sensible y por lo tanto reacciona con excesiva intensidad. También es posible que por razones desconocidas todavía, distintas partes del cerebro sean estimuladas al mismo tiempo, activando mecanismos nerviosos poco utilizados que conducen a la depresión. Desgraciadamente, esta hipótesis no ha recibido la atención que merece, tal vez porque es difícil de confirmar en el nivel experimental; además, no excluye la posibilidad de una

alteración bioquímica, ya que esta puede ser consecuencia del desorden neurológico.

- 3) Una tercera posibilidad es que el proceso reparatorio (elaboración de la tristeza), no sea posible porque el individuo carece de las dotes psicológicas requeridas. Diferentes circunstancias existenciales, así como las pautas psicológicas seguidas por el paciente no lo prepararon para el trabajo elaborativo. Se cierra así para él la alternativa de resolver psicológicamente su tristeza y cae en la depresión.

El enfoque psicodinámico de la depresión, contempla esta tercera hipótesis, que de todos modos no excluye la posibilidad de que determinadas alteraciones biológicas dificulten el proceso psicológico de reparación. En estos casos la depresión deriva de una combinación de factores psicológicos, bioquímicos y neurológicos (Arieti 1979).

Sin embargo, los autores que sostienen el punto de vista de las dos primeras hipótesis, opinan que la tristeza o la depresión son causadas por un descenso de la norepinefrina en ciertos sectores del sistema nervioso central. Sin embargo, Arieti (1979), no niega que ese fenómeno se produzca cuando una persona experimenta depresión en el caso de los antecedentes hereditarios, y sostiene incluso que se produce también cuando experimenta tristeza. Pero en la mayoría de los casos el fenómeno químico es un efecto y en cierta medida, el vehículo del fenómeno psicológico; es decir, es verdad que en el cerebro de la persona que experimenta tristeza se produce una alteración bioquímica; pero en contraste con lo sostenido por Akiskal y McKinney (1975, cit. en Arieti 1979), parece más acertado afirmar que la alteración no se trasmite del plano bioquímico al psicológico sino del psicológico al bioquímico. En otras palabras, la evaluación cognitiva es previa a la modificación bioquímica.

La naturaleza nos ha preparado para reaccionar ante las circunstancias más adversas no sólo con mecanismos biológicos sino también con psicológicos como la tristeza. Cuando la tristeza no se resuelve, da paso a la depresión.

La depresión es una enfermedad común en todo el mundo. Se calcula que alrededor de un 15% de las personas sufre una depresión en algún momento de sus vidas y en las mujeres puede llegar hasta un 25%. Es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona a cualquier edad y no tiene en cuenta la raza, sexo, factores étnicos, ni religiosos. Este padecimiento, ataca a dos mujeres por un hombre y se presenta desde la niñez hasta la ancianidad con diferentes indicadores biológicos (Jaramillo, 2000).

3.2.3.1. Definición y Tipos de depresión

La palabra depresión proviene del latín *deprimere* y significa hundimiento o abatimiento. Lo que se hunde en la depresión es el plano vital del ser humano. Aquí reside el núcleo común de todos los enfermos depresivos. Todos ellos son enfermos de la vitalidad (Fernández, 2000).

La depresión es un término con un significado que varía desde las bajadas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. Al respecto opina el doctor Mario Alberto José de los Santos, de la Clínica de Especialidades Neuropsiquiátricas del ISSSTE, en Tlatelolco que: La depresión es un estado de ánimo que invade nuestro afecto, una patología que produce disfunción en lo laboral, social y familiar.

Para Dubé (2001), la depresión es una condición médica caracterizada por tristeza persistente, desmotivación y pérdida de autoestima. Estos sentimientos están acompañados de disminución de la energía y de la concentración, trastornos del sueño (insomnio), disminución del apetito y pérdida de peso. En las personas

de edad avanzada, esta depresión está frecuentemente acompañada de una preocupación excesiva por los dolores y achaques corporales.

Jaramillo (2000), opina que la depresión es un trastorno del estado de ánimo con sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que dificultan la eficiencia. Es una enfermedad que afecta a toda la persona, mente y cuerpo, afecta la salud física, los sentimientos y las conductas hacia los demás. Una persona con depresión puede tener problemas para dormir, alimentarse, en el trabajo y en la relación familiar y los amigos.

Con todas estas definiciones hechas por diversos autores, podemos concluir que la depresión es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien".

Los sujetos que padecen depresión tienen disminuida la capacidad para pensar, concentrarse y tomar decisiones, pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria.

La sintomatología manifiesta de la depresión es más o menos constante, caracterizándose por lo menos en la mayoría de los casos, por un rasgo sobresaliente, el estado anímico depresivo.

El trastorno de ánimo deprimido se caracteriza por lo menos por dos de los síntomas siguientes durante un período mínimo de dos semanas, representando un cambio en su actividad previa. Se presentan durante la mayor parte de los días y son manifestados por las personas que los conocen, según Strock (2002), estos síntomas pueden ser:

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Los tipos de depresión que existen según la literatura revisada son: Depresión endógena, exógena, somatógena y neurótica. Las cuales explicaremos brevemente en los siguientes párrafos.

Depresión endógena

Este tipo de depresión tiene una causa fundamentalmente biológica. No existe continuidad con la historia vital de la persona, no hay motivos para estar triste o melancólico, ni existen causas externas. Estas personas tienden a encontrarse mejor por las tardes y su patología se relaciona con el cambio de estación (hay un aumento de síntomas depresivos en primavera y otoño). Frecuentemente su iniciación y curso se asocia a ritmos biológicos. Suelen ser hereditarias (Jaramillo, 2000).

Depresión exógena

Depresión fundamentalmente causada por factores ambientales externos. También se denomina depresión reactiva o situativa, pues se producen como respuesta a una pérdida, un desengaño, una tensión u otros acontecimientos externos recientes (Jaramillo, 2000).

Los factores exógenos son inespecíficos, además se dan diferencias intraindividuales según el momento evolutivo, influyendo la persistencia de los factores, la profundidad de la experiencia vivida y si son inesperados o no, en la depresión que producirán

Existe una amplia literatura sobre la relación entre la tensión, la separación, la pérdida y otros acontecimientos vitales con los diversos síndromes de la depresión reactiva. Hay que subrayar la importancia de las causas experienciales y ambientales, ya que los acontecimientos de la vida se consideran significativos en la patogénesis de la depresión.

Pay Kel (1979, cit. en Jaramillo 2000), afirma que "existe un riesgo seis veces mayor de desarrollar una depresión en los seis meses siguientes a la aparición de acontecimientos vitales estresantes", como por ejemplo la independencia y el abandono del hogar por parte de los hijos.

Depresión somatógena

Este tipo de depresión es secundaria a causas físicas específicas y patologías orgánicas demostrables. También se llaman depresiones orgánicas, las causas más frecuentes son:

- Trastornos tiroideos
- Anemias
- Infecciones víricas
- Lupus
- Cáncer

- Parkinson
- Causas yatrógenas: fármacos como anticonceptivos orales, corticoides, antihipertensivos, psicolépticos y otros.

Depresión neurótica

La depresión neurótica queda presentada así como la depresión cuya determinación se debe a factores neuróticos de inseguridad o de ansiedad. Las neurosis de carácter y de ansiedad son trastornos que arrancan de la infancia, a partir de un conflicto psíquico puntual o de un ambiente familiar dominado por la privación amorosa, el autoritarismo o la sobreprotección. El yo infantil se muestra demasiado débil para hacerse cargo de un ambiente de estas características o para afrontar el conflicto, y, en consecuencia, trata de desentenderse, portándose como si no existiesen las dificultades creadas por el conflicto o por la adaptación familiar, Para ello suele recurrir el niño al mecanismo de la represión intrapsíquica. Una vez el material conflictivo es reprimido toma mayor fuerza y se convierte en germen de la neurosis (F. Fernández, 2000).

Asimismo, dentro de estos cuatro tipos de depresión se subdividen más categorías que se explican en el siguiente cuadro sinóptico:

Depresión neurótica → Leve (distónicas):

- a) Carácter o personalidad depresiva
- b) Depresión ansiosa
- c) Depresión con síntomas obsesivo-compulsivos
- d) Depresión encubierta
- e) Depresión despersonalizada

Depresión endógena → Profundas (sintónicas):

- a) Depresión severa o pura
- b) Depresión en la psicosis maniaco-depresiva (trastorno bipolar)
- c) Depresión en la psicosis esquizo-afectiva (trastorno bipolar)

Depresión exógena o situativa → Vinculadas con el ciclo de vida:

- a) Depresión infantil
- b) Depresión del adolescente
- c) Depresión pospuerperal
- d) Melancolía involutiva
- e) Depresión senil
- f) Depresión por situaciones de la vida

Depresiones somatógica → Secundarias:

- a) Depresión asociada con desórdenes neurológicos o psicosis orgánicas
- b) Depresión asociada con desórdenes endocrinos
- c) Depresión asociada con otras enfermedades orgánicas
- d) Depresión inducida por drogas.

Cuadro 1. Muestra la clasificación de los diferentes tipos de depresiones

3.2.3.2. Causas

Existen algunos factores tanto internos como externos que pueden contribuir a la depresión. Ciertas enfermedades como los accidentes cerebrovasculares, los problemas de tiroides, el uso de medicamentos como los esteroides y algunos antihipertensivos, el abuso del alcohol, drogas u otras sustancias adictivas, etc. Por otra parte los problemas financieros específicamente relacionados con la estabilidad económica, adaptarse a un nuevo estilo de vida, como jubilación, los problemas personales como el divorcio o la muerte de un ser querido, todas estas condiciones y situaciones pueden ocasionar la depresión (Jaramillo, 2000).

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Ésto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se

enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

En algunas familias la depresión mayor se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Si además estas personas se abruma fácilmente por el estrés; están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad (Strock, 2002).

Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

La depresión es un síndrome que agrupa cuatro clases de enfermedad como ya lo veníamos mencionado anteriormente: la depresión endógena, la depresión situativa, la depresión neurótica y la depresión somatogena. Cada una de ellas viene marcada por obedecer a factores causales de índole distinta (Figura 2).

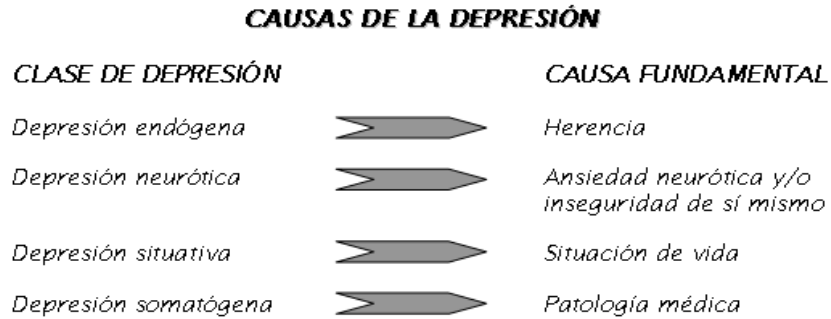


Figura 2: Causas de la depresión (Fernández, 2000)

La herencia

La predisposición hereditaria responsable de la depresión endógena hace que esta enfermedad tenga una cierta presentación familiar. Entre los progenitores, los hermanos y los hijos de un depresivo endógeno suele haber entre el 15 y el 20 por ciento de individuos afectados por la misma enfermedad. Cuando el vínculo de parentesco consanguíneo con el depresivo es menor, así entre los tíos, los primos y los sobrinos, el riesgo de contraer la enfermedad depresiva experimenta un notable descenso (Fernández, 2000).

Dentro del conjunto de los depresivos endógenos, la heredabilidad se muestra mucho más poderosa en los trastornos bipolares tipo I, los antiguamente denominados psicóticos maniacodepresivos. La sobrecarga familiar en ellos es particularmente elevada y su concordancia en parejas de gemelos monocigóticos asciende al 80 por ciento.

La ansiedad neurótica

La ansiedad neurótica presente en distintas formas de neurosis, sobre todo en la neurosis de ansiedad y la neurosis fóbica, facilita la instauración de un estado depresivo. El propio carácter neurótico, caracterizado por la inseguridad y la baja autoestima, es asimismo un terreno adecuado para la germinación depresiva. En tanto que la ansiedad y las fobias neuróticas no precisan más especificaciones, es conveniente resaltar que el carácter neurótico se manifiesta

sobre todo por la inseguridad de sí mismo, las inhibiciones y la timidez (Fernández, 2000).

La situación de la vida

Puede darse por demostrado que el número y la intensidad de los acontecimientos vitales estresantes son factores que favorecen la incidencia de la depresión pero actuando siempre en función de la personalidad.

Aunque se ha venido manteniendo que el duelo por la pérdida de la persona amada constituye la incidencia dotada de mayor capacidad para determinar la caída en un estado depresivo, en los últimos tiempos se ha producido la modificación de resultar aún de mayor riesgo la separación y el divorcio que la viudez. Aparte de las variables ligadas al modo de haberse producido la pérdida hay que contar con el influjo de otras circunstancias, entre las que sobresale el grado de la reacción a superarse, esgrimida por el sujeto doliente. La muerte de un hijo es la pérdida más traumatizante por ser vivida por el progenitor como la destrucción de una parte de sí mismo, precisamente la parte más vinculada a los proyectos y las esperanzas. Hay varias circunstancias que favorecen la complicación del duelo con un estado depresivo, como las siguientes: el fallecimiento súbito o inesperado, el padecimiento prolongado y doloroso y la muerte evitable.

La sobreexigencia del exterior, sobre todo de tipo laboral, constituye el tipo de estrés crónico hoy más frecuente, que muchas veces desencadena en depresión.

El aislamiento en todos sus géneros, como aislamiento social o emocional, favorece la aparición de un estado depresivo por dos vías: la de la privación de los estímulos externos y la de la vivencia de soledad. La primera de ellas se potencia con la falta de actividad física y mental suficiente, y la segunda representa ya de por sí una vivencia predepresiva (Jaramillo, 2000).

Los cambios bruscos o frecuentes en el modo de vivir facilitan la instauración de un estado depresivo a través de la ruptura de los ritmos. El mayor riesgo se produce cuando el sujeto ya ha abandonado la antigua situación y todavía no se ha insertado en la nueva. Uno de los cambios que más afectan es el de la hora de acostarse.

Las patologías médicas

En la producción de las depresiones somatógenas, pueden intervenir trastornos médicos generales, trastornos orgánicos cerebrales y la administración de medicamentos o drogas (Figura 3).

