

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

F.E.S. IZTACALA

PSICOLOGÍA DE LA SALUD: Género, estrés de vida y somatización

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P r e s e n t a

BRAVOTREJO MARISOL VERÓNICA

**Asesores: Lic. Juana Olvera Méndez
Mtra. Esther María Marisela Ramírez Guerrero
Mtro. Enrique Bernabé Cortés Vázquez**

2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Penetrar en el mundo
y encontrar el sitio
que nos corresponde en él
es liberar esa batalla de entrar
en el corazón de las cosas.*

- Paul Guster -.

*No hay final ni principio,
lo que existe es la infinita pasión
por la vida.*

- Fellw -.

Marisol

Agradezco a Dios y a la vida, las condiciones que me han permitido ser la mujer de hoy, con sueños, esmero, tropiezos y triunfos.

Con satisfacción cierro un ciclo importante, para dar inicio a nuevas oportunidades de crecimiento personal y profesional, y quiero agradecer a todo aquel y aquello que me enseñó e impulsó a conseguirlo, hago especial hincapié en todos aquellos se han quedado conmigo etérea o físicamente, a los que no me dejaron sola y han creído en mí,, a los que me vieron partir y me aguardan.

A mis padres:

Cómo poner en palabras todo lo importante que son para mí, no terminaría y no hallo los términos precisos para hacerlo. Los amo, les agradezco, su amor, apoyo y paciencia. Gracias por creer en mí y darme la oportunidad de lograr una de mis más grandes aspiraciones: mi carrera.

A mis hermanos:

Este carrera, no es solo mi esfuerzo, lleva un poco de cada uno de ustedes, Berna, Oli, Germán y Gugo, muchas gracias por todo, no sé si soy o podré ser la mejor hermana, pero si sé que los amo, y que me siento orgullosa de tenerlos.

A mi familia:

Hago extensivo mi agradecimiento a ustedes, a los que me han apoyado en las tantas formas en que esto ha sido posible. Abue te amo.

A mis amigos:

A todos mis compañeros, gracias, por que sin duda me enseñaron a creer en los demás, y en la amistad. En especial, a mis amigos Dulce, Barth, Lili, Ivett y Rayo, porque siguen compartiéndome Sus momentos y su afecto.

Juanita, mil gracias por tu valiosa cooperación en este trabajo, gracias por tu tiempo, y sobre todo por tu amistad

A Marisela y Enrique, les agradezco permitirme ser parte de este proyecto por sus sugerencias y comentarios, gracias.

A ti Gladys, solo diré que estás en la portada porque ya no me fue posible evitarlo, pero sabes que es lo justo. Suerte.

INDICE

RESUMEN	7
---------------	---

INTRODUCCIÓN	8
--------------------	---

Capítulo 1: PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD

1.1. Desarrollo conceptual de salud-enfermedad	14
1.2. Definición de salud y enfermedad.....	19
1.2.1. Modelos explicativos de la salud	25
1.3. Factores que determinan el proceso de salud-enfermedad	27
1.3.1. Orgánicos	28
1.3.2. Psicológicos	28
1.3.3. Sociopolíticos y culturales	29
1.3.4. Ambientales	33
1.4. La salud y enfermedad como una construcción de la dinámica social	36

Capítulo 2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

2.1. Desarrollo de la Psicología de la Salud	40
2.2. Definiciones de Psicología de la Salud	46
2.3. Diferencias entre la Psicología de la Salud y otras Interdisciplinas.....	50
2.4. Corrientes teóricas que abordan la Psicología de la Salud	52
2.5. Perspectivas futuras de la Psicología de la Salud	55

Capítulo 3. EL PSICÓLOGO DE LA SALUD

3.1. Campo de acción profesional	60
3.2. Labor del psicólogo de la salud	63
3.2.1. Evaluación	63
3.2.2. Diagnostico	65

3.2.3. Tratamiento e Intervención	65
3.2.4. Investigación	66
3.2.5. Enseñanza y Supervisión	68
3.3. Actividades del psicólogo de la salud.....	69
3.3.1. Promoción y mantenimiento de la salud	69
3.3.2. Prevención y tratamiento de la enfermedad	70
3.3.3. Análisis y Mejoramiento de los sistemas de salud	71
3.3.4. Formulación de políticas de salud	71
3.3.5. Dirección, Administración y Gestión	72

Capítulo 4. GÉNERO

4.1. Importancia del concepto de género	76
4.2. Estudios de Género y Salud	78
4.3. Funciones y diferencias conductuales específicas del Género	81
4.4. Afecciones o problemas específicos del sexo	85
4.4.1. En el caso de las mujeres	87
4.4.2. En el caso de los hombres	88
4.5. Programas de intervención desde una perspectiva de género	90

Capítulo 5. ESTRÉS

5.1. Definición de estrés y sus procesos básicos	95
5.2. Factores del estrés.....	103
5.2.1. Factores fisiológicos	103
5.2.2. Factores sociales y culturales	107
5.3. Variables potencialmente estresantes	107
5.3.1. Rasgos de personalidad	108
5.3.2. Variables situacionales	110
5.4. Tipos de estrés	114
5.5. Consecuencias psicológicas del estrés	116
5.6. Relación de estrés y salud	119
5.7. Técnicas para reducir y controlar el estrés	122

Capítulo 6. LA QUEJA SOMÁTICA Y LA SALUD

6.1.	Somatización: definición y aplicaciones del concepto	128
6.2.	Trastornos somatoformes	131
6.2.1.	Somatización	132
6.2.2.	Conversión	137
6.2.3.	Hipocondría	140
6.3.	Somatización y percibirse enfermo	142
6.4.	Cognición subjetiva de la enfermedad	144
6.5.	Estrés y somatización	145
6.6.	Género y somatización	148

Capítulo 7. METODO

7.1.	Objetivo general	151
7.2.	Objetivos específicos	151
7.3.	Hipótesis	152
7.4.	Sujetos	152
7.5.	Escenario	153
7.6.	Definición de variables	153
7.7.	Materiales e instrumentos	153
7.8.	Procedimiento	155

Capítulo 8.	RESULTADOS	156
-------------	------------------	-----

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	168
--------------------------------	-----

REFERENCIAS	179
-------------------	-----

RESUMEN

El presente trabajo es una investigación no experimental, descriptiva de diseño transversal, que tiene como objetivo detectar si existe una correlación entre el estrés de vida y la manifestación de queja somática de la población con respecto al género. Además, se busca conocer un poco más a la Psicología de la salud y el ámbito de acción del psicólogo de la salud. No se formula hipótesis ya que las características del diseño no lo permite como tal. Los datos son considerados por sí mismos, a partir de la variable independiente (género), para identificar el estrés de vida y la queja somática de la población. La muestra utilizada es no probabilística de 988 sujetos, cuya edad oscila entre los 17 y 77 años de edad, 44.9 % de los cuales son del sexo masculino y 54.7% del sexo femenino. La recabación de los datos se hizo por medio de los instrumentos "Funcionamiento de la salud" (FS) y "Funcionamiento Psicosocial" (FP), diseñados para el análisis de las características de la sociedad mexicana. Se aplicó una prueba no paramétrica ji cuadrada y el coeficiente de pearson, bajo el programa estadístico computarizado SPSS-10. Los resultados muestran que existe una diferencia significativa entre los hombres y las mujeres respecto al estrés de vida percibido y la manifestación de quejas somáticas, ello permite corroborar lo dicho en la literatura respecto de que son las mujeres quienes más se estresan y padecen con mayor frecuencia síntomas o quejas físicos. El análisis de género es una alternativa que brinda nuevas líneas de acción profesional, enriqueciendo el conocimiento general en materia de salud.

INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo ha sido una preocupación constante para el hombre el entender y atender la salud y enfermedad; cualidades propias a su naturaleza y supervivencia. Desde las primeras sociedades hasta nuestros tiempos, se han denotado cambios en ambos conceptos, determinados entre otras cosas, por los aspectos económicos, sociopolíticos, culturales y religiosos de cada época y cultura.

Actualmente, ha surgido un gran interés por estudiar este proceso de salud y enfermedad, considerando que los estilos de vida y las conductas de las personas afectan este proceso.

Así pues, la Psicología como ciencia encargada del estudio de la conducta, tiene mucho que contribuir en el área de la salud, puesto que ésta se ha interesado por analizar la interacción entre los aspectos afectivos y conductuales con el proceso de la salud dando como resultado el surgimiento de un campo específico para dicho análisis denominado Psicología de la Salud, movimiento que se inicia a fines de la década de los 70's (Matarazzo, 1980, citado en Latorre, 1995).

Las demandas sociosanitarias y los altos costos de dichas demandas han propiciado que la Psicología de la salud se haya vuelto una especialidad de rápido crecimiento dentro de la Psicología clínica en las últimas décadas (Phares, 1999).

El presente trabajo está basado en los fundamentos teóricos de la Psicología de la Salud, entendiendo a ésta como una especialidad de la Psicología que surge para dar respuesta a las demandas sociosanitarias concebidas a partir de un modelo biopsicosocial que ha permitido explicar la génesis y mantenimiento de las enfermedades crónicas o funcionales que atacan al mundo occidental.

Sin embargo, pese al rápido crecimiento de la disciplina de la Psicología de la Salud, algunos autores como Pace, Chaney (1995, en: Ramírez 1996) argumentan que es necesario impulsar la investigación para determinar la función del psicólogo en el cuidado integral de la salud. México es uno de los países que cuenta con pocas referencias de trabajo de investigación y aplicado en dicha área, pues aún no se toman en cuenta las formas particulares de comportamiento, actitudes, acciones y entorno social de la población mexicana al atender un problema de salud.

Dentro de los trabajos que se realizan actualmente en materia de salud desde una perspectiva psicológica encontramos el proyecto titulado “Psicología de la Salud en México; comportamientos relacionados a la salud-enfermedad, papel del psicólogo, como un estudio preliminar que favorece el avance en la investigación sobre las características y necesidades de nuestra población en lo referente a salud integral”. Dicho proyecto se efectúa en la FES-Iztacala de la UNAM y tiene como objetivo detectar las condiciones actuales de la Psicología de la salud en México, para poder presentar un panorama general que sea útil para el planteamiento futuro de programas de prevención, promoción e intervención.

Así pues, partiendo de la referencia de que la Psicología ha adquirido un papel fundamental en el área de la salud, adaptando para ello sus técnicas a un nuevo concepto de aplicación, en el cual, además de la rehabilitación es necesaria la prevención y promoción de la salud, y guardando los contenidos y posición teórica del modelo conductual se ha apoyado del modelo psicométrico para lograr un trabajo a nivel comunitario, el presente estudio, parte del proyecto ya mencionado, y se enfoca en el análisis de la relación existente entre género, estrés y queja somática.

En las últimas décadas los problemas de salud han incrementado considerablemente, son ahora más frecuentes las enfermedades crónico-degenerativas, incluso, que las enfermedades infecciosas y tienen un alto impacto

en la población en general, sobre todo en el sector económico, de acuerdo con Durán, (1993) se generan altos costos destinados a la atención de la salud pública. La literatura señala que los estilos de vida y el comportamiento individual y familiar contribuyen al proceso de salud-enfermedad individual y comunitario, lo cual refiere, que los problemas de salud pueden prevenirse; por lo tanto para ello es necesario comenzar las acciones que permitan lograr este propósito, y un punto de partida, considerando que en nuestro país se ha realizado muy poca investigación en el ámbito de la salud, es iniciar justamente esos estudios que permitan conocer las características (actitudes, comportamientos, estilos de vida, valores, etcéteras) requerimientos y necesidades de la población mexicana, a partir de lo cual sea posible crear programas adecuados para la prevención y promoción de la salud, de ahí que sea importante la realización de este estudio.

Para una mejor descripción y entendimiento sobre el análisis a realizar, en el primer capítulo de este trabajo se abordan algunos de los aspectos más importantes sobre el proceso de salud enfermedad, definiendo primeramente, salud y enfermedad y mencionando la evolución conceptual de dicho proceso, a lo largo del tiempo el hombre ha buscado explicar por qué enferman las personas, dichas explicaciones son producto de diversos factores que caracterizan el contexto histórico social en que éstas se generan, por tanto, ambos conceptos se han modificado de manera constante y no es posible afirmar su unanimidad, ni universalidad. La salud y enfermedad son condiciones propias e inseparables de la naturaleza humana que no suceden como procesos aislados, sino mas bien como resultado de un conjunto de factores interactuantes que se precisarán en este primer capítulo para una mayor comprensión del tema, tales factores pueden ser de origen orgánico, psicológico y/o ambientales.

Ahora bien, la psicología de la salud es un área que a pesar de ser una disciplina de reciente surgimiento, ha logrado un rápido crecimiento haciendo grandes aportaciones en materia de salud, lo que permite que se impulse su desarrollo y se insista en la importancia de plantear y alcanzar expectativas de

mayor difusión y eficacia futuras. A lo largo de su desarrollo, los autores han planteado diversas definiciones de la mismas que no podríamos universalizar, debido a que se continúa en constante lucha por consolidar su estatus científico, por esta razón, en el segundo capítulo se describen algunas de dichas definiciones y se revisa la evolución de la Psicología de la Salud en el escenario científico, sus funciones, las corrientes teóricas que la abordan y la situación actual de ésta en nuestro país.

Partiendo del hecho de que el área de la salud implica la necesidad del trabajo interdisciplinario, se reafirma la importancia del papel del psicólogo, cuyas aportaciones rebasan el campo psicológico y brindan herramientas a otros profesionales de la salud, tanto del campo médico, como social, etcétera. El psicólogo de la salud cuenta con diversas herramientas, conocimientos y habilidades que le han permitido aportaciones teórico prácticas para promover y mantener un estado saludable, asimismo, para prevenir y tratar la enfermedad, logrando a su vez incrementar la posibilidad de escenarios de inserción laboral. Este es el tema central del tercer capítulo, en el cual se describen las funciones del psicólogo encaminadas al mejoramiento de los servicios de salud, como: la promoción y mantenimiento de la misma, estudiando los aspectos biopsicosociales que contribuyen en ella y el impacto de las instituciones sanitarias. Se habla también de las dimensiones en que estas actividades se han distribuido en la inserción a esta área: investigación, intervención y enseñanza. Un punto importante de mención es la carencia de reconocimiento a la labor profesional del psicólogo de la salud en México.