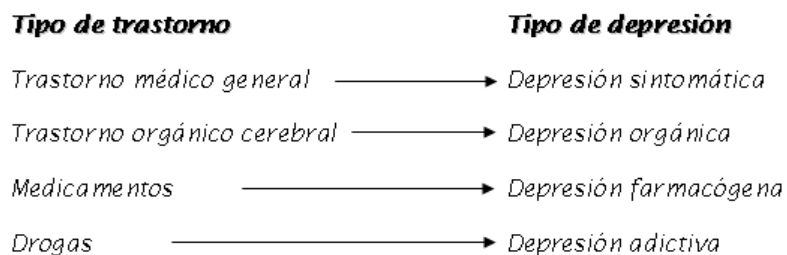


Figura 3: Las cuatro modalidades de depresión somatógena (Fernández, 2000).

Los trastornos médicos generales más depresógenos son el fracaso renal avanzado, el posinfarto de miocardio, el cáncer, el sida y las afecciones endocrinas. Los datos cuantitativos son muy variables según las muestras de población tomadas, pero con un valor siempre por lo alto: los enfermos de las cuatro primeras clases mencionadas son afectados por la depresión en una proporción entre el 20 y el 50 por ciento. Los trastornos endocrinos que guardan una mayor relación causal con la depresión son los de la hipófisis, la tiroides y las glándulas suprarrenales (Jaramillo, 2000).

La mayor parte de los trastornos orgánicos cerebrales se acompañan de depresión con alta frecuencia. Así ocurre con la enfermedad de Parkinson, los traumatismos craneoencefálicos y un largo etcétera.

Los medicamentos más depresógenos se hallan distribuidos en psicofármacos y fármacos de otras familias. Entre los psicofármacos, los que encierran una mayor acción depresógena se encuentran en la familia de las benzodiazepinas, lo que no deja de llamar la atención, puesto que hay algunos médicos que siguen utilizando estos fármacos -naturalmente con escaso éxito- en el tratamiento de los enfermos depresivos. En las otras series farmacológicas se distinguen por su acción depresógena los contraceptivos, los inhibidores del apetito y los antihipertensivos centrales. Hay una amplia gama de medicamentos que no se libran de facilitar la instauración de un estado depresivo, sobre todo en individuos con este tipo de antecedentes. Uno de los últimos desenmascarados en este sentido es el Interferon A, utilizado como tratamiento de algunas hepatitis crónicas activas, ciertas neoplasias y diversos procesos patológicos de la autoinmunidad (F. Fernández, 2000).

En este sentido, al tipo de depresión de la que hablaremos en el siguiente apartado será de la depresión somatógena debido a los fines de esta tesis, la depresión somatógena centrada en los pacientes. La depresión situativa la mencionaremos a grandes rasgos debido a la poca bibliografía relacionada con ésta como causa de enfermedades.

3.2.3.3 Depresión y salud y alternativas terapéuticas

DEPRESIÓN SOMATÓGENA

A los pacientes que puede afectar este tipo de depresión son los siguientes:

- Mujeres: Las mujeres han de enfrentarse a los efectos hormonales del ciclo menstrual, del embarazo, del parto, la menopausia o los contraceptivos. Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión de posparto. Aunque las madres nuevas comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza, un episodio

depresivo severo no es normal y requiere tratamiento. El tratamiento por un médico sensible, y el apoyo emocional de la familia son de importancia vital para que la nueva madre recupere su bienestar físico y mental. El tratamiento devuelve la capacidad para cuidar y disfrutar al niño.

- Hombres: Los hombres muestran menos claramente los síntomas de la depresión, pero esto no quiere decir que no la sufran. Los expertos consideran que la esconden, quizás debido al hábito cultural que hace que los hombres muestren menos abiertamente sus emociones. Por eso, en lugar de los síntomas clásicos es frecuente que la revelen mediante el alcoholismo u otros abusos en ciertas sustancias, y mediante comportamiento antisocial. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo.

- Ancianos: A veces se produce la depresión como una reacción al deterioro físico o la pérdida de amigos, familiares o de actividades que anteriormente producían placer y que hay que abandonar a ciertas edades. El problema de esta edad es que se tiende a considerar que los ancianos pierden parte de su vitalidad y están tristes "por la edad", lo que provoca que muchos casos no se diagnostiquen.

- Enfermos crónicos en general: Es normal sentirse triste cuando se está enfermo o se ha diagnosticado a alguien con una enfermedad crónica o grave. Sin embargo, no es normal estar deprimido.

La depresión determinada por un proceso somático o por la administración de un medicamento o droga no guarda correspondencia con un tipo de personalidad determinada. Su sintomatología se presenta enmascarada, como es lógico, con los síntomas somáticos de la patología médica causal, salvo cuando la depresión constituye su trastorno inicial. Suele adoptar como evolución más común la presentación de un solo episodio.

El cuadro clínico de la depresión somatógena se caracteriza sobre todo por la presentación en el primer plano de la sintomatología anérgica. La depresión anérgica exclusiva o mixta constituye un legítimo indicio para sospechar la intervención de un factor causal de tipo somático. Sin embargo, son los síntomas depresivos ajenos a la anergia los que constituyen los rasgos más demostrativos de la incidencia de una depresión en el marco de una enfermedad física importante, dado que los síntomas anérgicos (apatía, aburrimiento, pensamiento lento y oscuro, capacidad de decisión debilitada, representaciones obsesivas, astenia, trastornos digestivos, disfunción sexual) son los rasgos depresivos que más se solapan con los síntomas habituales de todo proceso somático importante.

Por ello, muchas veces se tienen que atender a otros síntomas para comenzar a sospechar la presencia de una depresión somatógena. Entre ellos sobresalen los siguientes: el dolor moral o dolor por vivir, el sentimiento de culpa, el deseo de morir o la tendencia al suicidio, la escasez de palabras, la sensación de soledad, los brotes de irritabilidad o desconfianza, el empeoramiento por las mañanas y el insomnio tardío. Constituye, pues, un desafío clínico importante en la detección de la depresión en un enfermo físico.

La propia solicitud de eutanasia constituye la inmensa mayoría de las veces un síntoma depresivo.

Las dificultades para evaluar como rasgos propiamente depresivos la sintomatología anérgica presente en el marco de un trastorno somático de cierta importancia, se multiplican con el hecho de que la apatía frecuente en las enfermedades orgánicas cerebrales, como la enfermedad de Parkinson, puede representar un síndrome distinto de la depresión, producido por una lesión de las proyecciones ascendentes del sistema dopaminérgico que conexionan el *globus pallidus* con los lóbulos frontales o el sistema límbico.

Ciertas anomalías del comportamiento en que incurren con alguna frecuencia los enfermos somáticos, tales como el rechazo de la medicación o de

los alimentos, la conducta infantil y los comportamientos de violencia, provienen muchas veces de un estado depresivo.

Algunos estudios indican que la incidencia de suicidio en los pacientes con cáncer u otras enfermedades crónicas puede ser similar a la de la población en general o hasta de 2 a 10 veces más frecuente. Algunos estudios indican que, aunque relativamente pocos pacientes con cáncer cometen suicidio, ellos enfrentan un riesgo de suicidio mayor. Los pensamientos suicidas pasivos son relativamente comunes en los pacientes con cáncer. Las relaciones entre la tendencia suicida y el deseo de una muerte apresurada, solicitudes de ayuda al médico para cometer suicidio, o eutanasia son complejas y poco entendidas. Los hombres con cáncer tienen claramente un riesgo mayor de cometer suicidio comparado con la población en general, con un riesgo relativo alto. La sobredosis con analgésicos y sedantes es el método más común de suicidio entre las personas que padecen de cáncer, y la mayoría de los suicidios relacionados con el cáncer ocurren en casa. Los informes identifican una mayor incidencia de suicidio en los pacientes con cáncer oral, faríngeo y pulmonar, y en pacientes VIH positivos con el sarcoma de Kaposi. La incidencia real de suicidio en pacientes con cáncer probablemente se subestima, especialmente porque existe renuencia a informar de la muerte por suicidio en estas circunstancias.

En un estudio de 220 pacientes de cáncer, que fueron diagnosticados con depresión mayor, después de haber sido referidos a la consulta psiquiátrica, aproximadamente el 50% tuvieron ideas suicidas. En un análisis retrospectivo para vaticinar las ideas suicidas, los investigadores encontraron que aquellos que tuvieron más síntomas de depresión mayor y función física precaria, tuvieron mayores ideas suicidas.

La captación clínica de un estado depresivo presuntamente somatógeno, a causa de un proceso somático todavía no conocido, obliga a extremar los esfuerzos para identificar con la mayor prontitud la identidad de esta patología

somática. La correcta identificación de este proceso somático supone en ocasiones un problema urgente del que depende la vida del enfermo.

DEPRESIÓN SITUATIVA

Ya hemos hablado de la depresión a posteriori de la enfermedad, no obstante, la depresión a priori a ésta, no la hemos contemplado. Cuando la depresión es causa de enfermedad y no la causa de la enfermedad.

En nuestro intento por abordar esta temática se revisó diversa bibliografía acerca de cómo puede afectar la depresión situativa a las personas, para que éstas desencadenen determinada enfermedad. No obstante, si bien existen pocos estudios, aún no hay pruebas concluyentes de que la melancolía y la depresión puedan afectar en el surgimiento de una enfermedad como el cáncer, infarto, etc. (Goleman, 1997).

La revisión bibliográfica que se realizó en este trabajo, acerca de los estudios en depresión, nos permite inferir el papel que juega la depresión en muchas otras circunstancias médicas, sobre todo en el agravamiento de una enfermedad, una vez que ésta ha comenzado; como lo hemos venido revisando anteriormente. Los estudios muestran que sería conveniente tratar la depresión de los pacientes que sufren enfermedades graves y que estén deprimidos al mismo tiempo, ya que los pacientes que presentan depresión tiendan a dejar de tomar su medicamento, a no cuidar la dieta, etc. En el caso de las personas que no está enfermas, la depresión situativa puede influir en el empeoramiento de hábitos saludables como fumar, no hacer ejercicio, etc.

Por todo esto, podemos decir, que en cuanto a depresión situativa se refiere, la relación existente entre depresión y proceso salud-enfermedad gira en torno a hábitos no saludables y por esta razón es importante considerarla.

El tratamiento contra la depresión es de dos tipos: farmacológico y psicoterapia. Nos centraremos en éste último por criterios de esta tesis.

Existen muchos tipos de terapias de ayuda, individuales o grupales, todo depende de la orientación psicológica del terapeuta. A continuación resumiremos algunas de las más importantes:

Terapia cognitiva.- Se basa en el cambio del estilo de interpretación del mundo por parte del paciente afectado de depresión. Este tipo de terapia intenta cambiar las creencias y los pensamientos que llevan a la persona a tener esta enfermedad, fomentando el pensamiento lógico y racional sobre su situación y sus posibles salidas.

Terapia interpersonal.- El objetivo principal es aliviar los síntomas a través de la resolución de los problemas interpersonales actuales del paciente, reduciendo así el estrés en la familia o el trabajo y mejorando las habilidades de comunicación interpersonal. El terapeuta trabaja con el paciente entrenando sus habilidades sociales. También puede combinarse con la administración de antidepresivos.

Terapia psicodinámica.- Esta terapia promueve un cambio de personalidad a través del entendimiento de los conflictos de la infancia no resueltos. Trata de descubrir el origen del conflicto a través de los relatos del paciente e intenta reforzar sus capacidades adaptativas, va más allá de la simple mejoría sintomática. Es un tratamiento de muy larga duración.

Psicoterapia breve.- Para muchas otras, estos síntomas se manejan mejor con psicoterapia breve de apoyo. Esta terapia usualmente consiste en 3 a 10 sesiones y explora métodos para mejorar la habilidad de lidiar con el problema, disminuir los trastornos, y crear la habilidad para resolver problemas; buscar apoyo; cambiar los pensamientos negativos o derrotistas; y desarrollar relaciones personales cercanas con un miembro del personal clínico, que sea conocedor y empático. El consultar con un miembro del clero o consejero espiritual, podría resultar beneficioso a algunos individuos.

Terapia ocupacional.- Algunas veces estas pláticas se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra.

Las metas específicas de estas terapias son las siguientes:

- Atender a las personas con determinadas enfermedades (por lo general crónicas) y a sus familias respondiendo preguntas sobre la enfermedad y su tratamiento, aclarar conceptos, corregir malentendidos, inspirar confianza sobre la situación y normalizar las respuestas a la enfermedad y su efecto sobre su familia. Explorar la situación actual con la persona y la relación que esta situación tiene con sus experiencias anteriores con la enfermedad.
- Prestar asistencia en la solución de los problemas, reforzar las defensas usuales de adaptación del paciente y ayudar a éste y a la familia a desarrollar mejores mecanismos útiles y adaptables para enfrentar situaciones. Identificar mecanismos inadecuados de adaptación y ayudar a la familia a desarrollar estrategias alternativas de hacer frente a la problemática. Explorar áreas estresantes relacionadas, por ejemplo, función de la familia y cambios en el estilo de vida y animar a los miembros de la familia a que se apoyen unos a otros y que compartan sus preocupaciones entre sí.
- Cuando el enfoque del tratamiento cambia de curación a paliación, reforzar enfáticamente que, aunque el tratamiento curativo ha terminado, el equipo tratará agresivamente los síntomas como parte del plan de paliación; que la persona y la familia no serán abandonados; y que el personal trabajará muy duro para mantener la comodidad, controlar el dolor y mantener la dignidad de la persona y de los miembros de la familia.

Los grupos de apoyo de personas con enfermedades como el cáncer, cardiovasculares, VIH, etc; pueden ser terapias adicionales útiles en el tratamiento de pacientes con cáncer. Las intervenciones recientes de grupo de apoyo han demostrado un efecto importante en los trastornos del humor, uso de estrategias más positivas para enfrentar los problemas, mejora en la calidad de vida y respuestas positivas inmunes.

Invitar a la persona deprimida (siempre que su enfermedad lo permita), a caminar, a ir de paseo, al cine, o llevar a cabo otras actividades. Estimular a la persona deprimida a que participe en actividades que anteriormente le eran placenteras, como pasatiempos, deportes, actividades religiosas y culturales, siempre recordando no forzarla a que haga mucho, muy pronto, ya que ésto aumentará su sensación de fracaso.

Aparte del tratamiento farmacológico o psicoterapéutico es importante una vez que haya hecho efecto y que el paciente sienta que ha mejorado su condición, es importante que se sigan ciertos consejos o modos de vida:

- Tener pensamientos positivos.
- Cuidar la salud física.
- Mantener un calendario diario uniforme.
- Reanudar las responsabilidades en forma lenta y gradual.
- Aceptarse a uno mismo. No compararse con otras personas que considera favorecidas.
- Expresar las emociones.
- Seguir en todo momento y hasta el final el tratamiento impuesto.
- Reunirse periódicamente con el terapeuta.
- Comer una dieta equilibrada.
- Hacer ejercicio físico.

3.2.4. Déficit afectivo

Otro punto clave que tiene una especial relación entre la salud y la enfermedad, es el déficit afectivo. Las relaciones interpersonales juegan un papel muy importante en la adquisición del refuerzo social, cultural y económico. Quienes carecen de los comportamientos sociales apropiados, pueden exponerse al rechazo social, al aislamiento, a menor felicidad y por consiguiente a la enfermedad (A. Fernández y Palmero, 1999).

El entorno social proporciona los recursos vitales con los que el individuo puede y debe conseguir sobrevivir y evolucionar. Desde hace mucho tiempo se ha sabido, de forma intuitiva, que las personas obtienen sustento y apoyo a partir de sus relaciones sociales y ésto se da desde edades muy tempranas.

Se sabe que los niños que generalmente son rechazados, que son agresivos, disruptivos, que no son capaces de sostener una relación cercana con otros niños, y que no pueden establecer un lugar para sí mismos en la cultura de sus semejantes o compañeros, están en serio riesgo (M. Rodríguez, 2000).

Se puede decir que la amistad cubre con ciertas funciones en el proceso de socialización del niño. Por un lado, las amistades son recursos emocionales, tanto para divertirse como para adaptarse al estrés, proveen de recursos cognitivos para la solución de problemas y adquisición de conocimientos, contextos en los que las habilidades sociales básicas se adquieren o elaboran (por ejemplo, comunicación social, cooperación, actividades de grupo). Además funcionan como una experiencia anticipada para relaciones subsecuentes.

Las amistades pueden amortiguar el impacto a niños y adolescentes de efectos adversos, de eventos negativos, tales como conflictos familiares, enfermedades terminales, desempleo de los padres y fracasos escolares (M. Rodríguez, 2000).

Pocas cosas en la vida diaria de todo ser humano no implican interacción con otras personas. Casi todas las actividades y experiencias de la gente poseen un significado social (vida familiar, trabajo y recreación), incluyendo o dependiendo de relaciones con otros. Ya que las relaciones interpersonales constituyen la mayor fuente de satisfacción, compañerismo y disfrute para la mayoría de la gente a toda edad, la inhabilidad para iniciar y mantener relaciones es una fuente de angustia y soledad, aún en los primeros años (M. Rodríguez 2000).

La especie humana es extraordinariamente social. Necesita, a lo largo de toda su vida, la ayuda y la colaboración de sus congéneres para sobrevivir y

reproducirse. Las diversas formas de ayuda y colaboración social que intercambiamos los seres humanos para lograr nuestra supervivencia las agrupamos bajo el término común de 'afecto'.

¿Qué puede ocurrir cuando una persona tiene un déficit afectivo o un apoyo social bajo? Este tema no ha recibido la atención científica que se merece, a pesar de que la economía de los intercambios afectivos y el apoyo social es crucial para la supervivencia del individuo.

Aunque sabemos muy poco del cerebro y de la Neurobiología, ésta nos enseña que el cerebro ejerce un importante control de las funciones y actividades vitales para el organismo. El cerebro se informa, procesa y trata de controlar los acontecimientos internos y externos del organismo. Por lo tanto, del cerebro dependen la salud de todos los órganos del cuerpo y la adaptación al medio de todo el organismo. Cada fallo del cerebro, cada error de cálculo, se traduce, tarde o temprano, en una disfunción, por pequeña que sea, de alguna parte del organismo (Lolas, 2001).

Así, una disminución significativa; la eficacia del cerebro producirá una anomalía o enfermedad en algún lugar del organismo. Aunque la evolución que nos precede nos ha dotado genéticamente de un organismo muy eficaz y resistente a las anomalías tanto internas como externas, no cabe duda que, si el cerebro no ejerce su control adecuadamente sobre alguna función orgánica, ésta acabará desestabilizándose en forma de enfermedad o trastorno. Lo que queremos razonar es que los factores psicosociales como el déficit afectivo sistemático, el apoyo social bajo, las relaciones familiares problemáticas, el exceso de trabajo, el estrés, el nivel socioeconómico, la cultura, etc, disminuyen la eficacia del cerebro y, en consecuencia, originan enfermedades y trastornos del comportamiento.

Centrándonos en el aspecto psicosocial, en un punto aparentemente sencillo e insignificante para la medicina como es el caso del déficit afectivo que es cuando una persona carece de ayuda social suficiente para sentirse bien. Éste

provoca que el cerebro esté sometido a un estrés excesivo debido a que, o bien tiene que atender a demasiadas situaciones que aún no está preparado para resolver, en el caso de los niños, o bien tiene que atender a demasiados problemas de otras personas, dejando de lado los propios problemas, en el caso de los adultos.

En los niños, el déficit afectivo se produce tanto por subprotección como por sobreprotección. La subprotección hace que el niño deba afrontar problemas sin tener la capacidad suficiente para superarlos, lo que conduce a un desarrollo desequilibrado de sus capacidades y de su personalidad. Por el contrario, la sobreprotección hace que el niño no adquiera los aprendizajes necesarios para sobrevivir, es decir, que sufra un grave déficit de desarrollo, de modo que, posteriormente, será incapaz de afrontar los retos que le imponga la vida. Ayudar al desarrollo de un niño significa protegerlo de las situaciones que no puede superar y desprotegerlo de (enfrentarlo a) las situaciones que sí tiene capacidad para resolver (González, et. al, 1988, en prensa).

En los adultos, el déficit afectivo se produce cuando el trabajo de ayuda proporcionado a los demás merma su capacidad cerebral para atender a las propias necesidades. En general, todo adulto puede proporcionar una cierta cantidad de ayuda sin que, por ello, su cerebro no pueda atender a los requerimientos de su propia supervivencia. Pero existen muchas circunstancias que pueden favorecer el que un adulto sobrepase, sin darse cuenta, su límite personal de ayuda a los demás. Cuando ésto ocurre, su cerebro pierde eficacia al tratar los problemas que incumben a su propia supervivencia y bienestar.

Por tanto, si un déficit afectivo persiste, el cerebro no dispone de suficiente capacidad para evaluar correctamente cada situación y empieza a procesar incorrectamente informaciones vitales para el organismo. Se produce, así, un aumento de la ineficacia del cerebro (disfunción neuronal) y sus consiguientes errores emocionales, cree tener hambre cuando no es así, cree que no hay peligro cuando en realidad sí existe, no tiene tiempo para pensar en sí mismo o no le

preocupa el daño que se hace al fumar, etc. El resultado de esta persistente ineficacia es la aparición, tarde o temprano, de alguna forma de enfermedad o trastorno cerebral. Ésto se ejemplifica en la siguiente figura:

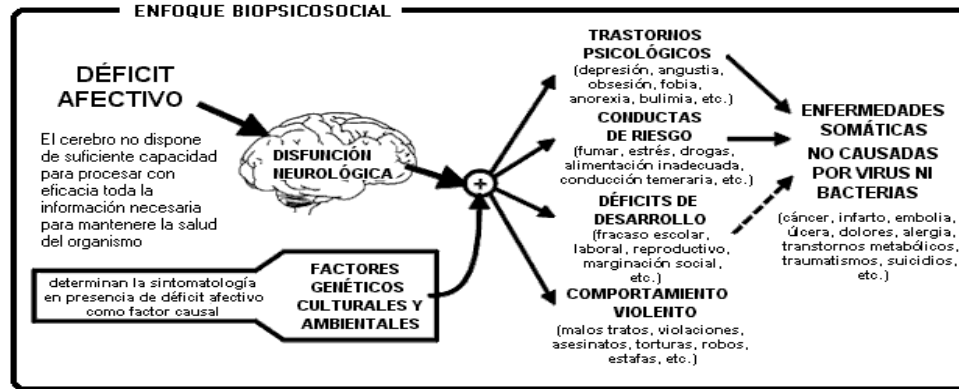


Figura 4: Muestra la interacción entre el déficit afectivo y diferentes trastornos crónicos (Lolas, 1984).

Dentro del modelo aportado por B. Fernández (1996) sobre los elementos componentes de la calidad de vida, las relaciones interpersonales ejercen una notable influencia sobre el bienestar. Así, tanto en las dimensiones objetivo-subjetiva como en la personal-socioambiental se sugiere el apoyo social como factor condicionante. En la primera dimensión, aparece como extremo del eje que contiene la satisfacción social como medida objetiva; mientras que en la segunda, se ve enfrentado a las relaciones sociales. Desde ambas perspectivas se destaca la importancia de los vínculos sociales y la satisfacción que la persona experimenta con ellos.

El apoyo social también llamado "soporte social", se ha considerado como objeto de estudio y como medida terapéutica para contrarrestar el déficit afectivo. Se ha definido como el número de contactos sociales mantenidos por una persona o la amplitud de una red social (Lolas, 2001).

Guillen y Palomares (1999), lo definen como las interacciones que ocurren en las relaciones sociales, especialmente la forma como son evaluadas por el individuo en cuanto a su calidad como soporte.

Thoits (1983, cit. en Guillen y Palomares, 1999); define al apoyo social como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Dichas necesidades son: filiación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación. Él opina que tales necesidades realmente fundamentales en un individuo normal y por supuesto, enfermo, deben de ser satisfechas por la provisión de la ayuda socio-emocional (afecto, simpatía, comprensión y aceptación), así como la provisión de ayuda instrumental (consejo, información, ayuda con la familia o con el trabajo, ayuda económica, etc.).

En casi todas las definiciones de apoyo social se incluye la proximidad emocional o intimidad; sin embargo, para concensar una definición de apoyo social, se hace necesario delimitar el nivel de referencia y la perspectiva desde que se puede abordar. Así, atendiendo al primer aspecto, encontramos tres niveles de análisis (Gottlieb, 1981; Lin, 1986):

- *Nivel comunitario o macro*, entendido como sentimiento de pertenencia e integración en el entramado social que representa la comunidad en su conjunto como organización.
- *Nivel medio*, que comprende el apoyo recibido como consecuencia de las interacciones sociales que tienen lugar en un entorno social más próximo a la persona. Este nivel se correspondería con el apoyo dispensado por las redes sociales a las que pertenece un individuo (trabajo, vecindario, etc.) y que le daría un sentimiento de vinculación.
- *Nivel micro o de relaciones íntimas*, proveniente de aquellas personas con las que el individuo mantiene una vinculación natural más estrecha (familia, amigos, etc.) y que da lugar a un sentimiento de seguridad a la vez que de compromiso y responsabilidad por su bienestar.

Así mismo, en función de la perspectiva desde la que se estudie, se distinguen dos tipos de abordaje (Riquelme, 1997): la que hace referencia a los aspectos estructurales y la que se basa en los aspectos funcionales.

Los aspectos estructurales de las redes sociales se caracterizan por su objetividad. Se refieren a aspectos físicos como el tamaño (número de individuos que ocupan la red), complejidad (número de roles que desempeña el individuo en la red y actividades en las que se halla implicado). Describen la existencia de los vínculos sociales de un individuo con la familia y los amigos, afiliaciones religiosas a las que pertenece, etc.

Cuando se habla de aspecto funcional del apoyo social se hace referencia a la percepción de disponibilidad de apoyo. Así distinguimos entre apoyo recibido (objetivo) y apoyo percibido (subjetivo).

Desde una perspectiva funcional, tres han sido los tipos del apoyo social que se han venido reflejando en la mayor parte de las clasificaciones: emocional, tangible o instrumental e informacional (Barrón, 1996; Schaefer, Coine y Lazarus, 1981). El primero representa el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y de tener intimidad con esa persona. El apoyo instrumental, tangible o material hace referencia a la posibilidad de poder disponer de ayuda directa (por ejemplo, cuidar de la casa cuando uno se ausenta, cuidar de un familiar, facilitarle alojamiento, etc.). La última de las funciones, consiste en la provisión de consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas. Así, cuando las personas se enfrentan con un problema que no puede resolverse de un modo fácil y rápido, tratan de buscar información acerca de la situación, posibles modos de solucionarla o recursos adecuados para disminuir los perjuicios que ocasiona. En este proceso de búsqueda de ayuda, las redes sociales representan un importante punto de referencia para la persona necesitada (De Paulo, Nadler y Fisher, 1983).

Junto con estas delimitaciones del concepto de apoyo social, es precisa también la distinción señalada por Caplan (1974) entre apoyo social objetivo y

apoyo social percibido. El primero hace referencia a los recursos, provisiones o transacciones reales a los que la persona puede recurrir en el caso de necesitarlos; el segundo destaca la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar. Esta diferenciación llevó a Caplan a distinguir entre la transacción y lo transferido. Así, la transacción puede ser objetiva (apoyo recibido) o subjetiva (apoyo percibido), mientras que la naturaleza de lo transferido puede ser en ambos casos tangible (dinero, servicios, objetos, etc.) o psicológica (pensamientos y emociones fundamentalmente). Según Caplan (1976), cualquier forma de apoyo social vendría definida por posición, respecto a los ejes objetivo-subjetivo y tangible-psicológico; como se muestra en la siguiente figura:

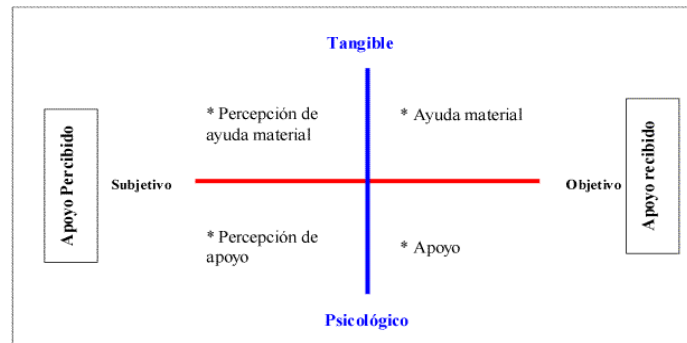


Figura 5. Modelo de Apoyo Social de Caplan (Caplan, 1976).

Basta con una breve revisión de la literatura para comprobar la diferente acentuación de unos aspectos frente a otros en la definición de este término. Así, por ejemplo, Gottlieb (1986, cit. en Barrón, Lozano y Chacón, 1988; p. 209) concibe el apoyo social como:

“información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor”.

Como se puede apreciar en esta definición destacan tanto la perspectiva funcional como su carácter manifiesto o percibido. En este mismo sentido, la

definición aportada por Pearlin, Lieberman, Menaghan y Hullan (1981) como acceso a y uso de individuos, grupos y organizaciones para tratar con las vicisitudes vitales (Barrón et. al., 1988), combina la función adaptativa del apoyo social con los tres niveles desde los que se puede analizar. Esta atención a las funciones del apoyo social aparece igualmente en la concepción de Schaefer, Coiné y Lazarus (1981), cuando destaca sus repercusiones terapéuticas, o en Kahn y Antonucci (1981) que lo definen como aquellas transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto o afirmación.