Durante mucho tiempo se ha enfatizado en que las diferencias biológicas entre hombres y mujeres son factores que permiten explicarnos un estado de salud o enfermedad, en este sentido es importante analizar en primera instancia una diferencia de género, más que de sexo, pues, una perspectiva de género, además de reconocer la influencia de los factores biológicos en la salud de los sexos, insiste en reconocer los factores sociales que matizan las diferencias existentes

entre el hombre la mujer en cuanto su percepción de la salud y la enfermedad, y como consecuencia, entre sus reacciones y hábitos ante estar sano o enfermo.

De esta manera, el cuarto capítulo está dedicado a la descripción teórica del concepto de género. Primero, se analiza el concepto de género, se habla de la importancia de retomarlo en materia de salud, haciendo una diferenciación específica de las características de ambos géneros. Asimismo, referiremos como están diseñados los programas de salud bajo la perspectiva de género.

Por otro lado, es propio referir que tanto hombres como mujeres estamos en expuestos a padecer algún trastorno físico y claro está, a responder de manera distinta. Actualmente uno de los fenómenos más comunes en nuestra población es el estrés, y al mismo tiempo es uno de los términos que precisan de abordarse detenidamente, a fin de aclarar ambigüedades, con el tiempo y a través de la investigación este termino se ha convertido en un paradigma, una acepción moderna nos refiere la inclusión tanto de mecanismos biológicos, como psicológicos y sociales, interactuantes en dicho fenómeno.

Por esta razón, en el quinto capítulo se desarrolla el concepto de estrés y sus procesos básicos, se describen los factores que intervienen en este proceso, tales como: los fisiológicos, sociales y culturales. Además, se describen los tipos de estrés, sus consecuencias psicológicas en el individuo y su influencia en el proceso de salud y enfermedad.

Otro aspecto importante a considerar cuando hablamos de salud y enfermedad, es el proceso psicosomático, éste se presenta en todas las enfermedades, indicando la relevancia de la intervención de tipo psicológico, tanto para beneficiar la evolución del proceso patológico, como para acelerar la rehabilitación y prevenir recaídas. La somatización es un fenómeno en que el individuo reporta constantes quejas de un problema físico y no siempre existe una evidencia biológica de

alguna enfermedad orgánica o patológica, su naturaleza converge en causales de tipo emocional, social. o incluso, psiquiátrico.

En el sexto capítulo, se aborda el concepto de somatización y las aplicaciones del mismo, los trastornos somatoformes, las variables cognitivas que intervienen en el este proceso y conducen al individuo a percibirse enfermo y/o interpretar la enfermedad, y se revisa la relación existente entre el estrés y somatización, y el género y la somatización.

En el séptimo capítulo, se describe la metodología del trabajo: los objetivos general y específicos de esta investigación, la hipótesis, la muestra, escenarios, descripción del instrumento y diseño que se utilizó en esta investigación.

El capítulo octavo corresponde a la presentación y descripción de los resultados obtenidos del análisis estadístico, para lo cual se obtuvo la frecuencia de cada reactivo y se utilizó una prueba no paramétrica (χ^2 cuadrada y coeficiente de pearson) para evaluar la relación entre las variables (VI y VD).

Por último en el capítulo noveno, se presentan la discusión y conclusiones de esta investigación, contrastando la información obtenida en el marco teórico con nuestro análisis estadístico.

CAPÍTULO 1: PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD

Una de las constante inquietudes del hombre a lo largo de la historia, ha sido conocer y poder explicar porqué enfermamos y cómo es posible prevenir o tratar las enfermedades, actualmente este interés también va dirigido a buscar alternativas que permitan desarrollar y mantener estilos de vida saludables, promoviéndose así, la salud.

Desde las primeras sociedades hasta nuestros tiempos, ambos conceptos, salud y enfermedad, han sido modificados continuamente, basándose en explicaciones místicas, filosóficas y científicas, debido entre otras cosas, a los aspectos económicos, sociopolíticos, culturales y religiosos de cada época y cultura (Vega, 2000).

La sociedad es un continuo, como lo son ambos conceptos que no pueden definirse unánime y universalmente, pero hoy en día para abordar la salud y enfermedad, existen diversos marcos teóricos y contextos científicos. De manera sustancial, el proceso de salud y enfermedad pueden comprenderse como el resultado de diversas variables interrelacionadas.

En este primer capítulo hablaremos del desarrollo conceptual del proceso de salud y enfermedad, sus factores determinantes, e influencia en el ámbito social.

1.1. Desarrollo conceptual del proceso de salud-enfermedad

Desde tiempos remotos el hombre ha intentado por diversos medios conocer porqué enferma la gente, cómo se producen y cómo se eliminan las enfermedades, para ello ha incurrido a explicaciones místicas, filosóficas y explicaciones científicas, incluso bajo diversos marcos teóricos, lo que ha

permitido que, a lo largo del tiempo, los conceptos de salud y enfermedad se hayan modificado, debido entre otras cosas, a los aspectos económicos, sociopolíticos, culturales y religiosos de cada época y cultura (Vega, 2000).

Actualmente, se intenta definir la salud-enfermedad a partir de diversos modelos explicativos (biomédico, sociológico, ecologista, biopsicosocial, etcétera), de acuerdo con Gomezjara (1989) no es posible brindar una definición universal y eterna, por los factores antes mencionados.

Por su parte, San Martín (1992a) afirma que para evitar confusiones y ambigüedades, es preciso aclarar desde qué campo se definen y aplican los conceptos de salud y enfermedad, admitiendo que el valor del ser humano se determina en toda acción sanitaria, en su sentido y evolución, y no en considerar como norma la salud o enfermedad, pues la condición humana implica ser, a la vez, sano y enfermo o variar todo el tiempo entre estos estados.

Así pues, uno de los primeros modelos explicativos surgidos para entender el proceso de salud-enfermedad fue el modelo sobrenatural, en el que las primeras sociedades, a falta de otras interpretaciones accesibles al conocimiento atribuyeron que los fenómenos de salud, enfermedad y muerte provenían de causas sobrenaturales. Explicaban la enfermedad como resultado de la desobediencia a los dioses, como una prueba de estos o en relación con posesiones demoníacas o de tipo espiritual, siendo el exorcismo la cura. (Ballester, 1997).

Posteriormente, los griegos comprendieron la enfermedad como un fenómeno natural, la teoría hipocrática de los humores afirmaba que ésta surge como un desequilibrio entre los humores que circulan por el cuerpo, de tal suerte que la recuperación dependía de buscar el equilibrio de los mismos. (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Este modelo naturalista, en el que se evidencia el florecimiento del pensamiento racional y filosófico al tiempo que se esfuerza por conocer las causas naturales de la enfermedad, impulsa también un cambio en la concepción de la salud. Galeno (S.II a.C.), médico griego, elaboró una concepción unicausal y mecanicista de la enfermedad postulando que “ninguna función se daña sin que la parte u órgano que gobierna dicha función se encuentre afectada”. Con esta definición, Galeno sentó las bases del modelo dualista que retomara posteriormente Descartes.

La cultura griega se destaca por su elitismo, ya que las prácticas de salud estaban pensadas para los aristócratas ricos que se podían dedicar al cultivo del cuerpo y al placer, por lo tanto eso excluye a los que tenían que trabajar por su sustento. Al parecer las medidas de higiene griegas podían rayar en la exageración, ya que Platón afirma que “El cuidado perpetuo de la salud parece otra enfermedad” (Sigerist 1941, citado en Restrepo, 2001, p.134).

Para los pueblos prehispánicos, en México, el proceso de salud enfermedad quedaba entendido en términos religiosos, al respecto; Kocyba (1996), analiza el desarrollo que tuvo la medicina y las explicaciones mayas sobre dicho proceso considerando dos periodos importantes. En un primer momento, denominado periodo preclásico inferior, la ideología se centraba en el culto a la fecundidad y la fertilidad, por lo tanto la salud-enfermedad quedaban entendidas en términos del capricho de fuerzas mágicas incomprensibles. Más tarde, en el periodo clásico tardío, la religión se jerarquizó y dividió en dos tipos: la religión popular y la oficial. Por lo tanto, la salud dependía de los dioses. No se consideraba el aspecto preventivo de la enfermedad, pues no se podía prevenir la voluntad divina.

Somolinos (1978), también analizó la práctica médica mexicana antes de la conquista y explicó que en ésta, en un inicio era realizada por las mujeres y se enfocó a la dirección de partos, más tarde su función se amplía pasando del acto obstétrico al cuidado prenatal y en ocasiones a consejería matrimonial, promoviendo medidas higiénicas sobre el acto sexual y sus repercusiones durante

el embarazo. Somolinos también describe hallazgos que manifiestan medidas sanitarias y de salud pública en Teotihuacan que con el tiempo se perfeccionaron y expandieron a toda mesoamérica, los pueblos posteriores a esa cultura conservaron esos avances (alcantarillado, baños privados, etcétera) que sorprendieron a los españoles. El conocimiento empírico de la flora mexicana fue muy profundo en aquellos pueblos y su aplicación terapéutica ha representado una gran contribución.

Continuando con la descripción cronológica, regresamos a Europa, y encontramos que al imperio romano se le reconoce por sus contribuciones materiales y prácticas dirigidas a la conservación de la higiene, como la construcción de acueductos para llevar el agua a las ciudades y cloacas. Tras la caída de dicho imperio, los avances obtenidos por la medicina en Grecia se detuvieron en gran parte a la influencia de la iglesia (Ballester, 1997).

La cultura romana da muestras de una visión más realista del concepto de salud, menos contemplativa. De acuerdo con Restrepo (2001) para los romanos el excesivo cuidado del cuerpo era inútil y “afeminado” y apareció un concepto más amplio de salud que incorpora la mente, “mente sana en cuerpo sano”.

Al iniciarse la Edad Media surge un modelo moral de la salud-enfermedad, según el cual, la enfermedad era a menudo, el castigo por una conducta moral reprobable, y el estado saludable implicaba la obediencia a las leyes divinas. (Ballester, 1997).

Más tarde, en el Renacimiento se observaron nuevamente explicaciones naturales, el centro de atención vuelve a ser el hombre y la medicina vuelve a manos de los médicos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

A partir del S. XVIII, surge el modelo biomédico que según Engel (1997, citado en: Amigo, Fernández y Pérez, 1998), proponen que las enfermedades pueden

ser explicadas por disturbios en los procesos fisiológicos, que resultan de infecciones bacteriales, virales o desequilibrios bioquímicos.

A mediados del siglo XIX los saberes populares urbanos estaban medicalizados. Pero, estos avances en el sector rural siempre ha resultado una labor difícil, ya que las costumbres para tratar la enfermedad se relacionan con supersticiones y sistemas religiosos, sin embargo, se ha encontrado en muchas ocasiones que algunas supercherías contienen en el fondo prácticas empíricas en las que se suele encontrar un fondo de verdad que deja atónito (Rubí y Gali, Citado en Comelles y Martínez, 1993), y conocerlas, nos permite entender como una comunidad entiende y explica estar enfermo o sano.

Para el siglo XX, comienzan a darse logros progresivos en materia de salud, Alfred Grotjahn (1915, citado en Comelles y Martínez, 1993) planteó un concepto de enfermedad y no de la salud como objeto de estudio operacional, articulando las dimensiones biológicas, sociales y culturales de la enfermedad, la variabilidad cultural de las formas de enfermar y su significación social, el problema de la eficacia terapéutica en relación a los contextos sociales y la necesidad de proyectos aplicados que legitimasen la investigación, el uso de la estadística, demografía, antropología, economía y demás ciencias sociales. Sin embargo, estas afirmaciones dejaban lagunas por ello no influyeron determinadamente a las ciencias sociales, ni en Europa, ni en los E.U.

Como se puede observar, a lo largo de más de tres siglos se obtuvieron grandes avances científicos y tecnológicos en todos los campos de la medicina, que permitieron superar algunas de las principales causas de enfermedad y muerte prevalecientes desde la antigüedad. Sin embargo, surgieron diversas críticas y cuestionamientos, pues el modelo explicativo predominante en todo ese tiempo (modelo biomédico), resultó insuficiente para explicar muchos problemas de salud, puesto que, ignoraba las variables psicológicas y sociales que influyen en la salud y enfermedad.

De esta manera, considerando las limitantes del modelo biomédico, surge un modelo biopsicosocial, propuesto por Engel (1977, citado en: Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000) que sostiene que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

A lo largo de la historia el concepto del proceso de salud y enfermedad ha evolucionado hasta considerarse hoy como el resultado de diversas variables relacionadas entre sí y que ello permite que se originen nuevas definiciones para entender dicho proceso. A continuación, se expondrán algunas de las definiciones que se han planteado tanto de salud, como de enfermedad, entendiendo que éstos nos son fenómenos aislados, sino que se incluyen en un proceso interactuante en formas diversas.

1.2. Definición de salud y enfermedad

Actualmente establecer un concepto de salud-enfermedad no es una tarea sencilla, Bouton (1986), nos dice que “la salud y enfermedad no son términos médicos ni conceptos científicos, los refiere como locuciones convencionales procedentes del lenguaje común, por lo tanto, no poseen un significado conceptual claramente definible y medible”, p. 34.

Según este autor la salud es más que un término genérico, ya que además de ausencia de enfermedad, indica bienestar actual, equilibrio, homeostasis, adaptación a las contingencias de la vida; y al definir enfermedad sin suponer ningún diagnóstico o nivel de gravedad o compromiso vital; el término salud no refleja una realidad objetiva y el término enfermedad no alcanza el reconocimiento diagnóstico. Dicha interpretación se basa en el modelo biomédico, que como ya se dijo es insuficiente, pues, se ha demostrado que la salud no puede entenderse como realidad abstracta y concreta.

Ryan y Travis (1981, citados en: San Martín, 1992) y Gómezjara (1989), en este mismo sentido, sostienen que existe una relación en constante cambio entre salud enfermedad.

Gómezjara (1989) afirma que además de la presencia de un fenómeno biológico para presumir enfermedad es necesaria una interpretación de dicho fenómeno que se basa tanto en los conocimientos objetivos y abstractos, como en los valores socialmente determinados.

El autor sostiene que el proceso de salud-enfermedad es el resultado de las relaciones históricas hombre-ambiente, por lo tanto, sugiere analizar cómo se establecen las relaciones de producción y de cambio en una formación social concreta que se expresan en una relación salud-enfermedad colectiva. Por otra parte, afirma que el proceso productivo (capitalista) propicia las condiciones socioeconómicas y ecológicas, que matizan el proceso de salud y enfermedad, y puede desencadenar problemas en eslabones biológicos: microorganismos, desnutrición, estrés, etcétera.

Para Penzo (1990), la salud-enfermedad son estados dentro de un continuo natural que pueden ser evaluados en términos de éxito o fracaso en cuanto a asegurar el ajuste adaptativo, lo que implica estudiar la respuesta del organismo en función al ambiente, atendiendo los factores de interacción, de esta manera la perspectiva de abordaje no es individual, sino colectiva.

Por su parte, San Martín (1992) refiere que la noción de salud- enfermedad, implica ideas de variación y adaptación continuas, es decir, que entre los estados de salud y enfermedad existe una escala de variación con estados intermedios, que va de la adaptación perfecta (difícil de obtener) hasta la desadaptación que llamamos enfermedad.

Ardilla (2000) argumenta que la salud y la enfermedad están determinadas por factores sociales estructurales que tienen que ver con la distribución de los recursos, con la ocupación, clase social, género, etcétera, todo lo cual está mediado por normas culturales.

Como podemos observar, los autores coinciden en el hecho de que no es posible atender y entender la salud y enfermedad como procesos absolutos y aislados, puesto que son fenómenos de un proceso continuo e integral, que rebasa el plano biológico, ya que implica al individuo en su totalidad. A partir de lo cual podemos afirmar que no es posible brindar una definición universal.

Así pues, encontramos una diversidad de definiciones que intentan explicar ambos procesos (salud y enfermedad), pero, en seguida se citan solo algunas de ellas, iniciando con el concepto de enfermedad.

Para Durvan (1982), la enfermedad es un estado general comprendido en una infinidad de dolencias que interfieren en la capacidad de actuación normal y que eliminan la sensación de bienestar, que es una característica de una persona sana.

Katz (1989) menciona que la enfermedad es cualquier desviación de la función o estados normales (del individuo total o de cualquiera de sus partes) es una manifestación de enfermedad. Estas pueden ser imperceptibles y no llevar a una disfunción inmediata evidente, que generalmente evolucionan hacia una recuperación funcional, o bien, pueden ser igualmente imperceptibles pero precursoras de una subsecuente claramente manifiesta.

Bouton (1986), sostiene la enfermedad es un *phatos*, lo patológico o enfermo y se observa en la sucesión temporal o cronológica, altera o interrumpe la norma, sea como crisis aguda o como sufrimiento, impotencia, vida desviada crónica. La condición individual, es un factor determinante de ella y puede ser a menudo

hereditaria y supone, un grado diverso, desviación, interrupción, discontinuidad, circunstancia de la norma.

El autor añade que la enfermedad se da siempre de manera singular y es el individuo el que impone a su enfermedad sus propias y múltiples determinaciones, su propio sustrato biológico, psicológico y social, en otras palabras, el individuo impone su propio terreno ante la enfermedad.

Para Fuente (1994), la enfermedad refiere un estado de perturbación evidente de la función normal.

Es evidente que estas concepciones coinciden en asociar a la enfermedad a sensaciones de malestar, dolor, incomodidad, hemorragia, etcétera, claramente perceptibles o diagnosticables y que influyen directamente sobre la funcionalidad de la persona, lo que hace que definirla sea más sencillo que definir el estado de salud que no es perceptible, además, la acción del propio análisis psicológico y social empleado en torno al concepto de salud y de los resultados obtenidos de dichos análisis, complican más la labor.

En seguida se hace una revisión histórica de la evolución del concepto de salud, partiendo de su definición etimológica; el término salud proviene del latín *salus* que significa “las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”, o bien, en el Diccionario de la Lengua Española (1992) se define como “el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente sus funciones” p. 1302 .

Como ya se dijo, tradicionalmente la salud se definió en términos biológicos y negativos como <ausencia de enfermedad>, entonces “la salud se define, así, como la <normalidad> frente a la <anormalidad> de la enfermedad” (Rodríguez, 1995, p. 55).

Sallera (1985, citado en: Ballester, 1997), refiere que esta significación no fue operativa, pues, primeramente, no es posible trazar el límite entre lo normal y lo patológico, y además ésta no explica la influencia de los factores psicosociales, etcétera.

Así pues, dichas limitantes son subsanadas por el modelo biopsicosocial, que hizo énfasis en la construcción social de la enfermedad, cambiando de igual forma el concepto de salud; añadiendo al marco biológico, un marco psicológico y social. E, se expondrán algunas de las definiciones que surgieron de esta perspectiva, en orden cronológico:

Primeramente, la OMS (1948, citado en: Ballester, 1997), la define como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no mera ausencia de enfermedad, dándose lugar por primera vez al concepto integral de salud.

Gómez (1996), argumenta que dicha definición aporta nuevos elementos al campo de la sanidad, pues, además de considerar aspectos previamente ignorados, por primera vez la definición se brindó en términos positivos.

Sin embargo, Dubos y Pines (1967), argumentan que no existe la salud perfecta y positiva, puesto que la vida humana implica lucha, fracasos y sufrimientos, que se resumen en una adaptación no perfecta al entorno.

Por otro lado, autores como Callagan (1977, citado en: Greene, 1988), Terris (1980, citado en: San Martín, 1992), San Martín (1992) y Gómez (1996), coinciden en que no es posible hablar de “completa salud”, pues existen grados de ésta, igual que de la enfermedad, así la salud queda expresa como un término relativo y no absoluto.

En 1985, Salleras (citado en: Ardila, 2000), refiere que es importante, cuando hablemos de salud, abordar tanto los “criterios subjetivos”, como “la capacidad de

funcionamiento” (aspectos objetivos) de un individuo y/o comunidad, ya que ambos elementos intervienen en el alcance y mantenimiento de un estado saludable.

Durán (1993), define a la salud como la armonía y bienestar de las personas en sus aspectos biológicos, cognitivos, afectivos y conductuales, abarcando los ámbitos más extensos de la vida familiar y social.

Roa (1995), refiere que las interacciones entre el estilo de vida, el medio ambiente y los comportamientos, dentro de un continuo, determinan un estado saludable, además, incorpora a la definición dos factores importantes: el sistema de asistencia sanitaria y la biología humana.

Ballester, en 1997, coincide con Salleras (1985, citado en Ardila, 200), en que la salud es la suma de elementos subjetivos (sentirse bien) y objetivos (habilidad para funcionar en las actividades requeridas). Asimismo, adopta y desglosa el concepto brindado por Durán (1993) y explica a la salud como un proceso continuo e infinito sin límites con la enfermedad, y que ésta tiene que ver con el estilo de vida y comportamientos de una persona o comunidad y que se traduce en la experiencia subjetiva de bienestar del individuo, sugiere que la salud constituye al mismo tiempo un fenómeno que sobrepasa al individuo para afectar y entenderse desde la sociedad a la que pertenece; definiéndose como la adaptación o interacción óptima entre mente y cuerpo, las exigencias, restricciones o limitaciones que le impone su propia vida.

A manera de reflexión, se puede decir que todas estas definiciones de salud están influidas por distintos factores, que como ya se dijo no han permitido llegar a un acuerdo de unanimidad, sin embargo; lo más importantes es el hecho de que se consideren los aspectos psicológicos como parte del concepto de salud y enfermedad, lográndose así una visión mas amplia de ambos conceptos.

Coincidiendo con Ballester (1997), quien destaca que no es necesario buscar una definición unánime de salud, sino más bien, una que sea clara, concensada y que contribuya a facilitar el trabajo de los profesionales de las salud de los diferentes contextos científicos, **puede entenderse a la salud como un estado de equilibrio continuo e integral, en el que se deben considerar los aspectos biológicos, cognitivos, afectivos, conductuales, económicos y culturales del individuo y/o la comunidad, que intervienen para alcanzar y mantener un estado saludable.** La condición humana no puede entenderse sin considerar todos estos elementos en continua interacción, solo a partir de ello es posible lograr resultados eficaces en materia de salud.

Una visión integradora de dichos factores permite asumir una postura conceptual. En el siguiente apartado se citan brevemente algunos de los de los modelos explicativos bajo los cuales este término ha sido analizado.

1.2.1. Modelos explicativos de la salud

Partiendo del **modelo biopsicosocial**, que se expuso anteriormente, se desprenden algunos otros que han buscado explicar la salud. El primero de ellos es el **modelo ecologista**, que parte del estudio la interacción del hombre con su ambiente (San Martín,1992, Vega, 2000).

En este modelo la adaptación es el punto importante, San Martín (1992) sostiene que si un individuo o el grupo viven en un estado de mala adaptación no se permite el goce de la salud ni del bienestar físico y mental. Él aclara que puede darse una “seudo adaptación” pero que ésta no conduce a un estado saludable, por ello, el ambiente debe proveer óptimas condiciones para el desarrollo pleno de las facultades del hombre.

Por otra parte, Greene (1988) y Caballo (1991) mencionan que el criterio de adaptabilidad es un poco negativo y limitado, pues explicándolo en esta forma se entendería que la salud se convierte únicamente en la habilidad para resistir épocas difíciles.

El modelo social, propone que el proceso de salud-enfermedad se sustenta en la manera en como la sociedad produce y distribuye la riqueza social. De esta manera lo biológico queda determinado por la estructura donde se encuentra el individuo (Sánchez, 1994).

Por su parte, Peaterson (1972, citado en: Vega, 2000), refiere que la salud es el estado óptimo de las capacidades de un individuo para la efectiva ejecución de los roles y tareas en los que ha sido socializado.

El modelo basado en el bienestar subjetivo establece que el sentimiento de bienestar espiritual es el que determina el nivel de salud (Greene, 1988).

Moss (1989), plantea que la “salud implica tener una buena relación con uno mismo, con las sensaciones, pensamientos, imágenes, sueños propios y con otras personas y con algo más, superior a nosotros -Self o Dios-” (p.132). Las bases de esta definición son el compromiso creativo, la intensidad de vida y el amor incondicional.

Partiendo de estas premisas Simonton (1989), refiere que “salud” es estar en armonía con nosotros mismos y con el universo.

El modelo, el psiconeuroinmunológico plantea cinco subdivisiones de la salud: el sentimiento subjetivo de bienestar, la capacidad para un alto nivel de productividad social, niveles adecuados en las medidas de funcionamiento corporal, baja frecuencia de utilización de servicios del sistema sanitario, y la capacidad de resistencia al estrés, a las infecciones, y a las agresiones físicas con

una pérdida mínima en los anteriores criterios (Irwin y Stone, 1985, citado en: Roa, 1995).

En estos modelos no se especifica con precisión la influencia o relación de los factores psicológicos en el proceso de salud y enfermedad. De ahí, que la Psicología de la Salud se sustente en la postura conceptual del modelo biopsicosocial expuesto por Engel (1977, citado en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000), sin que por ello desconozca o impugne los otros modelos.

De esta forma, las aportaciones que se han brindado al conocimiento general de la salud, desde la Psicología, enriquece la concepción de la salud y aporta nuevos elementos que ayudan a ampliar el campo de estudio. La concepción biopsicosocial del individuo implica abordar la participación de diversos factores interactuantes en el proceso de salud y enfermedad, en el siguiente apartado se describen dichos factores.

1.3. Factores que determinan el proceso de salud-enfermedad

Diversos factores intervienen en el proceso de salud enfermedad, en ese sentido, De la Fuente (1992) hace énfasis sobre la mala salud mental, en términos de angustia generalizada, abatimiento del humor, propensión a la violencia, síntomas psicofisiológicos mal definidos, etcétera, sostiene que la causa de muchos problemas de salud derivan del conflicto entre nuestra biología, naturaleza y psicología y de la estructura y organización de nuestra sociedad, así pues, expone que se ha elevado la demanda de consulta a hospitales y centros de salud, por personas cuyos problemas son trastornos afectivos y disfunciones somáticas y otros causados por el abuso en la ingesta de alcohol y drogas peligrosas.

Partiendo de la definición de salud, son varios factores los que intervienen en el proceso de salud-enfermedad, unos dependen directamente del individuo (factores fisiológicos, psicológicos y sociodemográficos) y refieren la predisposición biológica éste a la enfermedad, los recursos psicológicos que determinan las prácticas de salud de la gente, considerándose edad y sexo del individuo.

Otros factores (clima, calidad ambiental, geografía) contemplan las características del medio en que se desenvuelve el individuo, sus condiciones culturales y socioeconómicas y las de su grupo de referencia. (Buena, Sierra y Carroble, 1996). En seguida describiremos dichos factores detenidamente.

1.3.1. Factores orgánicos:

Estos factores refieren el sustrato fisiológico y genético. En este sentido, Gómez (1996), destaca que recientes investigaciones en Ingeniería genética parecen indicar que alteraciones genéticas son predisponentes para el desarrollo de algunas enfermedades.

Se considera que el buen funcionamiento de los sistemas y aparatos del cuerpo determinan el grado de salud física en el hombre. Se destaca la pertinencia de considerar la historia familiar, puesto que su conocimiento e investigación permite advertir la probabilidad de que un determinado sujeto padezca una enfermedad en un futuro y prevenir su aparición mediante cambio de hábitos alimenticios, prácticas deportivas, estilos de vida, etcétera.