Si se atiende a esta multiplicidad de dimensiones, una definición de apoyo social que las recoja adecuadamente ha de ser necesariamente laxa. Por este motivo, la definición aportada por Lin (1986) es una de las más comprehensivas y aceptadas. Este autor concibe el *apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos*. En esta definición se recogen los diferentes aspectos del apoyo social comentados anteriormente. Así, la referencia a “provisiones instrumentales o expresivas” destaca su carácter o dimensión funcional, aludiendo a las dos tipologías principales de apoyo social que se reflejan en la literatura. La puntualización de los aspectos “reales o percibidos” destaca su dimensión objetivo-subjetiva. Igualmente, también aparecen recogidos los tres niveles de análisis en cuanto al marco de procedencia del apoyo.

3.2.4.1 Apoyo social y salud

La relación del apoyo social con el bienestar físico y psicológico del individuo ha sido indicada por muchos intelectuales. Autores como Aristóteles (s.IV a.C.) y Parecelso (s. XVI) ya señalaban esta relación.

La primera evidencia empírica sobre esta cuestión se produce en este siglo y fue desarrollada por Durkheim que estudió el efecto positivo del matrimonio y la religión en la adquisición de comportamientos positivos y la disminución de suicidios.

Coob y Cassel fueron los primeros en señalar las relaciones interpersonales como moduladoras de las consecuencias negativas del estrés. Coob desde una perspectiva clínica estudió la relación entre el apoyo social y el estrés e intentó mejorar la medida de éste. Cassel desde una perspectiva epidemiológica consideró que el apoyo social podía reducir gran número de enfermedades y trastornos (Benages y Crespo; 2001).

Existe amplia evidencia de que una red social personal, estable, sensible, activa y confiable, protege a la persona en contra de enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta a la pertinencia y la rapidez de la utilización de servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia, es decir, es salutogénica (Sluzki, 1998).

El apoyo social tiene efectos benéficos para la salud, además de ayudar a resolver la situación de estrés ya que ofrece al enfermo reconocimiento y proximidades personales, que le hacen sentirse mejor psicológicamente. Pero también se pueden señalar efectos negativos, ya que pueden aumentar la inseguridad y las preocupaciones de la persona enferma o pueden dar lugar a efectos falsamente tranquilizadores. La correlación positiva entre el apoyo social y la salud aparece a través de dos procesos muy diferentes (Guillen y Palomares, 1999):

- Un modelo propone que el apoyo social ejerce una influencia positiva y directa sobre la salud. Si un individuo está integrado en su red social, gozará de mayor bienestar psicológico debido a las experiencias positivas, estabilidad y autoestima que le proporcionen unas adecuadas redes sociales. Desde esta perspectiva, la influencia positiva del apoyo social es independiente de otros factores como lo es el sexo.
- El segundo modelo postula que el apoyo social está relacionado con la salud principalmente en personas que se encuentran bajo el estrés producido por determinados eventos de la vida. Se le denomina modelo amortiguador porque desde esta perspectiva el apoyo social amortigua los

efectos negativos que podrían producirse por la enfermedad. Un adecuado apoyo puede intervenir entre la experiencia del estrés y el comienzo del resultado patológico para reducir o eliminar la reacción ante un impacto. Desde esta perspectiva, el individuo ante determinados eventos moviliza un fuerte sistema de apoyo social que amortigua y reduce la importancia percibida del problema planteado y consecuentemente sus efectos perjudiciales para la salud.

Sin embargo, también existe evidencia de que la presencia de enfermedades en una persona (especialmente una enfermedad de curso prolongado como cáncer, esquizofrenia, Alzheimer, enfermedades neurológicas, etc.), deteriora la calidad de su interacción social y a la larga, reduce el tamaño y la accesibilidad de su red social, ya que el individuo que presenta este tipo de enfermedades, en muchos casos tiende a alejarse de sus familiares y amigos. Por otra parte algunos de sus vínculos sociales tienden a desvanecerse ya que para los demás es complicado manejar a este tipo de pacientes. Esta doble acción permite perfilar “círculos viciosos” en los que la presencia de una red social substancial protege la salud del individuo y la salud del individuo mantiene a la red social, así como “círculos viciosos” en los que la presencia de una enfermedad crónica (o un déficit o una dificultad crónica de cualquier tipo), en una persona, afecta negativamente a la red social de esa persona (frecuentemente con mayor intensidad a la red que va más allá de la familia nuclear), lo que a su vez impactará negativamente en la salud del individuo o del grupo íntimo, cosa que a su vez aumentará la retracción de la red, y así, en espiral de deterioro recíproco (Sluzki, 1998).

Dos han sido las principales teorías propuestas para explicar los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar. Así, la primera de ellas afirma que el apoyo social actúa sobre estas variables de un modo directo, independientemente del nivel de estrés al que esté sometido el sujeto (Barrón, 1996). Según esto, la disposición de apoyo supone una mayor sensación de control del sujeto sobre su ambiente, lo que se traduce en un incremento en su

capacidad para predecir experiencias negativas y poder evitarlas con anticipación suficiente.

En este sentido, Thoits (1985, cit. en Guillen y Palomares, 1999), desde el Interaccionismo Simbólico, establece tres grandes mecanismos de actuación dentro de estos efectos directos:

- Un incremento en la percepción de identidad por parte del sujeto, desarrollada a partir de las interacciones que lleva a cabo con otras personas al desempeñar sus diferentes roles sociales
- Un incremento en la percepción de su propia autoestima a través de la valoración que los demás hacen de su comportamiento.
- Un aumento de la percepción de control, autoeficacia y dominio sobre el ambiente, que incrementa su bienestar.

Todo ello protege a la persona frente a los efectos perjudiciales de los posibles acontecimientos vitales estresantes (Barrón, 1996). A su vez, este aumento en la seguridad autopercibida tiene un reflejo en el estado anímico del sujeto, que, de esta manera, se ve incrementado (Lazarus y Folkman, 1986).

La segunda de las teorías, denominada del *Efecto Buffer o Amortiguador*, defiende que es precisamente en aquellas condiciones en las que la persona se ve sometida a estrés, cuando el apoyo social ejerce su influencia sobre su estado anímico, de salud y bienestar generales.

Heller y Swindle (1983, cit. en Lazarus, 1986) han desarrollado un modelo de apoyo social en el que, basándose en la hipótesis original del modelo de buffer, incorporan otros aspectos tales como: la historia previa de aprendizaje, las predisposiciones temperamentales, o los estilos de afrontamiento que presenta el sujeto. Todos estos elementos, junto con la provisión o disponibilidad subjetiva de apoyo proveniente de la red social, van a influir en la valoración cognitiva de la situación de estrés, así como en las respuestas de afrontamiento. Según estos autores, los resultados equívocos que han ofrecido los estudios que trataban de

validar el efecto amortiguador se deben a la no consideración del sujeto como agente activo en el desarrollo y uso de su red social. En este sentido, el que una persona utilice o no de una manera efectiva el apoyo social durante un evento estresante, va a deberse tanto a la disponibilidad que tenga de ese apoyo como a las características y competencias personales para acceder y emplear ese apoyo, así como de los patrones de afrontamiento desarrollados previamente. Ésto modifica la visión estática en la relación entre apoyo social y salud, que pasa a contemplarse de modo dinámico como una interacción a lo largo del tiempo entre el individuo y el ambiente que le rodea, en la que el apoyo recibido va a depender no sólo del apoyo disponible, sino también de la historia previa del sujeto y de su habilidad para acceder a él, mantenerlo y utilizarlo.

Por último, el apoyo social representa el recurso social más importante con el que superar las adversidades que acompañan a los acontecimientos vitales estresantes. Todos estos elementos en conjunto van a ejercer su influencia sobre el bienestar del sujeto.

La premisa de que existe una correlación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud, puede ser respaldada por variada evidencia derivada de múltiples investigaciones. Probablemente la primera evidencia incontrovertible de esta correlación fue aportada por una investigación que abrió las puertas de la sociología empírica, a saber, el ya clásico estudio de Durkheim (1987, cit. en Sluski, 1998) sobre el suicidio, que demostró que existe una mayor probabilidad de suicidio en los individuos más aislados socialmente, en comparación con quienes poseen una red social más amplia, accesible e integrada.

La direccionalidad de esos procesos comenzó a ser esclarecida a partir de los resultados de una segunda generación de investigaciones empíricas, cuyo diseño y resultado permitieron demostrar de manera incontrovertible que la pobreza relativa de relaciones sociales, constituye un factor de riesgo para la salud, comparable al fumar, a la presión arterial elevada, a la obesidad, y a la ausencia de actividad física.

Los estudios epidemiológicos han confirmado repetidamente esa relación negativa entre apoyo social e índices tanto de morbilidad como de mortandad.

Con todo ésto, se pueden especificar algunos de los procesos mediante los cuales la presencia o ausencia de una red social activa y accesible, afecta positiva o negativamente la salud de la persona (Sluzki, 1998):

- En un nivel atávico de base evolutiva, la reacción de alarma se mitiga con la presencia de figuras familiares.
- En un nivel existencial, en los seres humanos las relaciones sociales contribuyen a proveer sentido a la vida de sus miembros.
- La red social favorece muchas actividades personales que se asocian positivamente con sobrevida: rutina de dieta, ejercicios, sueño, adhesión a régimen medicamentoso y en general cuidados de salud.

Por el contrario, la presencia de enfermedad (especialmente una de tipo crónico), tiende a afectar negativamente a la red social por las siguientes razones:

- Las enfermedades poseen un efecto interpersonal aversivo, es decir, generan en los demás conductas evitativas.
- La enfermedad restringe la movilidad del sujeto, lo que reduce la oportunidad de los contactos sociales y lo aísla.
- La enfermedad tiende a debilitar al enfermo y como consecuencia, el sujeto reduce su iniciativa de activación de la red.
- Los comportamientos de cuidados para con gente con enfermedades crónicas resultan poco gratificantes.

De las investigaciones prospectivas en cuanto a apoyo social se refiere, probablemente la más influyente ha sido la que se llevó a cabo en Alameda Country California. Su punto de partida fue una muestra de 7000 adultos estudiada mediante cuestionarios exhaustivos que evaluaban variables demográficas, socioeconómicas, culturales, de salud, y de hábitos y costumbres, incluyendo

participación en diversos tipos de relaciones sociales, a saber: matrimonio o vida en pareja, frecuencia de contactos con familiares y amigos, y participación en organizaciones tanto informales (clubs, etc.) como formales (congregaciones religiosas, etc.). Nueve años después se llevó a cabo un seguimiento en el que se pesquisó y localizó el 96% de quienes habían participado en la primera encuesta. Ésto permitió generar dos submuestras, aquellos que seguían vivos y aquellos que habían muerto. Evaluando las múltiples variables socioeconómicas, culturales, de salud, y de hábitos y costumbres entre estas dos submuestras, se observó que presentaban diferencias importantes en un conjunto de variables, incluyendo aquellas que medían relaciones sociales. Controlando cada una y todas las variables, la asociación red-sobrevivida se mantuvo: quienes presentaban un índice social bajo tenían más del doble de probabilidades de aparecer en la lista de los muertos nueve años después que quienes pertenecían a la lista de individuos con índice social elevado. (Berkman, 1984, cit. en Sluzki, 1998). Este autor destacó los siguientes:

1. Las personas que disponen de mayor apoyo tienen también la posibilidad de obtener mejores cuidados médicos.
2. La mayor disponibilidad de apoyo supone una mayor provisión de ayuda directa proveniente de la propia red, lo que se traduce en un mejor estado de salud.
3. La red social actúa como modelo para la adquisición de conductas saludables que disminuyen el riesgo de padecer enfermedad.
4. La disponibilidad de apoyo actúa a nivel fisiológico, aumentando las defensas del sujeto y, de esta manera, su inmunidad frente a determinadas patologías.

En otro estudio realizado, se correlacionó la densidad de la red social con la probabilidad de rehospitalización en pacientes dados de alta después de un episodio de psicosis. Este estudio demostró que la probabilidad de rehospitalización es mayor si la red es de densidad muy baja o muy alta, que si la red presenta una densidad intermedia, independientemente del tamaño de la red.

Como hipótesis explicativa se propuso que la densidad baja no permitía a los miembros dialogar, además de que sólo recaía la responsabilidad de ayudar al paciente sobre un miembro de la red y como consecuencia este miembro tendía a replegarse y a tener poca efectividad para intervenir en crisis con el paciente. La densidad alta tenía como problema que los miembros de la red se confiaban y no cuidaban al paciente porque pensaban que otro tomaría la responsabilidad. La densidad intermedia favorecía mucho ya que reducía la sobrecarga entre los miembros de la red sin generar supuestos de delegación en otros, cosa que aumenta la efectividad de sus miembros (Sluzki, 1998).

Múltiples estudios han demostrado que la presencia empática de miembros que padecen la misma enfermedad, reduce el impacto del estrés. Entre los diversos estudios acerca de enfermedad crónica y apoyo interpersonal merece destacarse la investigación pionera de David Spiegel y su equipo, basada en los efectos de grupos de terapia de apoyo y expresiva con pacientes con cáncer de seno metastizado. Uno de los principios que guían esa actividad es el establecimiento de relaciones de apoyo recíproco entre los miembros del grupo para neutralizar el aislamiento social que el diagnóstico genera en la red social habitual. Como resultado, el grupo terapéutico facilita la generación de una red primaria adicional en la que los problemas en común se transforman en puentes empáticos, normalizando la reacción emocional a la enfermedad y detoxificando la perspectiva de una muerte prematura a través de la experiencia en común. Los participantes de esos grupos no sólo muestran niveles estadísticamente más bajos de ansiedad, de depresión y de dolor físico que la muestra control, sino también mayor sobrevida.

En los estudios experimentales con animales, eligiendo al azar un par de ellos, puede citarse el resultado inesperado de un protocolo de investigación que había sido diseñado originariamente para producir arteroesclerosis en animales de laboratorio a través de proveer alimentos con alto contenido graso. Para sorpresa de los investigadores, un subconjunto de esos animales mostraba el efecto esperado, a saber, arteroesclerosis, en tanto que otra parte de la muestra no lo

mostraba. Cuando se exploró el porqué de tal discrepancia, se descubrió que la variable que intervenía había sido la conducta de los asistentes de investigación: un par de asistentes de investigación a cargo de la alimentación y manipulación diaria de un grupo de animales de laboratorio manipulaba afectuosamente a dichos animales, en tanto que otro par tendía a tratar a los animales a su cargo con brusquedad y sin contacto personal. El conjunto de animales cuyo cargo estaba el primer par, no mostraba signos, en tanto que el grupo a cuyo cargo estaba el segundo par mostraba signos de arteroesclerosis (Sluzki, 1998).

En cuanto a cáncer se refiere, Rowland (1989, cit. en Guillen y Palomares, 1999); reconoce la influencia e importancia de la naturaleza del soporte social en los pacientes con este padecimiento. Señala que un déficit afectivo puede producir efectos psicológicos negativos que influyen en la salud física.