1.3.2. Factores psicológicos:

Para hablar de un estado saludable, también se debe hablar de determinantes psicológicos, que incluyen el bienestar subjetivo del individuo, que está en función de sus pensamientos, emociones y percepciones. Uno de estos elementos es la personalidad, que determina la capacidad de funcionamiento, adaptación, habilidad para mantener un rol social adecuado y la competencia para que el individuo obtenga su bienestar (Gallar, 1998).

Esto se refiere básicamente a que se puede deteriorar la salud a falta de buenas aptitudes al realizar alguna actividad, o si las actitudes, temperamento y creencias son negativas ante cierta situación originándose emociones negativas que afectarán el sistema inmunológico (Martínez, 2001).

Otro factor psicológico a mencionar para la promoción de la salud, es el autoconcepto, se sabe que quien posee buena autoestima tiene mayor capacidad de defensa frente a influencias externas antisaludables (Gallar, 1998).

Por otro lado, el comportamiento asertivo determina el nivel de bienestar que puede experimentar una persona, por tanto, es necesario fomentar hábitos como la dieta, ejercicio e higiene para prevenir enfermedades físicas (Vega 2002).

De acuerdo con lo anterior, se requiere conducirse en armonía para promover el bienestar y prevenir enfermedades, así entonces, el hombre sano es quien ha podido establecer relaciones maduras, plenas y gratificantes a su alrededor.

Al respecto, con todo lo anterior, puede decirse que la percepción, creencias y atribuciones que el individuo tenga de sí mismo, así como de lo que implica estar sano o enfermo influye directamente en sus actitudes y comportamientos (hábitos alimenticios, acciones sanitarias, asistencia a los servicios de salud) y lo que en general le permite configurar un estilo de vida saludable o no saludable.

1.3.3. Factores socioeconómicos y culturales:

Estos factores reflejan la forma en que la sociedad está organizada, y la salud de una nación depende del alto grado de esta estructura social (Sánchez, 1994).

La religión es uno de los aspectos culturales más importantes a considerar, por su interrelación con la salud y enfermedad, en este sentido, Enstrom (1975, citado en: Vega, 2002), cita algunos datos y afirma que se ha encontrado poca frecuencia de cáncer y enfermedades cardiovasculares en grupos judíos, mormones y adventistas, cuyas características culturales y hábitos de salud son

específicos y al mismo tiempo diferentes, con respecto a otros grupos religiosos. De igual manera, puede citarse que en el grupo cristiano se prohíben las transfusiones sanguíneas, es decir, bajo ninguna circunstancia puede permitirse el intercambio sanguíneo, pues este hecho es considerado un pecado y la impurificación del cuerpo.

Sobre este punto, se puede concluir que la religión también puede influir en la conservación del estado saludable, puesto que, una creencia religiosa sugiere al grupo, en términos generales, hábitos, costumbres y comportamientos particulares, de igual manera una ideología religiosa permea los sentimientos y la concepción que el individuo tenga de sí, de su cuerpo, su entorno y por ende, de la salud y enfermedad.

En cuanto al género, se cuenta con información que sostiene la tesis de que se tiene menor esperanza de vida para el hombre que para la mujer, y ello va en aumento. Sin embargo, la mujer tiene una morbilidad mayor, pues visitan más al médico y muestran permanencias hospitalarias más largas, más incapacidades, cirugías y ausencias en el trabajo y la escuela (Sánchez, 1994).

En lo que se refiere al aspecto económico, Sánchez (1994) menciona que se encuentra concordancia en la esperanza de vida entre los países con el mismo nivel de desarrollo. En tanto que los países menos desarrollados y más pobres presentan y comparten una esperanza de vida relativamente corta y tasas altas de mortalidad, pues, tienen malas condiciones sanitarias, mala nutrición y educación deficiente.

Ahora bien en lo que factores culturales se refiere, se sabe que algunas poblaciones tienen creencias religiosas muy arraigadas, que conducen a explicaciones incorrectas sobre salud; muchas veces las enfermedades las atribuyen a castigos divinos y así se descuidan las formas de contrarrestarlas (Vega 2002).

Por su parte, Ardila (2000) sostiene que la percepción de los estados corporales y su interpretación tienen que ver con la cosmovisión de cada grupo social. Una cultura que considere inevitable el dolor, tendrá una actitud de resignación sobre el mismo, ...”Con dolor parirás a tus hijo...*sentencia bíblica*” (p. 49). La posición hacia el dolor de otro grupo menos estoico será diferente, por tanto también lo será su conducta.

Este autor considera que las actitudes y comportamientos del individuo frente a la salud y la enfermedad se determinan culturalmente y dan contenido y significado a lo que es sano o lo que no lo es. Como ejemplos, cita el consumo excesivo de alcohol, hoy considerado una enfermedad, en tanto hace unas décadas no lo era, o más gráfico tal vez el caso de la homosexualidad, antes entendida como un trastorno mental, hoy es entendida como un estilo de vida normal.

Sostiene igualmente, que el contexto sociocultural diseña un papel social de enfermo e inclusive determina muchos problemas nuevos. De esta manera, cuestiones como qué es un enfermo, cómo tratarlo, cual es la actitud ante las enfermedades y quienes las padecen, conduce a la concepción de la enfermedad como una construcción social.

Otro punto importante, es la estigmatización hacia ciertas enfermedades; es decir concebirlas como “castigo de Dios” hoy el SIDA, ayer la sífilis, anteaer la lepra (Ardila, 2000).

Ahora bien, en países del tercer mundo coexisten la medicina alternativa o tradicional y las medicinas facultativas, ésta ultima como se sabe posee un sustrato empírico y tiene un acuerdo intersubjetivo, se basa en la investigación científica, en tanto que la medicina tradicional plantea explicaciones sobre la etiología, desarrollo y posible curación de las enfermedades, con fundamentos mágico-religiosos y se centran el curanderismo. En Colombia por ejemplo se

practican ambas de manera simultánea como una mejor alternativa (Gutiérrez de Pineda, 1985, citado en: Ardilla, 2000).

Así, el tratamiento implica tomar medicinas homeopáticas y medicinas tradicionales, o puede servirse de métodos como la meditación y de la farmacopea científica fundamentada. Cabe señalar que las personas que acuden al curandero, no siempre son individuos ignorantes o de bajo nivel cultural. Se recurre a él, al creer que la medicina científica ha fallado en casos como el cáncer, SIDA, trastornos congénitos y de otra naturaleza.

Gutiérrez de Pineda (1985, citado en: Ardilla, 2000), menciona también que en todo el mundo existen lugares de peregrinación religiosa, que cuentan en su haber con numerosas “curaciones milagrosas”, por referir algunos: Lourdes en Francia, Fátima en Portugal, Buga en Colombia, San Juan de los Lagos en México..., la mezcla de religión, magia, medicina tradicional y efecto placebo Ha dado origen a un extraño sincretismo de todos los días.

Bajo esta perspectiva, podemos decir entonces que cada formación social crea sus propias patologías, de ahí que sea necesario detectar cuáles son los procesos presentes en ellas, de tal forma que los comportamiento orientados hacia la salud, no pueden entenderse si se separan de su contexto social (Ardilla, 2000).

Cierto es que la Psicología de la Salud no se ha ocupado de estudiar el lugar que ocupan estas prácticas alternas del cuidado de la salud, pero a nuestra opinión la unidad mente-cuerpo (unidad fundamental de esta área de la psicología) puede estudiarse mejor si se abordan este tipo de tradiciones populares – culturalmente condicionadas- que tienen mucho que ver con la salud y enfermedad, es decir, el considerar como éstas creencias y prácticas pueden intervenir en la concepción que un grupo tenga sobre salud y enfermedad puede ayudarnos a entender y explicar, como se mencionó con anterioridad, como este

mismo toma acciones que conduzcan al alcance y mantenimiento de un estado saludable, previniendo y tratando enfermedades.

Por otro lado, Vega (2002) menciona que la publicidad es otro aspecto cultural de gran repercusión, pues, es a través de la misma que puede tenerse acceso directo a la población y tener influencia sobre la misma, aunque en muchas ocasiones fomenta hábitos no saludables, estimulando hábitos de consumismo y promoviendo una identidad física estereotipada. De tal forma que para lograr una participación constante, positiva y eficaz en la promoción de la salud, por parte de la comunidad, es importante analizar la influencia de este medio (la publicidad) sobre la misma.

Se puede concluir, que los factores son un todo interactuando en un sistema de vida individual y colectivo, ya que si bien los factores psicológicos son determinantes éstos se permean y matizan por el contexto social en su conjunto, ya sea económico, cultural, político e histórico.

1.3.4. Factores ambientales:

El ambiente ejerce un efecto poderoso sobre la salud de los individuos y determina o matiza sus enfermedades, sus actitudes hacia ellas y la relación con los sistemas de salud. (De la Fuente, 1992)

Para referirlos los factores ambientales citaremos a Higgson y Muire (1976, citado en: Vega, 2002), que los exponen dividiéndolos en dos categorías, la primera la denominan microambiente y en él quedan incluidos aquellos factores sobre los cuales el individuo ejerce control personal. Y la segunda, denominada macroambiente, la cual implica aquellas influencias en la salud en las que no es posible el control inmediato del individuo, y que además proceden tanto del medio social, como del medio físico.

De acuerdo con Calvo y Del Rey Calero (1998, citado en: Vega 2000) los fenómenos ambientales más comunes son la contaminación, el ruido y las alteraciones atmosféricas que suelen producirse en las ciudades.

Al respecto, De La fuente, (1992) expone, que la contaminación ambiental particularmente en áreas urbanas, es grave. La producción del ambiente alcanza grados peligrosos en las ciudades y daña bosques y ríos. A la polución global de la atmósfera sumemos la contaminación del ambiente por gérmenes patógenos y el consumo de agua y alimentos contaminados por desechos humanos, sin contar con la cantidad de contaminantes, como monóxido de carbono, ácido sulfhídrico y óxidos de plomo, que al correr del tiempo producen trastornos psicológicos sutiles, inespecíficos, e indefinibles como las afecciones respiratorias y otros daños orgánicos. El mismo autor refiere que tampoco se han podido establecer los efectos psicopatológicos del ruido excesivo, pero se suman a otros factores generadores de estrés.

Urbina y Ortega (1986), al respecto unos años antes, por el contrario sostuvieron que el sonido tiene dimensiones físicas y psicológicas que al volverse incontrolables e indeseado se convierte en ruido, sostiene que las fuentes de ruido mas comunes son el transporte, el flujo del tránsito, las obras públicas y las industrias además de múltiples objetos hogareños y de oficina.

Heimtra (1979) aseveró que las fuentes de ruido aumentan cotidianamente, y con el crecimiento demográfico se da ocasión de que un mayor número de personas queden expuestas ante él, ocasionándoles problemas de audición y de salud mental.

Urbina y Ortega (1986) mencionan también que las fuentes más comunes de ruido son el transporte, las obras públicas, el tránsito y las industrias, asimismo algunos objetos del hogar y la oficina, y sus efectos sobre las personas van desde un intempestivo aumento de la presión sanguínea, malestares gastrointestinales y

úlceras. Ivancevich (1992) suma a estos la fatiga, disminución del desempeño y de la tolerancia a la frustración.

En cuanto concierne a la contaminación, Heimtra (1979) y Evans (1982, citado en Urbina y Ortega, 1986), coinciden que ésta generalmente no se percibe como una amenaza inmediata a la salud por ello se considera más como una molestia que como amenaza.

Por su parte, Evans (1981, citado en: Urbina y Ortega, 1986) refiere que los efectos psicológicos de la contaminación implican la modificación de los umbrales y procesos sensoriales, entorpecimiento de solución de problemas y disminución de la capacidad del trabajo.

Dentro de los efectos fisiológicos originados por la contaminación, Heimtra (1979) refirió previamente que produce alteraciones de conducta, además de la dificultad para respirar, ardor en lo ojos, y Evans (1981, citado en Urbina y Ortega., 1986) complementa que igualmente se produce una disminución de resistencia a agentes patógenos, afección del sistema inmunológico.

Por otra parte, el hacinamiento, entendido como aquellos factores psicológicos y subjetivos que obedecen a las características individuales y las condiciones situacionales tanto físicas como sociales, se afirma que la aglomeración explica solo parcialmente el malestar físico en algunos ambientes, pero que la relación de este factor con la salud se determina a partir de una amplia gama de factores ambientales y personales.

Urbina y Ortega (1986) sostienen, respecto a los factores climáticos, que algunas investigaciones relacionan al calor, que es el rubro mas investigado, con las tasas de mortalidad en áreas urbanas, en tanto que en otras, lo señalan como favorecedor de la agresión, y otros estudios muestran que éste puede perturbar el rendimiento de las personas.

Anderson, en 1993, por otro lado, expone que uno de los grandes problemas de las áreas urbanas es el tránsito vehicular, y argumenta que éste produce pérdidas de tiempo y energía para trasladarse y realizar las actividades cotidianas,.

Con todo lo anterior, se reitera la importancia de entender el proceso de salud-enfermedad como un proceso integral, aunque este es un hecho que suele complicar la tarea de los profesionales que trabajan en este ámbito, pues la labor se torna ardua y complicada, pero de ello depende el que se puedan resolver favorablemente muchos de los problemas a los que actualmente se enfrenta toda sociedad, como son: mejorar la calidad de vida, no de un individuo sino de las comunidades; reducir los altos costos que conlleva el tratamiento y rehabilitación de enfermedades, promoviendo eficazmente la conservación de un estado saludable.

1.4. La salud y enfermedad como una construcción de la dinámica social.

El papel desempeñado por los factores psicológicos, sociales y culturales en la salud y enfermedad constituyen un importante objeto de estudio de las ciencias sociales y de la conducta, ésta es una de las cuestiones básicas que se pretenden cubrir, ya que refieren aquello que las personas piensan y hacen respecto a su salud y enfermedad. Como por ejemplo, las cogniciones acerca de la salud y de la enfermedad; este término se aplica a las creencias, percepciones y atribuciones que las personas poseen acerca de su salud y de la enfermedad atendiendo al papel que éstas desempeñan al momento de realizar conductas saludables o no saludables, que dan como resultado la preservación de la salud o la aparición de la enfermedad.

Otro aspecto importante, es el que menciona Gomezjara (1989), refiere que las relaciones de producción y de cambio en una formación social concreta y su proceso productivo se expresan en una relación salud-enfermedad colectiva, pues

esta provee las condiciones socioeconómicas y ecológicas en que dicho proceso (salud y enfermedad) se desarrolla.

Ardilla (2000), también argumenta que la salud y la enfermedad son construcciones sociales, pues, los factores sociales estructurales (distribución de los recursos, con la ocupación, clase social, género, etcétera) influyen en el proceso.

Restrepo (2001), por su parte, refiere que el valor que se le atribuye a la salud tiene que ver con las ideologías y corrientes de pensamiento dominantes en un momento histórico dado.

A través de la historia, el campo médico ha estado de alguna manera interesado en las costumbres y creencias populares, pues a través de la aculturación de las prácticas domésticas basadas en conocimientos científicos se ganaba terreno con referencia a las creencias erróneas respecto al embarazo, la lactancia, y la educación de los niños, entre otras cosas. Como esta aculturación se hizo a través de los libros las sociedades urbanizadas fueron las primeras en adaptarlas a sus vidas y se ha podido extender hasta zonas rurales de manera paulatina.

A manera de reflexión, puede decirse que aún no se valora suficientemente la conexión que existe entre los saberes populares, entre las variables macrosociales, históricas o políticas y los ajustes locales, y no se comprende la compleja dialéctica que resulta del contraste entre dos culturas, por ejemplo, Europa y América Latina, o la compleja dialéctica que se establece entre la religión y la medicina científica y sus aparatos institucionales, las ciencias sociales, los saberes empíricos, y las relaciones de todo ellos con la reproducción social y política.

Los avances médicos han permitido erradicar o decrementar la incidencia de infecciones, pero actualmente los problemas y causas de muerte son otras, las enfermedades crónico degenerativas juegan un papel muy importante en ello. Por ejemplo, se observa actualmente un incremento considerable de estrés, sin dejar aun lado el hecho de que el ruido, la contaminación y exposición a agentes químicos también se han elevado. De esta manera, en gran parte el cambio de vida de la gente precipitó el desarrollo y prevalencia de dichas enfermedades.

Por esta razón, se reitera la importancia que conlleva el atender los aspectos cognitivos, motivacionales, afectivos, emotivos, conductuales, psicofisiológicos y psicosociológicos para la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Lo anterior nos conduce a una conclusión en la que concordamos con Latorre y Beneit (1992) que sostienen que en la actualidad cualquier investigación sobre salud debe concebirse tanto en el contexto psicológico, como en el social en que éste tiene lugar.

En conclusión, la salud es un problema social y un problema político, que es mediado por la participación comunitaria, pues esta no es solo nuestro derecho, sino además una responsabilidad personal que debe ser fomentada y promocionarse por la sociedad y sus instituciones; lo cual implica promover que el individuo se asuma la responsabilidad de defender, mantener y mejorar su salud. Es claro que siendo la salud una construcción social, es este un concepto dinámico y cambiante cuyo contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que lo formula y lo acepta.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, y tomando en cuenta que el proceso de salud y enfermedad y los factores que interviene en el mismo requieren de la atención a la influencia que ejercen el contexto social y las variables psicológicas en dicho proceso.

Ante esta situación, queda entendido que la participación de ciencias como la psicología, tienen mucho que aportar en el estudio del proceso de salud-enfermedad, específicamente nos referimos a la psicología de la salud tema central que trataremos en el siguiente capítulo, a lo largo del cual describiremos el surgimiento de la Psicología de la salud, su definición, así como las teorías que la sustentan y la situación actual de ésta.

CAPITULO 2: PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La Psicología de la Salud ha contribuido sustancialmente en la comprensión y entendimiento de un amplio rango de factores que determinan la salud y la enfermedad. Mucho del trabajo realizado se ha involucrado en el uso de esquemas conceptuales y teóricos que permitan dilucidar la forma en que aparecen las conductas relacionadas con la enfermedad o la salud. Asimismo, los modelos explicativos utilizados han sugerido nuevas direcciones para la investigación y la intervención de esta práctica (Taylor, 1990, citado en: Velásquez, 2001).

Debido entre otras cosas a las demandas sociosanitarias y los altos costos de dichas demandas, la Psicología de la salud se ha vuelto una especialidad de rápido crecimiento dentro de la Psicología clínica en las últimas décadas (Phares, 1999).

Por lo anterior, se considera el surgimiento de la Psicología de la salud, como un área que puede contribuir de manera importante en el campo de la salud, a continuación revisaremos algunas de sus definiciones y teorías que la abordan su situación actual y perspectivas futuras.

2.1. Desarrollo de la Psicología de la Salud

Es frecuente encontrar escasa literatura existente sobre la historia de la Psicología de la Salud, a fines del siglo XIX la Psicología logra configurarse un espacio propio bajo la influencia de corrientes empíricas racionalistas promovidas por la Revolución Industrial que promovió la ciencia experimental, alcanzando respetabilidad como ciencia independiente a través del trabajo en laboratorio y la aplicación del pensamiento positivista; en las últimas dos décadas de ese siglo y

las tres primeras del siglo XX se sucedió su institucionalización académica, con los aportes de autores como Titchener, Binet, Freud y Watson (citados en: Morales,1999).

Debido a la falta de un acuerdo para responder a problemas básicos, se produjo una diversidad de posiciones teóricas que se traducen al desarrollo de escuelas con lenguajes propios y práctica profesional aplicada a diferentes campos de la vida social (Velázquez, 2001).

La ciencia psicológica logró una mayor definición después de la Segunda Guerra Mundial, de tal suerte que ésta irrumpió como profesión antes de su consolidación como ciencia básica (Ribes, 1982 citado en Velásquez, 2001).

Durante este periodo la Psicología se fue consolidando en el campo de la Psicología Clínica y de la Salud Mental, refiriendo que los problemas mentales tenían concomitantes de tipo físico (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Kazdin (1978, citado en: Becoña, Vázquez y Oblitas (2000), menciona que con la aparición de las técnicas de modificación de conducta surgió todo un movimiento psicológico a partir de las mismas.

Por otro lado, en 1983, Gatchell y Baum define a la Psicología de la Salud como “una disciplina relativa al papel primario de la psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual” (p.11).

Autores como Gatchel, Baum y Krantz (1989) argumentan que esta idea al ser asumida por la medicina favoreció que se superara la dicotomía mente-cuerpo propuesta por Descartes.

Según Schofiels (1969, citado en: Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000) los psicólogos se han interesado por cuestiones de salud desde los primeros años del

siglo pasado, aunque dicho interés creció cuando en la década de 1960 se comienza a plantear la necesidad de intervenir en los servicios de salud.

El movimiento más importante que se identifica en la Psicología como Psicología de la Salud se da a fines de 1970. (Matarazzo, 1980, Stone, 1979, citados en: Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Fue aceptada en 1978 por la American Psychological Association y clasificada por Matarazzo (1980, citado en Durán,1993). Desde entonces, el crecimiento de esta área de la Psicología ha sido sorprendente y no ha dejado de luchar por consolidar su autonomía y alcanzar el deseado estatus científico, para lo que ha debido modificar constantemente sus objetivos, generando nuevos métodos específicos de investigación, dentro de una diversidad de modelos, teorías y metodologías.

En términos generales, existe un gran interés por estudiar y valorar el estilo de vida y la conducta de las personas en relación con el proceso de salud enfermedad, esta necesidad de entender la interrelación existente entre la vida emocional y los procesos corporales surge a partir de que la OMS en 1978 argumenta que el modelo biomédico no permite explicar y demostrar el origen y desarrollo de algunas enfermedades crónicas, debido a que se ignoran los aspectos psicológicos y sociales de las mismas (Buela, Sierra y Carroble, 1995).

A partir de lo anterior, se considera que el surgimiento y consolidación de la Psicología de la Salud, brinda una posibilidad más amplia de entendimiento y atención tanto para la salud, como para la enfermedad. De este modo, los planteamiento y perspectivas de esta área han sido empleados por los profesionales de la salud procedentes de otros campos (médico, sociológico, etcétera).

Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) afirman que la Psicología de la Salud surge a partir de diversos factores, donde uno de los más importantes fue el cambio en la concepción de “salud” y “tener buena salud” que surge, como ya se dijo, de la incorporación de los aspectos psicológicos en el campo de la salud, criticándose con ello, el modelo biomédico basado en el reduccionismo y en el dualismo mente-cuerpo, que ha realizado grandes contribuciones en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, pero presenta deficiencias para explicar y controlar algunas enfermedades crónicas, especialmente en las que se presentan factores psicológicos, de ahí que fuera importante abrir un campo que permitiera dar respuestas a esas demandas

Al respecto, Knowles (1997, citado en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000) menciona que nacemos con buena salud y enfermamos como resultado de una conducta y condiciones ambientales inadecuadas, por lo tanto, el reconocimiento de que la conducta y un ambiente inadecuados están relacionados con la aparición y prevención de las enfermedades crónicas, fue el antecedente más importante para el surgimiento de la Psicología de la Salud.

Otro aspecto importante en materia de salud son los altos costos económicos de las demandas sociosanitarias, ya que una importante cantidad de recursos se destina a reparar daños causados por hábitos y estilos de vida no saludables, pero aún no se muestran mejorías ni en salud ni en el incremento de comportamientos saludables que puedan ayudarnos a prevenir especialmente, las enfermedades crónico degenerativas.

En este sentido, Phares (1999) sostiene que la Psicología de la Salud ha empleado esquemas conceptuales y teóricos que permiten conocer la forma en que aparecen las conductas relacionadas con la enfermedad o la salud, el papel del estrés afectando la conducta, la representación del paciente tanto de salud-enfermedad, así como la manera de afrontar y ajustarse a este proceso.

Ante esta situación, la Psicología de la Salud surge para dar respuesta a las demandas sociosanitarias, para lo cual, los psicólogos generalmente clínicos o conductuales, debieron modificar sus técnicas a un nuevo campo de aplicación, en el cual, además de la rehabilitación es necesario la prevención y promoción de la salud.

Con el surgimiento en 1978 de la Psicología de la Salud y aceptándose el modelo integral para entender y atender el proceso de salud-enfermedad, se exige la aplicación integradora de los conocimientos derivados de cada una de las partes del modelo, para resolver problemas de salud y para mantenerla o para promoverla.

La Psicología de la Salud utiliza a este modelo biopsicosocial como central y explicativo, pues asume una perspectiva interdisciplinaria y reconoce el peso de los componentes biológicos, psicológicos, conductuales de la persona y el componente social (Engel, 1977).

Holtzman (1993) nos refiere que el desarrollo de la Psicología de la Salud como una disciplina y profesión depende del grado de apoyo que en cada nación se le ha prestado.

Por lo tanto, podemos ver que en algunos países ya se cuenta con escenarios de trabajo, líneas de investigación y programas de formación consolidados, mientras que en otros ésta es un área aún incipiente y en otros todavía no se inicia (Rodríguez y Rojas, 1996).

Al respecto, Enright (1990, citado en Ramírez, 1996) y Holtzman (1993) explican que en países como Alemania, Suecia y Austria el psicólogo de la salud está integrado al equipo médico y sus acciones se dirigen a la planeación de programas preventivos, aplicación de técnicas (conductuales) a diferentes

enfermedades, a la investigación y enseñanza en facultades de medicina a nivel posgrado en Psicología.

Mientras que en países en vías de desarrollo como México se observa un lento crecimiento ya que el modelo médico sigue dominando el ámbito de la salud impidiendo la inserción del psicólogo en el área. (Salinas, 1995).

Pero, en países como África, la población está preocupada por satisfacer sus necesidades primarias (alimento y vivienda) por lo tanto, los servicios de Psicología son considerados como un lujo, así que la Psicología de la salud no ha emergido, Ballester (1997) explica que en estos países aún se sostienen creencias sobrenaturales respecto a la salud y enfermedad.

En nuestro país actualmente se impulsa el desarrollo de la Psicología de la Salud, la mayoría de los programas desarrollados por el sistema nacional de salud se enfocan a la atención y capacitación, actualmente podemos encontrar investigaciones realizadas ya en México, aunque la mayoría de ellas son del área médica y no psicológica; asimismo estas investigaciones no han sido canalizadas a la solución de problemas en el sector salud (Ramírez, 1996).

También es cierto que comienza a concebirse a la Psicología de la Salud como una especialidad de grandes aportes, es decir, para ellos el psicólogo debería ubicar su trabajo a nivel de diseño, conducción, supervisión y análisis de los programas elaborados, más que su aplicación e intervención (Rodríguez y Rojas, 1996).

La evaluación de la Psicología de la Salud en México ha tenido un desarrollo paulatino, no por ello se resta importancia a la investigación.

Tras revisar algunos de los antecedentes y aspectos del desarrollo de la Psicología de la Salud, se mencionan algunas definiciones que se han realizado sobre la misma.

2.2. Definiciones de Psicología de la Salud

Como se sabe, el desarrollo de la Psicología de la Salud ha sido sorprendente y existen diversos factores que han hecho esto posible. De acuerdo con Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) uno de los factores importantes fue el cambio en la concepción del término “salud” y “tener buena salud” con el reconocimiento de que la conducta y un ambiente inadecuado se relacionan con la aparición y prevención de enfermedades infecciosas y dado que la salud es una entidad muy amplia y compleja, los ámbitos de aplicación de la Psicología de la salud son múltiples y ante esta diversidad se han proporcionado diferentes definiciones de la misma.

Stone (1979) es uno de los primeros autores en definirla, y dice que al hablar de Psicología de la Salud se engloban todos los conceptos, teorías y métodos en tanto puedan ser aplicables a la comprensión e intervención en diferentes ramas del sistema de salud.

En 1980, Matarazzo brinda la definición más amplia y reconocida hasta el momento sobre Psicología de la Salud, él la definió como **“el conjunto de contribuciones educativas, científicas, profesionales de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de la etiología y diagnóstico correlacionados a la salud-enfermedad y disfunciones relacionadas y para el análisis y mejora del sistema de cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias”** (p.4), (OMS, 1982, Millon, 1982, Durán,1993, Latorre, 1995, Phares, 1999, Becoña, Vázquez y Oblitas 2000).