En otro estudio realizado en 1986, los investigadores recogieron una tasa menor de supervivencia en los enfermos que respondieron a la enfermedad con retraimiento y depresión, que quienes mantuvieron y utilizaron las relaciones sociales, tanto con amigos como con familiares (Lazarus, 1986).

Referente a las personas de la tercera edad y el efecto del apoyo social, han sido numerosos los autores que han abordado el estudio de los efectos que los componentes del apoyo social tienen sobre este colectivo social. No en vano, una de sus quejas más frecuentes es la soledad.

Bowling, Edelman, Leaver y Hoekel (1989), aplicaron el General Health Questionnaire a una muestra de mujeres mayores de 85 años, y encontraron un deterioro físico mayor en aquellas personas que tenían una red social más reducida y que carecían de un confidente. Choi y Wodarski (1996, cit. en Unger, Jonson y Marks, 1997), remarcan cómo la provisión de apoyo informal frena el deterioro físico que se produce a edades avanzadas. Por lo que consideran que las políticas preventivas y de intervención sanitaria sobre este colectivo deberían acompañarse de acciones orientadas a conseguir una mayor participación de las redes de apoyo informal. Este mismo aspecto es apuntado por Field y Minkler

(1993), quienes señalan el destacado papel que juega el apoyo tanto emocional como instrumental aportado por la familia en el período que se sitúa alrededor de los 75 años. En esta edad se suele establecer el paso o transición entre los denominados mayores-jóvenes (young-old) y los mayores-mayores (old-old), caracterizados éstos últimos por una disminución considerable en su grado de independencia. Unger, Johnson y Marks (1997) destacan el efecto amortiguador que tienen las interacciones sociales y la actividad física sobre el declive funcional experimentado tras la viudedad. Estos autores sugieren que se han de fomentar programas dirigidos al incremento de estas dos variables en las personas mayores, de cara a favorecer su autonomía.

En 1984 se llevó a cabo un programa para mejorar la red social de un grupo de personas mayores con una media de edad de setenta y siete años. En este programa se hacía especial hincapié en que cada persona dispusiera de algún amigo íntimo. Los resultados obtenidos confirmaron la repercusión positiva que tiene en el mayor la posibilidad de contar con una persona con la que establecer un vínculo de amistad estrecho. Este mismo hecho es señalado por Levitt, Clark, Rotton y Finley (1987), que afirman que la disponibilidad de tener ese tipo de amistad incrementa la percepción de control del sujeto y, a través de esta, su salud y satisfacción vital.

Todos estos estudios nos muestran la gran importancia que tiene el apoyo social en los pacientes con diversas enfermedades crónicas, y las repercusiones que conlleva el déficit afectivo, no obstante es importante también mencionar y ahondar en la importancia que tienen estas cuestiones en los familiares de los pacientes con enfermedades crónicas o terminales y personal médico. Sin embargo, por cuestiones de este trabajo, ésto sería una buena sugerencia, para abordar en trabajos posteriores.

3.5. Elementos psicológicos de la Inteligencia Emocional que apuntalarían las estrategias de promoción en la salud.

Podemos darnos cuenta con todo lo dicho anteriormente, de que las emociones juegan un papel determinante en la salud del paciente y son causa de muchas enfermedades. Es por esta razón, que pensamos que la persona tendrá que ser capaz de contar con una “competencia psicosocial”, que no es más que la destreza del individuo para enfrentar de manera efectiva las exigencias y retos de la vida diaria. Es una habilidad para mantener un estado de bienestar psicológico y expresarlo a través de un comportamiento adaptativo y efectivo en sus interacciones con los otros, su cultura y con el medio.

La competencia psicosocial tiene un importante papel en la promoción de la salud en términos globales relacionados con las tres esferas de la salud y en concreto, cuando los problemas sanitarios están íntimamente ligados al comportamiento y a la manera en que la persona encara los retos de su existencia. Como lo vimos en las últimas investigaciones, la salud y la enfermedad se ven afectadas por el comportamiento y las emociones experimentadas por los individuos. Al igual que en el ajedrez, no es suficiente con conocer las diferentes etapas del juego para ser un gran maestro; sino que se requiere de una serie de habilidades que se logran a base del empeño y el entrenamiento sistemático en el juego. En este caso, para que una persona cuente con la competencia psicosocial necesaria, es indispensable, tener habilidades complementarias como son las siguientes:

- ψ Habilidad para tomar decisiones
- ψ Habilidad para resolver problemas
- ψ Habilidad para pensar en forma creativa
- ψ Habilidad para pensar en forma crítica
- ψ Habilidad para comunicarse en forma efectiva
- ψ Habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales

- ψ Conocimiento de uno mismo
- ψ Empatía
- ψ Habilidad para manejar las propias emociones
- ψ Habilidad para manejar las tensiones o el estrés

La habilidad para tomar decisiones, nos ayuda a manejar constructivamente las decisiones respecto a nuestras vidas. Ésto puede tener consecuencias desfavorables para la salud si las decisiones que se toman, están enfocadas a hábitos poco saludables; como tomar en exceso o en su contraparte, pueden beneficiarnos, si por ejemplo hacemos ejercicio.

La habilidad para resolver problemas, permite encarar de manera eficaz los problemas de nuestra vida. La solución o indecisión para resolver los problemas que nos atañen tanto en la salud como en nuestra vida cotidiana, pueden ser fuente de estrés o un remanso para nuestra ajetreada vida.

La habilidad para pensar en forma creativa secunda a la toma de decisiones y en la resolución de problemas; permitiéndonos explorar las alternativas disponibles y las diferentes consecuencias de nuestras acciones o descuidos. Ésto nos permite actuar de forma flexible a las realidades comunes durante nuestra existencia y por tanto, responder de forma fiel a éstas.

La habilidad para pensar en forma crítica, ayuda a analizar en forma objetiva la información y las experiencias, ésto nos permite reconocer y evaluar los factores que pueden influir negativamente o positivamente en nuestro bienestar.

La habilidad para comunicarse en forma efectiva, tiene que ver con lo que expresamos tanto verbal como no-verbalmente y en forma apropiada con nuestra cultura y las situaciones que se nos presentan; facilitando en gran medida la posibilidad de recibir ayuda en caso de que la necesitemos.

La habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales, permite que nos relacionemos con personas cercanas a nosotros y crear nuevas amistades que sean un elemento positivo en nuestro desarrollo futuro.

El conocimiento de uno mismo, es darnos cuenta de nuestra propia existencia, de lo que somos, y de lo que queremos ser. También de nuestras fortalezas y debilidades, de nuestras emociones, y las causas de éstas.

Empatía, es la habilidad de ponernos en el lugar del otro de forma virtual, o cuando menos tener una idea de lo que ocurre con un tercero, ésto nos ayuda a entender a otros que son diferentes a nosotros, mejorando considerablemente nuestras relaciones personales.

La habilidad para manejar emociones nos ayuda a reconocer nuestras emociones y las de otros; a ser conscientes de cómo las emociones influyen en nuestro comportamiento y a responder a ellas en forma apropiada. Como lo vimos en el capítulo anterior, las emociones negativas, pueden ser un factor para el desencadenamiento de alguna patología severa o crónica.

La habilidad para manejar tensiones o el estrés, nos ayuda a reconocer las fuentes de estrés y sus efectos en nuestras vidas; nos ayuda a nuestra capacidad de responder a ellas para controlar los niveles de estrés; a realizar acciones que reduzcan las fuentes de estrés (haciendo cambios en nuestro entorno físico o en nuestro estilo de vida) y a aprender a relajarnos de tal manera que las tensiones creadas por estrés inevitable no nos generen problemas de salud.

Hemos visto algunas habilidades que pueden considerarse como habilidades para la vida y que mantienen una íntima relación con la inteligencia emocional. Cada una de estas habilidades tiene una ingerencia importante en la salud, tanto para el fomento de hábitos saludables, como para la prevención de enfermedades. La falta de estas habilidades, puede desencadenar alguna

patología. Sin embargo, la inteligencia emocional considera a algunas de estas habilidades como parte de otro subgrupo de habilidades o de un grupo. Veamos esto en forma más detallada. En primer lugar la inteligencia emocional se puede dividir en dos grandes componentes que serían la aptitud personal y la aptitud social. Cada una tiene componentes diferentes que a su vez, se relacionan con otros subgrupos de habilidades; como lo describimos en el capítulo dos y que a modo de resumen mencionaremos para ver su aportación a la salud:

APTITUD PERSONAL: Las aptitudes personales determinan el dominio que se tiene sobre la propia persona. Está dividida en tres componentes:

- Autoconocimiento que se divide en: conciencia emocional, autoevaluación y confianza en uno mismo.
- Autorregulación que consta del: autocontrol, confiabilidad, escrupulosidad, adaptabilidad e innovación.
- Motivación que engloba el: afán de triunfo, compromiso y optimismo.

Estas habilidades ayudarían a los pacientes a identificar y regular las emociones negativas que pueden perjudicar o deteriorar más su salud; además de reconocer los hábitos que no son saludables y que a la larga pueden acarrear trastornos de la salud.

En el caso del estrés y la ansiedad, el autoconocimiento y la autorregulación juegan un papel muy importante; ya que estas habilidades son necesarias para el control de estos padecimientos que sin duda influyen en la salud y enfermedad de la persona; y en la pronta recuperación de éstos.

En la depresión, la motivación sería la habilidad que fomentaría la mejora de la salud ya que si se cuentan o se desarrollan habilidades de optimismo y compromiso se puede manejar en un momento dado esta problemática.

APTITUD SOCIAL: Esta aptitud es la que está relacionada con las relaciones interpersonales y el mundo social y está compuesta por dos componentes:

- Empatía que consiste en: comprender a los demás, ayudar a los demás, orientarnos hacia el servicio y de conciencia política.
- Habilidades Sociales que se divide en: influencia, manejo de conflictos, liderazgo, colaboración y cooperación y habilidades de equipo.

Centrándonos en la importancia del apoyo social en la salud, estas habilidades ayudarían al paciente a relacionarse con sus familiares, amistades y grupos de autoayuda que como ya lo vimos son importantes por los efectos positivos que las relaciones sociales encierran.

En base a esto podemos observar una íntima relación entre las habilidades para la vida y los elementos de la IE como lo describimos a continuación:

- ψ Capacidad para tomar decisiones. Desde el punto de la inteligencia emocional existe necesariamente confianza en uno mismo, y esta confianza se logra del conocimiento de uno mismo, es decir del autoconocimiento.
- ψ La habilidad para resolver problemas. En este sentido podemos decir, que es necesario que la persona cuente con autocontrol para no dejarse abatir por las emociones emanadas de una situación peculiar o cotidiana, finalmente cada situación genera una emoción diferente.
- ψ La habilidad para pensar en forma creativa. La autorregulación sería en este caso el elemento jerárquico para la innovación, en este caso para estar abiertos y dispuestos a ideas nuevas con enfoques que se salgan de lo cotidiano.
- ψ La habilidad para pensar en forma crítica, considerara por la inteligencia emocional como parte del autoconocimiento, pero que necesariamente estaría ligada a la autorregulación, ya que, es necesario contar con esta habilidad, para poder tener una visión más clara y objetiva de las situaciones a las que nos enfrentamos.
- ψ La habilidad para comunicarse en forma efectiva, en este caso no solamente sería necesario la comunicación efectiva, sino también la empatía, las habilidades sociales y el autoconocimiento que nos permita escuchar y expresar lo que pensamos y sentimos de forma abierta y asertiva.

- ψ Habilidades interpersonales, éste es uno de los puntos clave de la inteligencia emocional de hecho, es una de las dos divisiones que se le hacen a la aptitud social, junto con la empatía.
- ψ Empatía otro de los elementos clave de la aptitud social que se puede considerar como una pieza clave para el desarrollo social de una persona y el establecimiento de vínculos afectivos con otros.
- ψ Habilidad para manejar emociones, conocido en la inteligencia emocional como autorregulación, compuesta por el autocontrol, confiabilidad, escrupulosidad, adaptabilidad e innovación.
- ψ La habilidad para manejar las tensiones y el estrés, pueden muy bien estar relacionadas con la autorregulación y el autoconocimiento.

En cuanto a la intervención de todos estos elementos; debe de estar enfocada a la disminución de emociones que puedan resultar nocivas para la salud en su condición futura. Esto centrado en la prevención primaria. Algunos hospitales han desarrollado un instructivo programa prequirúrgico para pacientes a los que se les ayuda a aliviar los miedos y a abordar las molestias. Por ejemplo, enseñándoles técnicas de relajación, respondiendo a sus preguntas antes de una operación y diciéndoles varios días antes de la operación exactamente, qué les ocurrirá durante la recuperación. El resultado es que los pacientes se recuperan de la cirugía un promedio de dos o tres días más pronto (Goleman 1997).

Además es necesario detectar a las personas que sean propensas a presentar alguna emoción negativa de las ya mencionadas, mediante evaluaciones específicas, además de las situaciones y procedimientos médicos que produzcan ansiedad, estrés, miedo, etc.

En el caso de que exista un padecimiento o enfermedad; será importante instruir al paciente en manejar las emociones negativas resultantes de padecer o encontrarse enfermo, tratando de impedir en lo posible que estas emociones afecten el tratamiento o la convalecencia del paciente. En este sentido existen

diversas técnicas que están enfocadas, a determinadas enfermedades; existen hospitales en donde se hacen exhaustivos programas prequirúrgicos y postoperatorios a la operación. En este caso estaríamos hablando de prevención secundaria; la cual tendría el objetivo de menguar los efectos de la enfermedad.

En este caso será necesario que exista una promoción de la inteligencia emocional, mediante la implementación de programas o pláticas que aborden diversas temáticas que tengan como finalidad el desarrollo de habilidades emocionales. En este sentido existen una serie de puntos clave que serían necesarios para la implementación de estos programas según Colom y Froufe (2002, cit. en Coma, A. G. Moreno y A. J. Moreno, 2002):

- 1) Identificar las propias sensaciones. Es decir monitorear constantemente los estados anímicos de cada paciente o persona.
- 2) Ser responsable. El paciente tiene que hacerse cargo de su propio estado de salud, y responsabilizarse de sus estados anímicos vigilándolos constantemente.
- 3) Desarrollar conciencia emocional. Es decir el paciente tiene la necesidad de estar en consonancia con sus estados emocionales, y el manejo de ellos. Si el paciente considera que el médico no está satisfaciendo sus necesidades, es importante señalarlo de forma asertiva con la única finalidad de buscar una solución a un problema de ambos.
- 4) Aprender a etiquetar sus emociones. Es necesario que el paciente tenga la capacidad de “colocar un nombre a lo que siente”, ésto con la finalidad de poder expresar lo que está ocurriendo con sus emociones y su cuerpo y así, poder ser atendido de forma más eficaz.