Posteriormente Millon (1982, citado en Belar, Deardoff y Kelly, 1987) la define como “la aplicación de conocimiento y metodología de diferentes campos de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud física y mental de los individuos y prevención, evaluación y tratamiento de todas las formas de desordenes físicos y mentales, en donde los factores psicológicos contribuyen de manera relevante” (p. 46).

Esta definición, al igual que la de Matarazzo, enmarcan en términos generales el campo de trabajo de la Psicología de la Salud, pero de ello hablaremos con detenimiento en el capítulo siguiente.

Para Taylor (1986, citado en Latorre, 1995) queda entendida como el “área de la Psicología que intenta comprender la influencia de las variantes psicológicas sobre el estado saludable, el proceso por el cual se llega a éste y cómo responde una persona cuando está enferma” (p. 17).

Por su parte, Blomm (1988, citado en Morales, 1999), “la relaciona con el estudio científico de la conducta, ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y enfermedad” (p. 7).

Rodríguez y Palacios (1989) en México, 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 y promoción de la salud, así como la formación de un estilo de vida para la salud” (p. 25).

Sarafino (1990) la precisa como “el campo de la Psicología introducido a finales de los 70 para examinar las causas de las enfermedades y estudiar vías para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad e incluso llegar a mejorar el sistema sanitario” (p. 483).

Carrobles (1993, citado en Phares 1999) la describe como el “campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente, médicos; con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitarlos en caso de que tengan lugar, haciendo uso de la metodología, los principios y conocimientos de la Psicología científica; sobre la base de que la conducta constituye junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad” (p. 455).

Ese mismo año Holtzman (1993) expone que ésta “se ocupa del estudio de la relación biopsicosocial mente-cuerpo en un medio social, cultural, y surge a partir del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y mantenimiento de la salud” (p. 13).

Simón, igualmente en 1993, la definió como “la confluencia de las contribuciones específicas de las diversas áreas del saber psicológico, (como la Psicología Clínica, la Psicología Básica, la Psicología Social y la Psicobiología) tanto para la promoción y mantenimiento de la salud como para la prevención y tratamiento de la enfermedad” (p.19).

Rivas y Fernández (1996, citados en: Phares, 1999) la consideran como un “campo profesional ecléctico y por tanto, no es posible limitarla a seguir supuestos ni características de un modelo único, sino que es preciso integrar lo que cada uno puede aportar para lograr un estado de bienestar biopsicosocial de los individuos” (p. 457).

Phares (1999) sostiene que “la definición se reformó para incluir el papel del psicólogo como representante de la política de salud y como profesional contribuyente para el sistema de atención sanitaria, incorporando estos nuevos roles, e incluye las contribuciones de la Psicología para mejorar la salud, para

prevenir y dar tratamiento a la enfermedad, e incluso identificar los factores de riesgo para la salud, mejorar el sistema de atención sanitaria y finalmente influenciar sobre la opinión pública respecto a la salud” (p. 458).

Lo anterior evidencia que sigue siendo difícil establecer la definición unánime de ésta área psicológica, pues incluye el bienestar o estado de sentirse bien, que es sin duda un aspecto subjetivo, pero cuya importancia puede ser mayor para la salud que la simple condición física (Vega, 2002).

Se puede decir que aún cuando algunas de estas definiciones enfatizan la prevención y tratamiento de distintas enfermedades; como las de Stone y Carrolles, algunas otras acentúan la prevención y mantenimiento como la de Taylor, Holtzman, Rodríguez y Palacios, Blomm; en ese sentido reiteramos nuestro acuerdo de que la definición más completa y apropiada es la propuesta por Matarazzo en 1980 y que se describió anteriormente, ya que retoma diversos aspectos de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, y otros aspectos importantes del área sanitaria, en los que es posible reconocer la inserción del psicólogo en esta disciplina.

Además, cada autor retoma sustancialmente o agregan algún elemento a la definición de Matarazzo (1980, citado en Durán, 1993) plasmando la particularidad de su contexto y la utilidad que el término favorezca a la investigación.

La Psicología de la Salud surge para responder a las demandas sociosanitarias concebidas a partir del modelo biopsicosocial que ha permitido explicar la génesis y mantenimiento de las enfermedades crónicas o funcionales. (Phares, 1999).

Dicha disciplina de especialidad aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados en la Psicología para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar o modificar y prevenir los trastornos mentales o de conducta

relevantes para los procesos de salud y enfermedad, en los distintos contextos en que éstos puedan tener lugar.

Sin embargo, a la hora de cumplir sus funciones para cubrir sus objetivos se encuentra con el conflicto de delimitar su campo de acción ya que han surgido otras interdisciplinas como la salud conductual, la medicina conductual, etcétera, cuyo propósito es destacar la importancia del comportamiento individual en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud; lo que nos deja ver que se plantean metas semejantes, pero no por ello son lo mismo, a continuación referiremos dichas diferencias entre la Psicología de la salud, Psicología clínica y la medicina conductual.

2.3. Diferencias entre la Psicología de la Salud y otras Interdisciplinas

La Psicología de la Salud es una área que suele confundirse con otras interdisciplinas, ya sea, por su reciente surgimiento, sus métodos y técnicas, o por el planteamiento de sus objetivos. Pero, dichas ambigüedades pueden despejarse explicando en que consisten estas interdisciplinas.

Psicología Clínica: se define como el área de la Psicología en la que se aplican técnicas de evaluación y modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos psicopatológicos (Buela, Caballo y Sierra, 1996). Entonces, los psicólogos clínicos se ocupan del cuidado de la salud predominantemente en el campo de la salud mental.

Existe la necesidad de distinguirlas, pues algunos temas aparecen con los mismos títulos en estas áreas, ya sea en sus manuales o incluso en sus congresos. Pero, si partimos del hecho de que la Psicología de la salud no se

inserta y limita en el terreno de la salud mental, sino en un todo integral como ya se mencionó con anterioridad, sencillamente por ese hecho tanto los objetivos, como métodos y técnicas se particularizan, aunque ciertamente ambas parten de los mismos principios de la Psicología moderna.

Medicina Conductual: Buela, Caballo y Sierra (1996) refieren que es una disciplina interdisciplinaria que integra la Psicología conductual y la medicina, así como el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación. Sus objetivos son la intervención directa, el entrenamiento a los profesionales de la salud, el entrenamiento de los pacientes para el adecuado seguimiento de prescripciones médicas, la modificación de los patrones de conducta para la prevención de enfermedades y el diseño de nuevas estrategias de intervención (Collins, Rici y Burkett, 1981, citado en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Generalmente, la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual son consideradas como sinónimos, sin embargo, desde nuestro punto de vista tal argumento es incorrecto, pues la Psicología de la Salud representa la contribución específica de la Psicología a esta base de conocimientos y técnicas llamada Medicina conductual, en otras palabras, la distinción radica en la aproximación interdisciplinaria frente a la aproximación específica de la disciplina en lo referente a la salud y la enfermedad.

Por lo tanto, se considera que la distinción más importante que se puede hacer para evitar confundirlas, es aquella que parte de sus objetivos y hacia quien los dirigen.

La Medicina conductual trabaja con individuos, enfatizando en el tratamiento, mientras que, la Psicología Clínica, se centra en la enfermedad más que en la

salud y lo hace más de manera individual que comunitaria, enfocándose sobre todo en la enfermedad mental y emocional.

Por último, la Psicología de la Salud abarca desde la promoción y mantenimiento de la salud hasta la prevención y tratamiento de la enfermedad, además que siguiendo con el modelo conductual en contenidos y posición teórica, se apoya del modelo psicométrico, pues trabaja a nivel comunitario.

De este modo, puede concluirse que no es posible considerar dichas interdisciplinas como sinónimos, pues es evidente que difieren, como ya se dijo tanto en sus objetivos, como en hacia quienes los dirigen y por lo tanto en el cómo harán uso de las técnicas y metodologías a su alcance.

Otro punto importante a considerar, es que además del surgimiento de interdisciplinas interesadas en abordar el proceso de salud-enfermedad, han surgido diversos modelos conceptuales que permiten entender la aparición de las conductas relacionadas con la salud-enfermedad, conducta y papel de los pacientes en este proceso, que constituyen las principales bases teóricas de la Psicología de la Salud; brindando una amplia gama de posibilidades de incidir en el área, ya sea, por la peculiaridad del caso o por la preferencia del investigador. En el siguiente apartado describiremos brevemente dichas corrientes teóricas

2.4. Corrientes teóricas que abordan la Psicología de la Salud

Actualmente la Psicología de la salud ha ampliado su campo sugiriendo nuevas direcciones para la investigación y la intervención, esto ha sido posible por la diversidad de modelos teóricos que se han utilizado para incidir en el área como:

La teoría de la adaptación: que refiere a mecanismos adaptativos fisiológicos del cuerpo para responder a la enfermedad, esta teoría se apoya básicamente en

un mecanismo fisiológico de equilibrio o de homeostasis. La adaptación, es un aspecto importante que debe considerar el psicólogo de la salud, pero no básico asegura Bertalanffy (1968, citado en Schwartz, 1977).

A nuestra opinión, el ser humano es más que producto de una adaptación de tipo fisiológico al medio y los agentes patológicos, por ende esta teoría debiera utilizarse como apoyo del trabajo psicológico, pero de ninguna manera, como fundamento teórico único.

La teoría del afrontamiento: ésta analiza la forma en que procesos cognitivos intervienen al responder a ciertos eventos, a través de patrones de conducta complejos, aprendidos y modulados socialmente, analiza la forma en que se da el proceso cognitivo al responder a ciertos eventos. Esta teoría sugiere conocer el nivel de desarrollo cognitivo al considerar cualquier intervención, pues de acuerdo con Peterson (1989, citado en: Stone, 1979) el concepto de la enfermedad evoluciona sistemática y predeciblemente.

Stone (1979) sostiene que los dominios de la teoría no han sido diferenciados totalmente, ya que se tiende más al fenómeno que a los conceptos explicativos, se interesan en el impacto que produce el daño y las repuestas a esos impactos.

La teoría psicósomática: menciona la interacción entre estresores biológicos, procesos simbólicos y reacciones del cuerpo, este campo fue dominado por los psicoanalistas que intentan comprender los síntomas corporales en términos de los conflictos psíquicos, según Lapwsky (1976, citado en: Stone, 1979) los estresores ambientales provocan un estado emocional a través de la medición cognitiva, individual y particular a la cultura, que infieren en el estado de salud o enfermedad. Es decir, los estados emocionales determinan los patrones de ayuda fisiológica que sirven como fuentes de información de impacto etiológico en la patogénesis, además se sostiene que la enfermedad y su tratamiento son los estresores mismos, de tal suerte que ambos mantienen la salud y el curso de la

enfermedad en un interjuego dinámico entre los sistemas ambientales, sociales, cognitivos y fisiológicos.

La teoría humanística: creada por Maslow, quien la consideró “la tercera fuerza”, se enfoca en la forma en que se desarrollan personalidades sanas y los medios para alcanzar la salud, además se interesa en cómo el sujeto se hace conciente y puede comunicar sus emociones; que la vida de una persona, es lo que esa persona percibe de acuerdo a su punto de vista, por otro lado, proclama la libertad de elección y la búsqueda del potencial más alto del individuo. La terapia tiene como propósito el ayudar al sujeto a reconocer sus recursos internos, buscar alternativas y formular metas, actualmente los estudios se centran en lograr empatía entre el terapeuta y el paciente y en la efectividad de varios modos de tratamiento (Crain y Crain, 1987, citado en: Ramírez y Cortés, 1999).

La teoría del desarrollo: analiza los factores del desarrollo relacionados con la salud infantil, estableciendo éstos de manera firme y consistente, comprende principalmente una orientación hacia el futuro en la que la intervención temprana es importante para la mejora del estado de salud, y el análisis de cada fase de desarrollo para que se dé atención a los problemas evidentes y particulares a cada periodo. (Maddux, Sladden y Wright, 1989, citados en: Vega, 2000).

Maddux, Sladden y Wright (1989, citados en: Vega 2000), proponen tres aspectos importantes a analizar del desarrollo infantil, que son: el motor, cognitivo y psicosocial, esto no significa que los autores proponen una teoría del desarrollo infantil sino un esquema de trabajo para examinar las relaciones entre el desarrollo y la conducta de salud, pues los cambios en la concepción de salud y enfermedad que ocurren durante la infancia contribuyen a incrementar el sentido de autonomía y control personal, que a su vez favorece la adquisición y desarrollo de conductas de autocuidado.

La teoría de la salud conductual: que refiere la conducta molar dirigida a propósitos de la salud o reforzada por hallazgos saludables, permite deslindar los aspectos físicos de los biológicos y sociales, además de considerar la importancia de la dimensión psicológica de la salud en general y del estrés en particular: el comportamiento individual. (Ramírez y Cortés, 1999).

Esta teoría surgió a partir de los trabajos de condicionamiento clásico y la teoría del aprendizaje como determinantes que contribuyen al análisis de la conducta. Posteriormente y a partir de hallar que las técnicas de condicionamiento pueden aportar valiosa ayuda a los escenarios médicos, surgió la Medicina conductual, campo que crece dentro de la perspectiva conductista con sus mismas características y métodos de trabajo.

Como vemos son varias las posibilidades en cuanto al marco teórico y de investigación que se pueden elegir para la incursión del psicólogo en la salud, considerando los recursos disponibles y elaborando un plan de intervención partiendo de uno o varios niveles teóricos pero congruentes con el objetivo primordial de promover y mantener los patrones y estados saludables.

Se han referido hasta el momento, los aspectos generales del surgimiento de la Psicología de la Salud, como sus definiciones, desarrollo, situación actual y teorías que la abordan, otro punto importante a retomar, es el futuro esperado para esta área de la Psicología, para ello se destina el siguiente apartado.