- 5) Es importante que las emociones del paciente sean respetadas. De esta forma se buscaría fomentar la expresión de las emociones y por tanto se abrirían nuevos canales de comunicación donde ambas partes saldrían beneficiadas.

Un ejemplo de estos puntos es el programa “Ulises” elaborado por Coma, A. G. Moreno y A. J. Moreno (2002). Este programa tiene la finalidad de establecer el autocontrol de las personas como una medida profiláctica en el consumo de drogas. El Programa Ulises de aprendizaje y desarrollo del autocontrol emocional, nace a la luz de la evidencia sobre factores predictores de la conducta problema. Parte de la constatación de que la conducta desviada es un fenómeno multicausal, en el que se engarzan diversos agentes de influencia y es el resultado de la interacción de múltiples variables psicológicas y sociales. En los últimos años ha surgido un creciente interés por variables que parecen moderar los efectos derivados de la exposición a factores de riesgo y que han recibido el nombre de factores de protección, en relación con el consumo de drogas. Estos factores de protección, juegan un papel muy importante en la prevención y el tratamiento de las adicciones (Coma, A. G. Moreno y A. J. Moreno, 2002).

De esta manera en el programa “Ulises”, se busca desarrollar habilidades como el autocontrol emocional; conductas que regulen o extingan patrones de ansiedad e ira, la expresión de forma asertiva de las emociones y sobretodo el manejo de las emociones de tal forma que se puedan adaptar a las exigencias del entorno (Coma, A. G. Moreno y A. J. Moreno, 2002).

En otro orden de ideas podemos hablar de la participación de los familiares del paciente como un agente de cambio secundario basado en el hecho de que las personas necesitamos de otros para poder vivir “felices”. En este caso, estaríamos hablando de una intervención terciaria; en donde la situación del paciente ha rebasado los dos niveles anteriores, y nos obliga a tomar medidas que sean lo suficientemente efectivas para resolver la problemática de la persona. En este

caso se buscaría acercar al paciente a una red de individuos que tengan la misma dolencia, o en su defecto fomentar el apoyo de sus seres queridos, ya que se ha observado en las diferentes investigaciones expuestas con antelación, los efectos benéficos del apoyo social, en la recuperación y la prevención de alguna enfermedad. En este sentido, los grupos de ayuda mutua serían un elemento importante en el restablecimiento de la salud o en su defecto en la mejora de la calidad de vida del paciente.

No obstante, se requiere de un manejo de las habilidades sociales en este ámbito tanto para los pacientes, como para el personal médico, debido a que las relaciones sociales pueden ser una fuente de satisfacción o de estrés, dependiendo de la habilidad con la que contemos para desenvolvernos en un entorno social. Es por esta razón que el manejo de nuestras habilidades se vuelve crucial para la recuperación de una convalecencia, o control de una situación de mucho estrés.

Centrándonos en un punto que también es importante; es imperativo que la prestación de la atención en salud cambie para dar importancia a la valoración y apoyo desde un enfoque más holístico. Los profesionales de enfermería con un abordaje diferente y con el trabajo en equipo con otros profesionales, pueden ofrecer nuevas oportunidades de cuidado.

En enfermería es urgente el abordaje conjunto de acciones entre las más variadas disciplinas. Su perspectiva de sobrevivencia está directamente relacionada con una perspectiva integrada de acciones como lo promulga Da Silva quien a su vez afirma que una disciplina es reconocida no sólo por sus aportes con la construcción del saber, sino también por las transformaciones en los patrones de expresión de conciencia y en la calidad de vida de la población.

Creemos que la enfermería tiene una gran oportunidad en este abordaje y el cuidado proporcionado puede contribuir a trascender de lo biológico y tradicional.

Hay necesidad de realizar detección temprana de pacientes con riesgo de sufrir depresión. Los cuidados de enfermería deberían incluir la valoración sobre factores de riesgo, presencia de sintomatología depresiva, tamaño de la red, relaciones con los miembros de la red para encontrar conflictos, necesidades y satisfacción con el apoyo social y la calidad de vida de los pacientes. Se recomiendan programas de apoyo mutuo con grupos de autoayuda.

En este sentido nos parece necesaria la aplicación de programas que estén destinados al fomento de la inteligencia emocional en el personal médico, como son las enfermeras, doctores, personal de laboratorio, enfermeros, etc.; con el objetivo de desarrollar habilidades relacionadas con la inteligencia emocional. Estas habilidades pueden ser el autoconocimiento, autorregulación, motivación, empatía y las habilidades sociales.

Sin embargo ésto no sería todo, existen lineamientos que nos permiten decir que no todo el personal laboral, requiere el mismo tipo de capacitación; sino que, existen puntos débiles que deben de ser identificados para lograr un mejor desarrollo y economía en la utilización de los recursos. De esta manera podemos considerar que en esta etapa se deben de seguir las siguientes pautas según Goleman (1999):

1. Evaluar el trabajo. La capacitación debe concentrarse en las aptitudes que más se necesitan par destacarse en un trabajo dado. Dicho de otra manera, la capacitación debe de estar íntimamente relacionada con las demandas de cada empleo, o puesto. En este caso, no es la misma capacitación para los médicos que para las enfermeras.
2. Evaluar al individuo. Se debe utilizar un perfil de puntos fuertes y débiles del individuo, a fin de identificar lo que es preciso mejorar en cada persona.

3. Comunicar las evaluaciones con prudencia. La información sobre los puntos fuertes y débiles de una persona lleva una carga emocional que en muchos casos resulta perjudicial para el desempeño de la persona.
4. Medir la disposición. No todas las personas se encuentran en el mismo grado de disposición. En este sentido cuando no hay disposición lo más probable es que la capacitación resulte inútil. Si la persona no se encuentra con la suficiente disposición, es necesario tomar las cosas con cautela y tratar de motivarla para que participe, sin utilizar la coerción.
5. Motivar. La gente aprende en la medida en que esté motivada; es decir, si la persona considera importante una aptitud es probable que se sienta con mayor ánimo para desarrollarla o aprender a desarrollarla
6. Fomentar habilidades de aptitud personal para el exceso de trabajo al que generalmente están expuestos el personal médico.
7. Fomentar la aptitud social para una mejor relación médico paciente.
8. Hacer que cada uno dirija su cambio. Cuando una persona dirige su programa de aprendizaje, lo adapta a sus necesidades, circunstancias y motivación haciendo el aprendizaje más eficiente.
9. Concentrarse en objetivos claros y factibles. Las personas necesitan saber con claridad en qué consiste la aptitud y qué pasos son necesarios para mejorar. Los programas mal enfocados o poco realistas lleva a resultados confusos o al fracaso.
10. Evitar la recaída. Los hábitos cambian con lentitud, las recaídas y los deslices no tienen por qué ser señal de derrota; las personas se pueden desalentar por la lentitud del cambio y la inercia de los viejos hábitos. En

este sentido se puede utilizar las recaídas como una forma de apuntalar el cambio.

11. Brindar crítica constructiva sobre el desempeño. La crítica positiva constante fomenta el cambio y ayuda a dirigirlo. Es necesario incluir en el plan una serie de sesiones de retroalimentación que permitan y favorezcan el cambio.
12. Alentar la práctica. Un cambio duradero requiere una práctica constante, en el trabajo y fuera de él. Un seminario o un taller no son suficientes por sí mismos; es indispensable utilizar cada ocasión para poner en práctica las nuevas conductas de manera repetida.
13. Evaluar. Establecer sistemas para evaluar el desarrollo, a fin de ver si tiene efectos duraderos. Muchos programas de desarrollo quedan sin evaluar; de ese modo no hay errores o programas inútiles que quedan intactos.

Estos son algunos puntos que pueden funcionar como guía para el desarrollo de la Inteligencia Emocional; no obstante esta guía tiene que estar contextualizada a la situación laboral que es el medio hospitalario.

Ya para finalizar, podemos terminar diciendo que las decisiones que tomamos en nuestra vida cotidiana; en el trabajo, en la escuela, con la familia, entre otras; son trascendentales en nuestro estilo de vida y en la forma en la que nos queremos desenvolver en nuestra existencia. Todo esto en un contexto sociocultural diferente, ya que no es lo mismo las condiciones de vida en un país subdesarrollado, que en uno desarrollado. Así, cada individuo tiene necesidades diferentes, u otras posibilidades. Estas circunstancias coligen directamente sobre la vida de cada persona, pero, en términos más globales; podemos decir que todo esto influye sobre la salud, que sería en última instancia la piedra angular de nuestro desarrollo como individuos en una sociedad.

CONCLUSIONES

Nos podemos dar cuenta, al término de nuestro trabajo, que el modelo biopsicosocial y la Psicología de la Salud en México, no han emergido como realmente se quisiera, en cuanto a aplicación se refiere. En cuestiones de investigación, podemos observar un mayor desarrollo; no obstante, al momento de querer ser llevados a la práctica, se encuentra una resistencia por parte del personal médico y autoridades en el ámbito hospitalario. En EUA y gran parte de América Latina como Cuba, Colombia, Brasil, etc., el panorama se vislumbra diferente. En estos lugares, ya se lleva a la práctica el modelo biopsicosocial, así como la Psicología de la Salud. Se estudia y se trabaja en áreas como el estilo de vida, mejora de hábitos saludables, programas de prevención en salud, etc. En México aún falta una mayor aplicación de la Psicología de la Salud debido a que aún se encuentra en cierta medida arraigado el modelo biomédico.

Sin embargo, tanto en México como en estos países, hace falta un mayor trabajo en lo que se refiere a la Inteligencia Emocional aplicada a dicha área. Ésto es importante, porque el modelo biopsicosocial y la definición actual de salud; contemplan también las cuestiones psicológicas. Las emociones también son parte de ese bienestar psicológico y por consiguiente físico y social. En este sentido, no solo la fisiología tiene relevancia sobre la salud, sino también la conducta de la persona, su estilo de vida y emociones. Al tomar en cuenta esta teoría en la aplicación, se puede controlar hasta cierto punto, los efectos de las emociones negativas y fomentar los efectos positivos de las emociones benéficas en la salud.

Es por esta razón, que en este trabajo estudiamos ésta teoría, analizando la relación de las emociones con la salud o enfermedad. Primeramente se exploró el surgimiento de la teoría de la Inteligencia Emocional, que ha sido un tanto polémico. Pudimos encontrar cinco fases durante la historia de la psicología según Mayer (2001) los cuales se describen a continuación:

1) Inteligencia y Emociones como campos de estudio separados (1900 – 1969): La investigación sobre la inteligencia se desarrolla en este periodo y surge la tecnología de las pruebas psicológicas. En el campo de la emoción se centran en el debate entre la primacía de la respuesta fisiológica sobre la emoción y viceversa. Aunque algunos autores hablan sobre la “inteligencia social”, las concepciones sobre inteligencia siguen siendo meramente cognitivas.

2) Precursores de la IE (1970 – 1989): El campo de la cognición y el afecto examina cómo las emociones interaccionan con el pensamiento. Una teoría revolucionaria de este periodo es la Teoría de Inteligencias Múltiples de Gardner, la cual incluye la inteligencia “intrapersonal” e “interpersonal”.

3) Emergencia de la IE (1990 – 1993): Mayer y Salovey publican una serie de artículos sobre la inteligencia emocional, incluyendo el primer intento de medir estas competencias.

4) Popularización y ensanchamiento del concepto (1994 – 1997): Goleman populariza el término de “Inteligencia Emocional” y este término salta a la prensa popular.

5) Institucionalización e investigación sobre la IE (1998 – actualidad): Se producen refinamientos en el concepto de IE y se introducen nuevas medidas. Aparecen las primeras revisiones de artículos de investigación

La polémica en torno a la inteligencia y a su viabilidad como constructo, también fue analizada en este trabajo; donde se observaron varias líneas de investigación actuales, que sirven como sustento para la aparición del concepto de inteligencia emocional y de su importancia en diversos ámbitos como: la educación, el trabajo y por supuesto la salud. En éste último, los médicos han

tenido una hegemonía total; a pesar, de los avances logrados en diversas áreas de la psicología.

Esta preponderancia de lo biológico sobre un área tan compleja como lo es la salud, poco a poco a sido mermada, para dar lugar a nuevas disciplinas capaces de hacerse cargo de situaciones que escapan del ámbito médico, como es el caso de la psicología y sus diversas posturas, que han incursionado en una zona tan difícil de manejar como lo es la salud. En este caso nos compete hablar de una nueva teoría que trata de poner de manifiesto la importancia de las emociones, como un elemento central en la aparición o prevención de la enfermedad. Esta teoría es la de la Inteligencia Emocional.

Desde la perspectiva de la IE, podemos decir que las emociones juegan un papel trascendental en el proceso salud-enfermedad, en diferentes niveles: preventivo y terapéutico. Éste proceso no sólo involucra al personal médico sino también al mismo paciente, el cual tiene que tomar el control de su propia salud y hacerse cargo de su parte como en un trabajo en equipo, donde el paciente y el médico deben de estar dotados de un elemento importante de la IE que es la conciencia emocional. Ésto es importante como parte de un repertorio emocional saludable.

La conciencia emocional constituye una especie de barómetro interno que nos dice si la actividad que estamos llevando a cabo, o la que vamos a emprender, merece realmente la pena. Los sentimientos nos proporcionan una imagen global de toda situación. Y, en el caso de que existan discrepancias entre nuestros valores y nuestros sentimientos, el resultado será una profunda inquietud en forma de culpabilidad, vergüenza, dudas, ensoñaciones, inquietud, remordimientos o similares. Y todo ese ruido de fondo actúa a modo de niebla emocional que inspira sentimientos que pueden acabar sabotando todos nuestros esfuerzos.

A parte de la conciencia emocional existen otros elementos constitutivos de la IE (autorregulación, autoconocimiento, motivación, habilidades sociales), que son

fundamentales para el desarrollo integral de la persona; abarcan diferentes áreas de la vida del individuo tanto en el ámbito laboral como en la salud. En el ámbito de la salud que es el que nos compete por el momento, los diferentes estudios que revisamos demostraron que la salud está íntimamente relacionada con las emociones. Las emociones positivas previenen enfermedades, una vez que éstas se han manifestado y contribuyen a su curación. Las emociones negativas ayudan a contraer enfermedades (Goleman 1999, Trejo 2001, Sandin, 1995). Al aplicar dichos elementos de la teoría de la IE, ayudaría a reducir los efectos de las emociones negativas y el fomento de las positivas.

Los datos resultantes en este trabajo confirmaron los beneficios médicos de los sentimientos positivos y el poder curativo del apoyo emocional proporcionado por las personas que rodean a un paciente, desde los familiares más íntimos hasta los profesionales que trabajan en el área de la salud y tienen contacto con él (Madrid, 2000)

El descuido por la realidad emocional de la enfermedad deja de lado un conjunto creciente de pruebas que demuestran que los estados emocionales de las personas pueden jugar a veces un papel significativo en su vulnerabilidad ante la enfermedad y en el curso de su recuperación. Pero los cuidados médicos modernos a menudo carecen de inteligencia emocional.

Analizando ésto, nos lleva a la necesidad de mejorar las habilidades emocionales de los pacientes y el personal médico con el objetivo de disminuir los efectos negativos sobre la salud de emociones como la tristeza, la ira, la depresión, el miedo; mejorando tanto el servicio y la calidad de vida de las personas.

Para el paciente, cualquier encuentro con una enfermera o un médico puede ser la oportunidad para obtener información, consuelo y tranquilidad; y, si no se maneja adecuadamente, una invitación a la desesperación. Pero con demasiada

frecuencia, quienes se ocupan de los cuidados médicos actúan con precipitación o son indiferentes a la aflicción del paciente (Goleman, 1997).

A pesar de que existen enfermeras y médicos compasivos que se ocupan de tranquilizar e informar, además de administrar medicamentos; también existe una tendencia a un universo profesional en el que los imperativos institucionales pueden hacer que el personal médico pase por alto la vulnerabilidad del paciente, o se sienta demasiado presionado para hacer algo por él. Una intervención emocional debería ser una parte corriente de la atención médica de todas las enfermedades graves.

Si los descubrimientos sobre emociones y salud significan algo, es que el cuidado médico que pasa por alto lo que la gente siente mientras lucha con una enfermedad grave o crónica ya no es adecuado. Ha llegado el momento de que la medicina saque un provecho más metódico de la relación que existe entre emoción y salud.

De esta manera consideramos que existen puntos fundamentales para el desarrollo eficaz de la inteligencia emocional en el ámbito sanitario:

- La aplicación del modelo biopsicosocial y la Psicología de la Salud en éste ámbito.
- Factores cruciales del servicio médico como la atención a los factores emocionales.
- Diferenciar entre curación y cuidado del paciente
- Salud mental y salud física: Factores emocionales que pueden desencadenar enfermedades.
- El manejo del estrés en los profesionales de la salud, y mejores condiciones de trabajo.
- Los déficit afectivos y su relación con la salud mental y física.

- La enfermedad y el tratamiento médico bajo el aspecto de una carga emocional.
- La Inteligencia Emocional como posibilidad de educar para la salud.
- Mayor énfasis en la medicina preventiva que en la terapéutica.

Aunque, actualmente se busca mejorar los servicios de salud; todavía existe una tendencia nacional a considerar la salud como una cuestión puramente fisiológica; descuidando la parte emocional y psíquica del paciente. En este sentido la IE, es una pieza importante en la medicina preventiva y en la capacidad del individuo de preservar su propia salud y el hacerse cargo de su propia vida. Todo esto ya mencionado en el capítulo III.

De acuerdo con Weis, Orley, Evans y Lee (1993) debe existir en cada país los recursos necesarios para el fomento de las H.V. que deben de ser impartidas desde los primeros años de la infancia como una forma de educar a las futuras generaciones, creándose los sistemas e infraestructura necesaria para lograr este colofón. La elaboración de programas enfocados a la enseñanza de H.V. es trascendental en la educación inicial y escolarizada, tratando de reunir a profesionales de diversas áreas que pueden ser las siguientes:

- Desarrollo curricular escolar
- Educación de la salud
- Educación preventiva
- Educación pública
- Entrenamiento de docentes
- Psicología del desarrollo y educativa
- Servicios sociales

Podemos decir que los profesionales de este grupo deberán entrenarse tanto en la parte práctica, teoría, objetivos y métodos de la educación en habilidades

para vivir como en la IE, buscando la adecuación de éstas para el contexto donde sean aplicados los talleres o conferencias.

Weis, Orley, Evans y Lee (1993) proponen que los objetivos para la educación en H.V. deben fundamentarse en un estudio evaluativo de las necesidades de la población de acuerdo a sus condiciones socio-económicas, costumbres, leyes entre otras variables. Además, de que estos programas deben de estar incluidos en los objetivos de la política de salud del país como una forma de darle seguimiento y perpetuidad.

El diseño de un programa de habilidades para la vida podría ser de la siguiente manera (Weis, Orley, Evans y Lee 1993):

- Nivel 1 Enseñanza de las habilidades para vivir básicas que pueden practicarse en situaciones cotidianas.
- Nivel 2 Aplicación de las habilidades para vivir a temas pertinentes relacionados con diversos problemas psicosociales y de salud.
- Nivel 3 Aplicación de las habilidades relacionadas con escenarios específicos que pueden originar problemas psicosociales y de salud, o necesidades que hayan sido identificadas como objeto de promoción o prevención.

Por supuesto que todo esto estaría relacionado con la inteligencia emocional, ya que como vimos en el capítulo anterior, existe una relación estrecha entre las habilidades para la vida y la inteligencia emocional ya que, muchos de los elementos relacionados con la inteligencia emocional son componentes de las habilidades para la vida.

En otro orden de ideas podemos decir que en el ámbito hospitalario en nuestro país todavía faltan elementos de esta índole que constituyan el accionar cotidiano de los hospitales. Ésto es, debido a que en la mayoría de los casos, el fomento y el estudio de los efectos de las emociones sobre la salud son desdeñados y omitidos. Sólo se ve al paciente, a manera de una maquina descompuesta.

Existe una necesidad imperante de trabajar este concepto de la inteligencia emocional, en las organizaciones hospitalarias ya que de esta manera el cambio será de adentro hacia fuera.

Una manera, por lo regular desacreditada, de medir la viabilidad de una organización es observar los estados emocionales comunes de quienes ahí laboran. La teoría de sistemas plantea que al ignorar cualquier clasificación de datos importante es frenar el conocimiento y la capacidad de respuesta. Sondar a profundidad las corrientes emocionales de una organización puede redituar en beneficios concretos (Goleman, 1999).

Siguiendo este postulado podemos decir que el ámbito hospitalario es también una organización y está por demás decirlo muy compleja donde interactúan enfermeras, médicos, enfermos, familiares de los enfermos, etc.; y a pesar de que en los últimos años se ha planteado un nuevo modelo de salud, éste no parece llegar todavía a los nosocomios nacionales mexicanos (Carnaval, González, Martínez, Tovar y Valencia; 2000).

Existen varias causas para entender esta situación:

- ψ Falta de presupuesto en los hospitales públicos
- ψ Escasez de personal
- ψ Bajos sueldo personal hospitalario
- ψ Frecuentes depreciaciones económicas
- ψ Falta de programas de sensibilización hacia los futuros médicos

- ψ Estilos gerenciales de principios del siglo veinte
- ψ Falta de cultura sobre la salud
- ψ Se carece de una cultura de prevención
- ψ Resistencia del personal médico a adoptar nuevos enfoques holísticos

Con el enfoque actual de la Inteligencia Emocional nos encontramos en la posibilidad de decir que los factores emocionales juegan un papel muy importante en la subsistencia de las organizaciones en el ámbito empresarial el cual se presentaba hasta hace unas décadas como un territorio frío y mercantilista que se asemejaba mucho a una zona de guerra. Se buscaba por todos los medios a los “mejores soldados” que contaran con un mayor repertorio cognitivo que el de sus competidores.

De esta manera en los sistemas de salud se combinan dos cosas: el factor organizacional similar al de las empresas y el factor institucional de la salud; incrementando el peso específico de las emociones tanto para que sobreviva la organización como tal y para que cumpla su objetivo de preservar la salud. A pesar de esto, en el carácter organizacional de los sistemas de salud no se ha considerado como una cuestión de vital importancia para el desempeño eficaz de la empresa y su subsistencia. Pero si se considerara este aspecto, paulatinamente los efectos se harían sentir en el ámbito institucional, redundando en una mayor eficacia de la preservación de la salud (Goleman, 1999). En éste sentido, si pudiéramos seguir trabajando con la IE; continuaríamos sobre esta línea éste trabajo.

Finalmente podemos decir que la IE no es un término ya acabado, sino que existen elementos y perspectivas que requieren de una exploración más profunda, la cual se encuentra en proceso con diversos investigadores. Actualmente existen perspectivas como la de Gross (2002) donde se señala la autorregulación como el elemento clave de la IE, además de proponer el modelo de procesos para la generación de una emoción; estructurado de la siguiente manera:

- 1) *Selección de la situación:* Se refiere a la aproximación o evitación de cierta gente, lugares u objetos con el objetivo de influenciar las propias emociones. Ésto se produce ante cualquier selección que hacemos en la que está presente un impacto emocional.
- 2) *Modificación de la situación:* Una vez seleccionada, la persona se puede adaptar para modificar su impacto emocional, lo cual podría verse también como una estrategia de afrontamiento centrada en el problema.
- 3) *Despliegue de la atención:* La atención puede ayudar a la persona a elegir en qué aspecto de la situación se centrará (distraernos si la conversación nos aburre o tratar de pensar en otra cosa cuando nos preocupa algo).
- 4) *Cambio cognitivo:* Se refiere a cual de los posibles significados elegimos de una situación. Ésto es lo que podría llevar a la “resignificación” y sería el fundamento de terapias psicológicas como la reestructuración cognitiva. El significado es esencial, ya que determina la respuesta o las posibles respuestas.
- 5) *Modulación de la respuesta:* La modulación de la respuesta se refiere a influenciar estas tendencias de acción una vez que se han legitimado, por ejemplo inhibiendo la expresión emocional.

Este tipo de perspectivas, fomentan el trabajo con la IE y la enriquecen en sobremanera.

Otro punto que no hemos mencionado y que es muy importante, es el hecho de que no existen métodos de evaluación estandarizados de la IE como en el caso del C.I., debido principalmente a que en el caso del C.I. se inició con la generación de pruebas como la de Alfred-Binet, tratando de encontrar diferencias entre los

individuos buscando a los más aptos, debido a que en esta época se consideraba a la inteligencia como una cuestión biológico-genética y después se inicio la construcción de la definición de inteligencia. Pero en el caso de la IE, los sucesos se iniciaron en forma inversa, es decir, en base a los conceptos y las definiciones planteadas con antelación debido a los debates generados, por la concepción de inteligencia, surgieron nuevas propuestas teóricas relacionadas con la inteligencia, y entre estas propuestas, apareció la IE, como lo vimos anteriormente. Ésto trae pues que, no existan en la actualidad pruebas estandarizadas, que se puedan aplicar de forma masiva, pero, se hallan intentos muy interesantes de evaluar las cualidades emocionales en el ciberespacio eventualmente. También existen tentativas de adaptar pruebas ya existentes; tal es el caso de la prueba de estilos motivacionales de los directivos, compilada por Price Waterhouse (Mestre, Carreras, y Guil 2002).

En este sentido sería necesario ampliar la discusión sobre si es necesaria una prueba estandarizada o la creación de inventarios. En definitiva, sabemos que existen muchas posibilidades referentes a este tema polémico; estos puntos se pueden resumir de la siguiente manera:

- 1) Crear Programas enfocados al fomento de la I.E.
- 2) Evaluar los resultados de estos programas a largo plazo
- 3) Crear pruebas para evaluar la I.E.
- 4) Realizar estudios que conduzcan a relacionar la I.E. con enfermedades específicas, como el cáncer, el sida, diabetes, etc.

De acuerdo a lo estudiado en el presente trabajo, pudimos concluir que la influencia de los factores emocionales puede ser determinante en el reestablecimiento de la salud, o la pérdida de la misma; y la falta cuidado en estos aspectos puede ser contraproducente. De esta manera, es importante, crear programas enfocados para el fomento de la inteligencia emocional ya que como elemento teórico cimentaría el trabajo con las habilidades para la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Ader, R. (1990). Psichoneuroinmunology. U.S.A. Academic Press.
- Albarrán, V. (1996). Introducción a la filosofía 1. México: Mc Graw Hill.
- Anastasi, A. (1998). La inteligencia como una cualidad de la conducta. En R. Sternberg, y D. Datterman (Edits). ¿Qué es la inteligencia. Enfoque actual de su naturaleza y definición. Madrid: Pirámide.
- Anguera de Sojo, P. y Nolla, P. (1988). Psicósomática: orígenes, concepto, marcos de referencia, limitaciones y perspectivas. En editor desconocido, Medicina Psicosomática. 3, (1). Barcelona: Doyma. Pág: 1-5.
- Arietti, S. (1979). Psicoterapia de la depresión. Madrid: Paidós.
- Baltés, D. (1998). Notas sobre el concepto de inteligencia. En R. Sternberg y D. Datterman (Edits). ¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición. Madrid: Pirámide.
- Ballester, R. (1997). Introducción a la Psicología de la Salud. España: Promolibro.
- Barrón, A., Lozano, P. y Chacón, F. (1988). Autoayuda y apoyo social. Madrid: Visión.
- Barrón, A. (1996). Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI.
- Barrull, E. (2000). ¿Por qué no tiene importancia "sentirse bien"? (En red). Disponible en: <http://www.biopsicologia.com>

- Batista, A. y Novaes, L. (1998 julio). Reactividad cardiovascular de niños en situaciones de estrés social. (23 párrafos). **Revista Electrónica de Psicología.** 2, (2.) (En red). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num2/>.

- Becoña, E. & Vázquez, F. (2000). Psicología de la Salud: Antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En L. Oblitas. (Ed). Psicología de la Salud. México: FCE.

- Benages, S. y Crespo, E. (2001). El apoyo social como modulador del riesgo coronario. (En red). Disponible en: <http://sic.uji.es/publ/edicions/>.

- Berry, J. (1998). Un enfoque transcultural de la inteligencia. En R. Stemberg, y D. Datterman (Edits). ¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición. Madrid: Pirámide.

- Bowling, A., Edelman, R., Leaver, J. y Hoekel, T. (1989). Loneliness, morbidity, wellbeing and social support in a sample of over 85 year olds. **Personality and Individual Differences.** 10, (11). 1189-1192.

- Braver, G. (junio 2003). Aspectos emocionales y calidad de vida en pacientes con enfermedades demielinizantes: El caso de la esclerosis múltiple. (En red). Disponible en: <http://www.um.es/analps/>.

- Brown, A., Campione, J. (1998). Inteligencia académica y capacidad de aprendizaje. En R. Stemberg, y D. Datterman, (Edits). ¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición. Madrid: Pirámide.

- Butterfield, E. (1998). La conducta inteligente, el aprendizaje y el desarrollo cognitivo podrían explicarse en una misma teoría. En R. Stemberg, y D.