2.5. Perspectivas futuras de la Psicología de la salud

Uno de los aspectos más importante de esta disciplina aplicada son sus perspectivas futuras las cuales están relacionadas con la idea de salud comunitaria, el auge de la prevención primaria y la promoción de la salud. En los proyectos futuros para la Psicología de la Salud se puede observar la importancia

que va adquiriendo la concepción que Matarazzo dio sobre Psicología de la Salud en 1980, ya que contiene los elementos más importantes para describir la función de la Psicología de la salud.

Becoña, Vázquez y Oblitas, (2002) en su publicación titulada “Estado actual y perspectiva de la Psicología de la Salud”, sugieren algunas líneas que caracterizarán el futuro de esta área psicológica, las cuales son:

Ellos afirman que será necesario dar importancia al modelo conductual por parte de otros profesionales de la salud, para comprender, explicar y cambiar los comportamientos desadaptativos relacionados con la salud y la enfermedad; lo cual, según Amezcua (1992) favorecerá el desarrollo de esta área de la psicología.

Debido a los enormes costos sanitarios de las distintas enfermedades que están causadas básicamente por comportamientos inadecuados, deberá darse prioridad a un gran desarrollo de programas preventivos para tales enfermedades (Doll y Peto, 1989, Peto y López, 1994, citados en: Becoña, Vázquez y Oblitas, 2002).

El concepto de Psicología de la salud y otros conceptos relacionadas con ella, deberán clarificarse, como lo mencionamos previamente, para evitar ambigüedades, coincidimos con Donker (1991) cuando afirma que las cuestiones terminológicas son importantes para diferenciar unas ramas del saber de otras.

También habrá de delimitarse el campo práctico del modelo biopsicosocial, según Engel (1977), es importante que el psicólogo no pierda de vista la importancia del trabajo interdisciplinario y que aunque su labor se centre generalmente en lo psicológico y conductual, no haga a un lado los otros componentes.

De esta manera, podrá darse origen a nuevos modelos explicativos, desde una perspectiva interdisciplinaria, de los distintos problemas surgidos en materia de

salud sin perder de vista el contexto cultural y sanitario en que se desarrolla la enfermedad. Así entonces, los programas de intervención utilizados brindarán los mejores resultados posibles al mejor costo-efectividad, lo que los hará más comprensibles y sobre todo justificará y compensarán la inversión otorgada (García y Becoña, 1994).

También será preciso mejorar las técnicas de intervención actualmente disponibles (Caballo, 1991).

En ese sentido García y Becoña (1994) proponen que también es necesario desarrollar nuevas estrategias de intervención que puedan aplicarse en formato de autoayuda a través de los medios de comunicación, para atender por ejemplo el estrés crónico, alto nivel de colesterol, conductas sexuales de riesgo, etcétera que si bien es cierto que estos formatos ya se utilizan actualmente, aún no se han logrado resultados de costo-efectividad. Lo cual indica, que dentro del desarrollo de nuevos programas cobra gran relevancia el desarrollar estrategias efectivas de prevención a las recaídas de los hábitos y enfermedades tratadas.

Casas y Grossop (1993), nos dicen al respecto que ello es relevante para tratar conductas adictivas, sin embargo, es necesario ampliar el campo de intervención de prevención de recaídas a otras conductas para mantener a largo plazo las ganancias terapéuticas.

Costa y López (1986) señalan, que si hasta el momento prevenir en salud pública equivalía a inmunizar a la población susceptible contra las enfermedades transmisibles y adoptar medidas de saneamiento ambientales, desde ahora mismo supondrá también, y cada vez más, cambiar los comportamientos, así como los escenarios y contextos en que ellos tienen lugar.

La misma OMS (1982, citado en Latorre, 1995) apremia para que se realicen investigaciones que promuevan comportamientos favorables para la salud y para que se establezcan metodologías adecuadas a tal fin.

Se espera también, que se satisfaga la necesidad de convencer a los planificadores sociales y agrupaciones relevantes de la importancia en promover cambios de los estilos de vida no saludables por otros saludables. Asimismo, se espera un incremento importante de los programas dirigidos a las personas con SIDA y de la tercera edad, ello impulsará el incremento del papel de la Psicología de la Salud como punto de referencia de los planificadores en el campo de salud, dado que hoy como en el futuro, serán los comportamientos los responsables de la mortalidad y morbilidad de los ciudadanos, de esta manera el psicólogo de la salud podrá tomar decisiones en las organizaciones sanitarias (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2002).

Los conocimientos de la Psicología de la Salud deben integrarse en otras áreas del conocimiento ajenas a la Psicología pero en íntima relación consigo misma por su multidisciplinariedad y deseada interdisciplinariedad. Y así como resulta necesario incrementar la investigación y publicación del trabajo psicológico en materia de salud, es prioridad el desarrollo de programas especializados para la formación de los psicólogos de la salud en México, prestando especial atención al valor social de la salud.

Finalmente, la Psicología de la Salud es una verdadera promesa para mejorar el estilo de vida del individuo, para mejorar la calidad de los servicios hospitalarios y de salud pública y para reducir los costos de los mismos, esta promesa pronto será realidad, y ayudará a mejorar nuestra calidad de vida y también la de las próximas generaciones (Moscoso y Oblitas, 1994).

Moscoso y Oblitas, (1994) refieren que un cambio en la línea comportamental de la salud ayudaría más fácilmente a otros cambios en una sociedad tan compleja

como la nuestra, desigual, y deshumanizada en ocasiones, pero que puede recompensarse hacia un sentido más positivo del ser humano, lo que al final resulta también en un sentido positivo de nosotros mismos.

En conclusión, se puede decir que la Psicología de la Salud es una área de gran vitalidad, aparecida a fines de los 70's, y de rápido crecimiento y así mismo es el campo de mayor futuro de la Psicología para las próximas décadas, por tanto, se esperan un mayor desarrollo, crecimiento y expansión tanto a nivel teórico, como formativo, de investigación y aún más importante, profesional.

A partir de lo anterior, nos queda por hablar del papel que juega el psicólogo de la salud, especificando cuales son sus actividades y campo de acción profesional, sobre ello tratará el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3. EL PSICÓLOGO DE LA SALUD

La labor del psicólogo como profesional de la salud es muy amplia ya que cuenta con diversas herramientas, conocimientos y habilidades que le permiten aportar conocimientos teóricos y prácticos en la promoción y mantenimiento de la salud; así como en la prevención y tratamiento de las enfermedades.

Partiendo del hecho de que la Psicología de la Salud implica un trabajo interdisciplinario sus aportaciones no sólo nutren el campo psicológico, sino que brindan a su vez tales herramientas a otros profesionales de la salud, tanto del campo médico, como social, etcétera.

3.1. Campo de acción profesional

Las definiciones de Matarazzo (1980) y Millon (1982), que se revisaron en el capítulo anterior sobre Psicología de la Salud enfatizan las áreas de trabajo del psicólogo de la salud en relación al proceso de salud-enfermedad.

En ambas definiciones se menciona, que la actividad desempeñada por la Psicología o por el Psicólogo de la Salud puede ejercerse o aplicarse en muy distintos y variados contextos, en concordancia con la complejidad y variedad del comportamiento y de la actividad humana y no sólo en el ámbito restringido del Centro Clínico, del Servicio de Salud Mental o del Hospital en general, aunque estos continúen siendo los principales ámbitos de aplicación de la misma.

Las funciones del psicólogo se encaminan al mejoramiento de los servicios de salud, y van desde la promoción y mantenimiento de la salud, la realización de estudios sobre los aspectos biopsicosociales que contribuyen a ella y el impacto de las instituciones sanitarias.

En este sentido, la OMS de 1984 a 1989 citó cuatro actividades en las que el psicólogo puede desempeñar un papel importante y son de acuerdo con Holzmant (1993):

- a) El desarrollo de políticas de salud mental, promover, coordinar, evaluar y sostener programas mundiales.
- b) Atender y entender los factores psicosociales en la promoción de la salud y el desarrollo humano.
- c) Prevención y control de adicciones. d) prevención y tratamiento de desordenes mentales y neurológicos.

Stone (1988, citado en Salinas 1995) establece que estas actividades se distribuyen en tres dimensiones: la investigación, ya sea básica o hasta la evaluación de las aplicaciones posteriores; las intervenciones dirigidas al cuidado de la salud del individuo y las personas relacionadas con él (familia, personal de salud, etcétera) e intervenciones psicológicas encaminadas al cambio de procesos corporales por bio-retroalimentación y modificación de hábitos conductuales o cognitivos con respecto a la salud-enfermedad.

Aunque, en este sentido, Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) mencionan que otra de las categorías en que puede incluirse el papel del psicólogo es la de formación, pues el psicólogo de la salud también participa en la educación y entrenamiento de las nuevas generaciones de psicólogos de la salud.

Los escenarios de trabajo pueden ir desde instituciones de enseñanza superior, centros asistenciales y en la práctica privada enfocada a la atención individual o de pequeños grupos (Rodríguez y Rojas, 1996).

Además, Weiss (1982, citado en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000) señala que hay empresas públicas o privadas que realizan funciones asistenciales y capacitación en salud ocupacional.

En países como Alemania, Suecia y Austria el psicólogo de la salud está integrado al equipo médico; Enright (1990, citado en Ramírez, 1996) y Holzmant (1993) explican que sus acciones se dirigen, como se mencionó con anterioridad, a la realización de programas preventivos, y aplicación de técnicas a diferentes enfermedades, a la investigación y enseñanza en facultades de medicina a nivel postgrado en Psicología.

Del mismo modo en países como E.U. y Cuba el psicólogo forma parte del equipo que labora en los centros hospitalarios y tanto ellos como esta disciplina tienen un reconocimiento favorable, sin embargo, en México aún no se da un desarrollo suficiente, ni se reconoce ni se brindan condiciones suficientes a los profesionales de la Psicología que pretenden acceder al ámbito de salud (Ramírez, 1996).

Esto es, que predomina una carencia de reconocimiento a la labor profesional del psicólogo de la salud en nuestro país.

Cabe mencionar que aun cuando las investigaciones realizadas en este país sobre la Psicología de la Salud son escasas, actualmente el número de psicólogos interesados en dicho ámbito va en aumento, enfatizando la importancia de redefinir las opciones de la labor de este profesional en el sector salud hacia roles y actividades de mayor trascendencia que las de mero auxiliar de las acciones médicas.

En el siguiente apartado se abordan las actividades que el psicólogo realiza al insertarse en dicha área.

3.2. Labor del psicólogo de la salud.

Entre las múltiples funciones que incluye o desempeña la Psicología y los Psicólogos de la Salud destacan: evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir.

Estas funciones incluyen en general, la práctica total de la actividad normalmente desempeñada por el psicólogo que trabaja en este ámbito; con la excepción quizás, de la deseable actividad investigadora que los psicólogos de la salud también deberían realizar en sus respectivos ámbitos aplicados.

Las funciones del psicólogo de la salud son variadas y al respecto Seligson (1993, citado en Barrientos, 1998) sugiere que éstas se guían por las siguientes premisas:

- La conducta en interacción con algunos factores del medioambiente incrementa el riesgo de padecer ciertas enfermedades crónicas.
- Los cambios en la conducta (estilo de vida) pueden reducir la probabilidad de riesgo en ciertas enfermedades.
- Las técnicas conductuales permiten modificar, sistematizar y mantener los cambios.

No obstante, tal variedad se pueden agrupar en las siguientes actividades, que a su vez requieren determinadas especificaciones:

3.2.1. Evaluación

Consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. La evaluación implica frecuentemente a más de una persona pudiendo tomar, a veces, como objetivo central dos o más personas, como por ejemplo, una pareja, una familia u otros grupos o colectivos.

Belar, Deardorff y Kelly (1987) destacan la importancia de la evaluación como un proceso continuo, que como paso previo al tratamiento permite seleccionar la intervención más adecuada, durante el tratamiento y al término de éste, permite verificar los avances o retrocesos de la enfermedad y la eficiencia final de las estrategias de intervención. Ellos plantean cuatro blancos a evaluar: el biológico, el afectivo, el cognitivo y el conductual, a continuación los describimos brevemente:

Biológico: se obtiene información sobre la edad, sexo y raza del paciente; los cambios físicos recientes, información relacionada con su enfermedad (naturaleza, localización, frecuencia de síntomas, estado actual e impacto en su estado de salud general), incluye un examen físico a través de la exploración médica, y estudios de laboratorio, se evalúan posibles daños genéticos, cirugías, lesiones; y el sistema nervioso central al igual que el sistema músculo esquelético. Lo cual es evaluado por el médico.

Afectivo: se evalúan los sentimientos del paciente acerca de la enfermedad, su tratamiento y los proveedores de atención de la salud, así como sus soportes sociales para hacer frente a la enfermedad y su nivel de autoestima.

Cognitivo: refiere el nivel de conocimiento y percepción del paciente sobre su enfermedad y los tratamientos a que es o será sometido; sus actitudes, habilidades, limitaciones, actitudes, hábitos de salud y percepción de control de síntomas físicos y psicológicos y del costo beneficio del régimen de tratamiento y expectativas a futuro. Su filosofía de vida y creencias religiosas.

Conductual: se obtiene información sobre lo que hace el paciente, cómo y cuándo; su patrón conductual en áreas de autocuidado de salud, en el área ocupacional, de relaciones interpersonales y funcionamiento recreativo, entre otras.

En cada una de las áreas se busca información sobre el estado actual y pasado del paciente y los cambios producidos por la enfermedad.

Para esta labor el psicólogo de la salud cuenta con una serie de instrumentos que han ido evolucionando para incrementar su validez y confiabilidad (Millon, 1982, citado en: Belar y Cols, 1987).

En general, los instrumentos más usuales son algún tipo de test, cuestionarios, entrevistas, observaciones y aparatos psicofisiológicos. A menudo estos procedimientos se utilizan en combinación, constituyendo una batería de pruebas o una estrategia de medida múltiple.