- Datterman (Edits). ¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición. Madrid: Pirámide.
- Cano-Vindel, A. (1997). Teorías de la Emoción. Madrid: Ramón Arces.
 - Cano-Vindel, A. (2000). Orientaciones en el estudio de la emoción. Madrid: Ramón Arces.
 - Cano-Vindel, A. y Tobal, M. (2000). **Emociones Negativas (Ansiedad, Depresión e Ira) y Salud.** I Congreso Virtual de Psiquiatría. 1 de febrero – 15 de marzo 2000. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/>.
 - Cano-Vindel, A., Sirgo, A. y Díaz Ovejero, M. (1999). Control, defensa y expresión de emociones: relaciones con salud y enfermedad. En A. Fernández y F. Palmero (Edits). Emociones y Salud. Barcelona: Ariel.
 - Caplan, G. (1974). Support systems and community mental health: Lectures on concept of development. Nueva York: Behavioral Publications.
 - Caplan, G. (1976). Principios de Psiquiatría Preventiva. Paidós: Argentina.
 - Carrasco, J. (1999). Ansiedad y sexualidad: Una revisión conceptual y empírica. España: Ariel.
 - Carnaval, G., González, M., Martínez, S., Tovar, M. y Valencia, C. (2000). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali Colombia. (En red). Disponible en: <http://colombiamedica.edu.co/vol31no1/depresión.html>.
 - Carperros, A. (1980). Historia de la Psicología. Barcelona: CEAC.

- Castro, J. (1999). Las Estrategias para afrontar el estrés y la competencia percibida: la influencia sobre la salud. En A. Fernández y E. Palmero. (Edits). Emociones y Salud. Barcelona: Ariel.
- Certlin, J. (1998). Medicina de Familia: Un modelo de pensamiento y acción. (En red). Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina>.
- Comas, V., Moreno, A. G. y Moreno, A. J. (2002). Aprendizaje y desarrollo del autocontrol emocional. (En red). Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebux>.
- Das, J. (1998). Sobre la definición de la inteligencia. En R. Sternberg, y D. Datterman. (Edits). ¿Qué es la inteligencia. Enfoque actual de su naturaleza y definición. Madrid: Pirámide.
- Datterman, D. (1998). Integración cualitativa: ¿La última palabra? En R. Sternberg, y D. Datterman. (Edits). ¿Qué es la inteligencia . Enfoque actual de su naturaleza y definición. Madrid: Pirámide.
- De Paulo, B., Nadler, A. y Fisher, D. (1983). New directions in helping. New Cork. Vol. II.
- DSMIII. Criterios del los Trastornos Mentales. (En red). Disponible en: <http://biblioteca.consultapsi.com/DSM/Dsm.htm>. P.p.317.
- Dube, B. (2001). Emociones y salud. (En red). Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/0011521.htm>.
- Entralgo, P. (1978). Historia de la Medicina. Barcelona: Salvat.
- Estes, W. (1998). ¿Dónde está la inteligencia? En R. Sternberg, y D. Datterman. (Edits). ¿Qué es la inteligencia. Enfoque actual de su naturaleza y definición. Madrid: Pirámide.

- Fernández, F. (2000). ¿Qué es la depresión? (En red). Disponible en: <http://www.biopsicología.net/fichas>.
- Fernández-Abascal, F. (1999 a). El estrés: Aspectos básicos y de intervención. En A. Fernández, E. y Palmero. (Edits). Emociones y Salud. Barcelona: Ariel.
- Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (1999 b). Emociones y Salud. Barcelona: Ariel.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos. Madrid: Paidós.
- Field, D. y Minkler, M. (1993). Social relationships and health. **Science**. 241, 540-545.
- Florez, L. (2001). Psicología de la Salud. (En red). Disponible en: www.psycologia.com/biblioteca.
- Gardner, H. (1988). La decadencia de los tests de inteligencia. En R. Sternberg, y D. Datterman. (Edits). ¿Qué es la Inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y su definición. Madrid: Pirámide.
- Goleman, D. (1997). La Inteligencia Emocional. México: Vergara.
- Goleman, D. (1999). La Inteligencia Emocional en la Empresa. México: Vergara.
- González, R., Barrul, F., Ponce, M y Marteles, T. (1988). El Apoyo Social. Manuscrito no publicado.

- Goodnow, J. (1998). Una perspectiva social de la inteligencia. En R. Sternberg, y D. Datterman. (Edits). ¿Qué es la inteligencia . Enfoque actual de su naturaleza y definición. Madrid: Pirámide.
- Gottlieb, B. (1981). Social networks and social support. Londres: Sage.
- Grau, J. (1996). La Psicología de la Salud y las enfermedades crónicas. En S. Rodríguez y L. Rojas (Eds.). La Psicología de la Salud en América Latina. México: Porrúa.
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: affective cognitive and social consequences. **Psichofisiology.** 39, 281-291.
- Guillen, M. y Palomares, R. (1999). Las estrategias de afrontamiento y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama, cervicouterino y testicular. Tesis del Licenciado en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Gyarmaty, G. (1984). Las profesiones. Dilemas del conocimiento y del poder. Chile: Universidad católica.
- Herrera, J. (2001). Inteligencia Emocional. (En red). Disponible en: <http://boj.pntic.mec.es>.
- Holtzman, W. (1993). La Psicología de la Salud por todo el mundo. En J. Palacios & E. Lucio. (Eds). Primer Congreso Internacional de Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. UNAM.
- Humphreys, L. (1998). Describiendo al elefante. En R. Sternberg, y D. Datterman. (Edits). ¿Qué es la inteligencia. Enfoque actual de su naturaleza y definición. Madrid: Pirámide.

- Jaramillo, N. (2000). La Depresión. (En red). Disponible en: <http://www.contusalud.com>. 30 párrafos.
- Jesen, A. (1998). Inteligencia: “definición”, medida y futura investigación. En R. Stemberg y D. Datterman. (Edits). ¿Qué es la inteligencia . Enfoque actual de su naturaleza y definición. Madrid: Pirámide.
- Kemdall, P. (1987). Procedimientos médicos que producen estrés. En R. Meichenbaum, y L. Jaremko. (Edits). Prevención y Reducción del Estrés. España: Descleé de Brouwer.
- Khan, R y Antonucci, T. (1981). Anticipated support, received support, and economic stress among older adults. **Journals of Gerontology**. 45. (5). 193-205.
- Landa, D. (1999). El perfil profesional del psicólogo en la prestación de servicios de salud. Revista de Psicología y Ciencia Social. 3 (2), 32-37.
- Latorre, D. (1994). Psicología de la Salud. Argentina: Lumen.
- Lazarus, R. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. y Folkman, N. (1986). Pasión y razón la comprensión de nuestras emociones. Barcelona: Martínez Roca.
- León, R. y Medina, A. (2002). Psicología Social de la Salud. Sevilla: Comunicación Social.
- Levitt, M., Clark, M., Rotton, J. y Finley, G. (1987). Social support, perceived control, and well-being: A study of an environmentally stressed population.

- International Journal of Aging and Human Development.** 25. (4). 247-258.
- Lin, N. (1986). Life Stress and Health: Stressors and Resources. **American Sociological Review.** 54. 382-399.
 - Lipp, M., Looney, J. y Spitzer, R. (1977). Classifying psychophysiology disorder: A new idea. **Psychosomatic Medicine.** 39. 285-287.
 - Lolas, F. (1984). La perspectiva psicósomática en medicina. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
 - Lolas, F. (1991). Biomedicina y calidad de vida. . Un análisis teórico. Revista Médica de Chile. 118. 1271-1275.
 - Lolas, F. (2001 junio). La Medicina Científico Natural. (En red). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com>.
 - Lorenzo, T., Cano, A., Botella, L., Bermejo, M. y Collado, R. (Julio 1999). La respuesta emocional y posibles correlatos con parámetros biológicos. (27 párrafos). **Revista Electrónica de Psicología.** 3. (2). (En red). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/>.
 - Madrid, L. (2002). La autorregulación emocional como elemento central de la inteligencia emocional. (En red). Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/index/html>
 - Marrero, H., Espino, M. y Gómez, A. (1989). La crisis de la aproximación factorial. En Marrero, H., Navero y Fernández, C. (Edits). Inteligencia Humana: más allá de lo que miden los tests. Madrid: Labor Universitaria.

- Mars, L. (agosto de 2003). Aportaciones de las intervenciones y tratamientos psicológicos a la psicopatología y la medicina comportamental. (En red). Disponible en: <http://www.psicología-online.com>.

- Mayer, J. (2001). A field guide to emotional intelligence. En J. Ciarrochi, J. Forgas, y J. Mayer. (Edits). Emotional intelligence in everyday life. Philadelphia: Psychology Press,

- Mestre, J., Carreras, M. y Guil, M. (2002). Una aproximación a la evaluación de la inteligencia emocional como constructo teórico. Universidad de Cádiz. Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Psicología. (En red). Disponible en: <http://www.inteligencia-emocional.org>.

- Moix, Q. (1999). Técnicas para reducir la ansiedad en pacientes quirúrgicos. España: Ariel.

- Montañés, C. (1999). Ansiedad y trastornos del sueño. España: Ariel.

- Nogareda, C. (mayo 2003). Fisiología del Estrés. (En red). Disponible en: <http://www.um.es/analps/>.

- Ortiz, V. (julio/diciembre 1996). La metodología participativa en la Psicología de la Salud. Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones de la Universidad Veracruzana. Julio/Diciembre. Num. 8. Ed. Nueva Era.

- Pearlin, L., Lieberman, M., Menaghan, E. y Mullan, J. (1981). The Stress Process. **Journal of Health and Social Behavior.** 22. 337-356.

- Pellegrino, J. (1998). Inteligencia: la interacción de cultura y procesos cognitivos. En Sternberg, R. y Datterman, D. (Edits). ¿Qué es la inteligencia. Enfoque actual de su naturaleza y definición. Madrid: Pirámide.

- Pennebaker, J. (1992). Putting stress into words: Health, linguistic and therapeutic implications. APA.
- Ramírez, D. y Cortés, V. (1999). El papel de la Psicología de la Salud. Alternativas en Psicología. VI. (7), febrero.
- Reeve, J. (1999). Motivación y Emoción. Madrid: Mc Graw Hill.
- Reinhardt, J. y Fisher, C. (1988). Kinship versus friendship: Social adaptation in married and widowed elderly women. Women and Health. 14. (3-4). 191-211.
- Reuchlin, M. (1982). Historia de la Psicología. México: Paidós.
- Riquelme, A. (1997). Depresión en residencias geriátricas: Un estudio empírico. Murcia.
- Rodríguez, A. (1984). La participación del psicólogo en el sector salud. Revista Mexicana de Psicología. 1 (1), 22-27.
- Rodríguez, M. (2000). Competencia social y habilidades sociales en el ámbito escolar. Tesina. UNAM: FES Iztacala.
- Rodríguez, N. (2000). La influencia de lo psicológico en la salud y el bienestar. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala. UNAM.
- Rymaszewska, J. y Andrezej, H. (2003). Depresión y ansiedad en pacientes con derivación coronaria. (En red). Disponible en: <http://www.elsevier.fr/html/detrevue.cfm?code=py-modol>.
- Sagan, C. (1979). Cosmos. México: Prentice Hall.
- Sahakian, W. (1982). Historia de la Psicología. México: Trillas.

- Salinas, L., González, E. y Castillo, P. (1999). Actitudes del personal del sector salud en México hacia actividades emergentes del psicólogo en la organización y atención a la salud: Un estudio exploratorio. Revista de Psicología y Ciencia Social. 3 (1), 11-19.
- Santaereu, J. (1991). Psicología Clínica y Psicología de la Salud: Marcos teóricos y modelos. Revista de Psicología de la Salud. . 3, 3-20.
- Sarafino, E. (1994). Health Psychology Biopsychosocial Interactions. New York: Jhon Wiley & Sons.
- Sanz, J. (1991). The specific traits of Anxiety in the Anxiety Situations and Responses Inventory (ISRA): construct validity and relationship to depression. (En red). Disponible en: <http://www.psicología.com>.
- Sandin, F. (1995). Estrés y Salud: Factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. España: Pirámide.
- Shaefer, C., Coiné, J. y Lazarus, R. (1981). The Health Related Functions of Social Support. **Journal of Behavioral Medicine**. 4. (4). 381-406.
- Sluzki, E. (1998). La Red Social: Frontera de la práctica sistémica. España: Gedisa.
- Smirnov, A., Leontiev, S. y Tieplov, R. (1980). Psicología. México: Grijalbo.
- Soriano, P. (Julio de 2001). El Procesos Evolutivo de la psiquiatría. (En red). Disponible en: <http://www.psicologia.com>.
- Spiegel, D. (1990). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breasicancer. USA: Lancet.

- Stenberg, R y Datterman, D. (1988). ¿Qué es la Inteligencia?. Enfoque actual de su naturaleza y su definición. Madrid: Pirámide.
- Strock, M. (2002). Depresión. (En red). Disponible en: <http://www.nih.com/>
- Thiagarajan, S. y Parker, G. (2000). Equipos de Trabajo. Actividades y juegos de interacción. México: Prentice Hall.
- Tobal, M. (1999). Ansiedad: Aspectos básicos y de intervención. España: Ariel.
- Trejo, D. (2001). Psicología de la Salud en México: Estilos de vida y hábitos de salud. Tesis de Licenciatura en Psicología. FES Iztacala. UNAM.
- Unger, J., Jonson, C. y Marks, G. (1997). Functional decline in the elderly: Evidence for direct and Stress-Buffering protective effects of social interactions and physical activity. **Annals of Behavioral Medicine.** 19, (2). 152-160.
- Valera, G. (2001). Aspectos psicológicos de las emociones. (En red). <http://www.monografias.com/trabajos/emoci/>
- Vega, C. (2002). Psicología de la Salud. Hábitos positivos para conservar un estado saludable. Tesis de Licenciatura en Psicología. FES Iztacala. UNAM.
- Villagran, J. (1996). La depression. Madrid: Aguilar.
- Wechsler, D. (1976). Medida y valoración de la inteligencia del adulto. Barcelona: Salvat.

- Weis, R., Orley, J., Evans, V. y Lee, J. (1993). Habilidades para vivir, para el desarrollo de la competencia psicosocial. (Disponible por la: Division Mental Health. World Health Organization. 1211 Guevara 27 Swilzgeland. USA).
- Wittchen, H. y Höflerm, M. (2003). Los trastornos de ansiedad primaria y desarrollo subsecuente de trastornos por consumo de alcohol: Un estudio basado en la comunidad de cuatro años de duración entre adolescentes y adultos jóvenes. (En red). Disponible en: <http://titles.cambrige.org/journals/>.
- Wulkmir, V. (1967). Emoción y Sufrimiento. Barcelona: Labor.
- Zigler, E. (1998). Inteligencia: un enfoque evolutivo. En Stemberg, R. y Datterman, D. (Edits). ¿Qué es la inteligencia. Enfoque actual de su naturaleza y definición. Madrid: Pirámide.