3.2.2. Diagnostico

Consiste en la identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate. Debe entenderse como “resultado” del proceso de evaluación psicológica. En el ejercicio de esa función, el psicólogo clínico y de la salud habrá de tomar decisiones como la de aceptar si se trata de un problema que cae dentro de su competencia o no; afirmar el grado de severidad o gravedad de las primeras informaciones que se ofrecen del problema, el diagnóstico, si procede; la especificación del problema en términos operativos y por último la indicación del tratamiento.

3.2.3. Tratamiento e Intervención

En algunos casos, la actividad del psicólogo de la salud ha de ser entendida como intervención, más que como “tratamiento” en el sentido estricto. Se trata en este caso, de un conjunto de acciones destinadas a resolver un problema (previamente identificado y analizado) de forma indirecta. (Salinas, 1995 y Barrientos, 1998).

La intervención puede consistir igualmente en organizar una sistemática para el estudio y conducción de los factores individuales, ambientales y relacionales, que puedan favorecer y/o perturbar la calidad del proceso de adaptación a la enfermedad.

Esta función incluye el diseño y la realización de programas de ajuste a la enfermedad crónica, programas de preparación para la hospitalización, programas de entrenamiento para afrontar el proceso de hospitalización y conseguir una buena adaptación, que puede ser de carácter general o referidos específicamente a determinados acontecimientos diagnósticos o de tratamiento especialmente estresantes (por ejemplo, programas de preparación para la cirugía, programas para procedimientos diagnósticos invasivos como biopsias, endoscopia, arteriografía, etcétera.) (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2002).

La prestación del tratamiento puede ser en aplicación individual, en pareja, o en grupo, su duración suele ser inespecífica, puesto que depende de cada uno de los casos y también de las circunstancias y la naturaleza de la terapia.

Los objetivos pueden concretarse en la solución de un problema específico, proponerse la reconstrucción de la personalidad, o algún propósito entre estos dos extremos. Igualmente, además del interés en el entendimiento, el alivio de la solución de un trastorno dado, la actuación del psicólogo puede incluir la prevención de problemas mediante la intervención en instituciones, contextos y ambientes, así como la intervención centrada en personas con riesgos o en toda una comunidad.

3.2.4. Investigación

El psicólogo por tradición y formación facultativa, está orientado a la investigación, esta actividad le caracteriza de los demás profesionales de la salud y le permite constituir una contribución reconocida en el contexto clínico y de

intervención comunitaria. Dichas investigaciones se llevan a cabo ya sea en los propios contextos aplicados o en laboratorios.

Las áreas de investigación, incluyen desde la construcción y validación de tests hasta el estudio del proceso y del resultado de distintos tratamientos psicológicos, desde la determinación del valor pronóstico de determinadas variables hasta la comprobación de la viabilidad de profesionales como terapeutas, desde el análisis de contextos infantiles o geriátricos hasta la evaluación o experimentación neuropsicológica o psicofísica, por señalar esa variedad de áreas de investigación. (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2002)

Esta orientación a la investigación del psicólogo en el marco de la salud tiene importancia, al menos por las tres siguientes razones: por un lado, permite evaluar críticamente la gran cantidad de investigaciones que de continuo se publican, para discriminar posibles nuevas aportaciones y determinar qué procedimientos de evaluación e intervención terapéutica sean más adecuados para sus clientes.

Por otro lado, es una condición para evaluar la efectividad de su propio trabajo, de modo que se eviten prácticas espurias clínicamente sostenidas por la inercia y se promueva una mejor actuación profesional.

Finalmente, constituye una dotación facultativa con la que se contribuye al trabajo en equipo en contextos médicos (hospitalarios y centros de salud) donde ya se espera esta destreza por parte del psicólogo (como ya se ha dicho), en particular, para el diseño de las investigaciones del equipo, para la solicitud de financiamiento de proyectos y como consultor de proyectos ajenos.

3.2.5. Enseñanza y Supervisión

La dedicación a la enseñanza y formación a otros en tareas clínicas y de la salud, tiene varias modalidades. El psicólogo puede estar total o parcialmente dedicado a la enseñanza tanto en cursos de graduación facultativa como de postgrado, en

áreas de personalidad, psicopatología, psicología anormal, evaluación clínica, psicodiagnóstico, terapia o modificación de conducta, psicoterapia, técnicas de intervención y tratamiento, intervenciones comunitarias, diseño de investigación y otras. Autor de manual de técnicas psicosociales

La supervisión de la practica es un tipo especial de enseñanza en la que el psicólogo de la salud aporta su experiencia profesional a la formación de estudiantes. El modelo consiste, por lo general, en que el estudiante asista a las sesiones que se estimen convenientes y viables o incluso realice alguna tarea con el cliente y se reúna entre sesiones con el supervisor.

En todo caso, el cliente siempre conoce la condición de estudiante en prácticas y de que el responsable es el supervisor. Esta supervisión puede ser individual o en pequeños grupos. De la misma forma, son usuales también otras tareas en que se muestre al estudiante la práctica profesional, tales como la aplicación, corrección y valoración de pruebas o la aplicación de ciertas técnicas, así como la asistencia a sesiones clínicas. Es obvio también que el estudiante está obligado a la confidencialidad en el mismo sentido que el clínico.

Otra forma de enseñanza o supervisión es la ayuda prestada a solicitud de estudiantes y de graduados que plantean o llevan a cabo determinada investigación. Esta labor va desde la orientación bibliográfica y el consejo para que el diseño responda a lo que se quiere saber, hasta la introducción en las habilidades como investigador. La tarea del supervisor en este sentido ha de ser tal que preste una ayuda relevante sin convertir al solicitante en un mero ejecutor de sus ideas.

Finalmente, algunas orientaciones clínicas como la terapia o modificación de conducta, incluyen a menudo la formación de no profesionales de la psicología en principios y técnicas de análisis y modificación de conducta. Esta enseñanza puede ir dirigida, bajo control y supervisión del psicólogo, a otros profesionales de

modo que sean ellos los que extiendan la aplicación psicológica en sus contextos naturales, como médicos, enfermeras, técnicos sanitarios, dentistas, higienistas dentales, profesores y demás personal cuya dedicación tenga que ver con alguna forma de trato y atención social. Esta enseñanza puede también ir dirigida al propio cliente formando parte del contexto terapéutico cuando la relación clínica implica la ayuda a la gente para aprender nuevas maneras de comportarse en la vida cotidiana.

Como podemos observar la participación del psicólogo en el área de la salud es sumamente importante. En seguida mencionaremos las funciones que ejerce el psicólogo de la salud, a partir de las actividades anteriormente descritas:

3.3. Actividades del psicólogo de la salud

Las funciones del psicólogo de la salud son diversas y se pueden clasificar de la siguiente manera:

3.3.1. Promoción y mantenimiento de la salud

Según la OMS (1984, citado en Salinas, 1995) la promoción de la salud es un elemento común para quienes reconocen la necesidad de un cambio en el estilo de vida a fin de mejorar la salud de las personas. La promoción de la salud es una estrategia que media entre la población y su entorno sintetizando entre las decisiones individuales y las comunitarias en cuanto a salud.

De acuerdo con Millon (1982, citado en Barrientos, 1998) existe una correlación entre los cambios durante la vida y procesos de enfermedad, afirma además que dicha correlación está mediada por variables personales, experiencias previas y factores medioambientales como el apoyo social.

Para Costa y López (1986) los objetivos para promover y mantener un estado saludable son: primeramente desarrollar hábitos y costumbres sanas en la gente,

modificar las pautas de comportamiento cuando los hábitos individuales y sociales son insanos o peligrosos para la salud, promover la modificación de aquellos factores externos al individuo que influyen negativamente en la salud, y por último, lograr que los individuos y los grupos organizados de la comunidad acepten la salud como un valor fundamental, lo que permitiría que ésta se convirtiera en un patrimonio de la comunidad, y por ello habrá de asumir la responsabilidad y control de muchas de las circunstancias y condiciones que la afectan.

Dado que la salud es un evento interpersonal que incluye factores biomédicos y conductuales, es importante diseñar programas que permitan promover la salud a través de comportamientos y formas de interacción con el medio que propicien la salud física y psicológica y disminuyan el riesgo de enfermedad. En este sentido, se promueve una dieta balanceada y acorde con las necesidades del organismo; el ejercicio físico y un estilo de vida con periodos equilibrados de trabajo, diversión y descanso. (Barrientos, 1998).

3.3.2. Prevención y tratamiento de la enfermedad

Esta línea de trabajo va de la mano con la labor que se realiza para promover y mantener la salud. En 1960, el Instituto Nacional de Investigación Dental en Estados Unidos sentó un precedente al reconocer la posible contribución de los psicólogos en la prevención de las enfermedades dentales y apoyó una investigación en la que se valoraba la posible relación entre las creencias personales sobre la salud y el estado de salud de cada individuo.

Años después Friedman y Rosenman (1976) identificaron un patrón conductual que denominaron “conducta tipo A” como un factor de riesgo para la salud, relacionado específicamente con enfermedades coronarias; a partir de sus investigaciones se diseñaron una serie de programas de intervención para modificar este patrón conductual.

En esta misma línea, pero a nivel de tratamiento de la enfermedad Blanchard (1990, citado en Barrientos, 1998) presenta algunos tipos de intervención psicológica (relajación muscular progresiva, terapia cognitiva, monitoreo continuo y Biofeedback térmico) en el tratamiento de problemas como el dolor de cabeza vascular y dolor de cabeza tensional.

3.3.3. Análisis y mejoramiento de los sistemas de salud

Este es otro aspecto importante de la salud, ya que uno de los elementos que determinan el curso de la enfermedad es precisamente la calidad de los servicios con que cuenta el paciente para atender sus padecimientos.

A nivel de sistemas de salud, Salinas (1995) señala, que las intervenciones del psicólogo se enfocan al mejoramiento de los servicios para satisfacer las necesidades del paciente; haciendo los ambientes más cómodos y menos amenazantes, facilitando las relaciones terapéuticas médico-paciente y llevando a cabo funciones de docencia en aspectos psicológicos relacionados con la enfermedad y el manejo psicológico durante el diagnóstico, tratamiento y recuperación del paciente.

3.3.4. Formulación de políticas de salud

Comúnmente las políticas de salud han sido planteadas por profesionales de la medicina, pero de acuerdo con Salinas (1995) el psicólogo de la salud debe intervenir activamente en la formulación de éstas, pues, él contribuirá planteando a la salud como un evento multicausal y dinámico.

Desarrollándose en cualquiera de las áreas anteriormente mencionadas, el psicólogo de la salud desempeña múltiples funciones y actividades, desde aquellas que se relacionan directamente con la evaluación o intervención en problemas prácticos hasta las que se encaminan a la investigación

3.3.5. Dirección, Administración y Gestión

Este tipo de función tiene más que ver con la colaboración con la gerencia del sistema sanitario: es básicamente una función de gestión de recursos humanos cuyo objetivo es mejorar el desarrollo de los servicios, mediante la mejora de la actuación de los profesionales sanitarios y del sistema mismo.

Un primer aspecto de esta función es el de ordenación de la tarea global en el sistema sanitario. Para cumplir tal función, el psicólogo actúa como experto en relaciones humanas e interacción personal, en dinámica de grupos, y se ofrece a los equipos de salud como coordinador de actividades y asesor en la solución de las posibles dificultades que pueden surgir de la interacción, colaborando en la mejora de la calidad de tal interacción entre los diferentes miembros del equipo, y entre los diferentes equipos, a fin de optimizar el rendimiento de los dispositivos asistenciales.

Esta función de coordinación no ha de confundirse con la función de dirección de un equipo asistencial, aunque puede coincidir con ella. Por otro lado, la función de coordinación puede extenderse a la coordinación con las acciones de asistencia especializada hospitalaria y extra hospitalaria y a las acciones de la asistencia no especializada en la Atención Primaria extra hospitalaria. Se trata, en suma, de poner en práctica el concepto de salud bio-psico-social y de atención integral que implica, ejerciendo una labor de cuidado indirecto del paciente, sobre todo en el caso de una enfermedad crónica, o discapacidad permanente. En el caso de ciertas patologías, como las oncológicas, la coordinación puede proseguir hasta la muerte del paciente terminal, dentro del medio hospitalario (si existe un programa para ello).

De cualquier modo, la buena coordinación intra e inter equipos repercutirá con seguridad en un mayor nivel de calidad de la asistencia.

Por otro lado, el cumplimiento de esta función conlleva, primero, el estudio y establecimiento de la mejor forma de adecuar los recursos humanos a los fines del sistema; y segundo, la evaluación y valoración periódica de la aportación de los trabajadores en las mejoras o retrocesos en los servicios y resultados que reciben los usuarios de la organización sanitaria (en estrecha conexión con el análisis de la calidad de la asistencia).

En consecuencia, el psicólogo de la salud en el cumplimiento de esta función actuará:

- Como experto (“Consultor técnico”), al ofrecer asesoramiento a los directores y jefes de línea en asuntos que afectan a las relaciones laborales para afrontar y manejar los problemas que se puedan presentar, formulando y ejecutando tratamientos específicos y/o globales (según los casos).
- Como auditor, evaluando y valorando el desempeño de los directivos administrativos, jefes de servicio y jefes de enfermería, en cuanto a la implantación y desenvolvimiento de las políticas de personal y en cuanto a la humanización de la asistencia, previamente acordadas por los órganos correspondientes.
- Como diseñador de programas para relacionar los recursos humanos disponibles, y proponiendo procedimientos alternativos a los que están siendo utilizados, adaptando métodos y tecnologías a los recursos efectivos de que se dispone.

En el cumplimiento de esta función, el psicólogo puede desempeñar puestos como director de un hospital de Salud Mental, Jefe de Servicio de un Hospital o Centro de Salud, Director de un Departamento Universitario, Director de un Programa de Formación de Postgrado (Doctorado, Master), Director de un Servicio Clínico Universitario, Director General de Servicios o programas sectoriales de Psicología de la Salud, Presidente de alguna sección profesional o

científica, responsable de un proyecto de investigación, y otros, incluyendo la gestión de su propia actividad profesional.

A manera de conclusión, tenemos que las funciones del psicólogo se encaminan al mejoramiento de los servicios de salud, y abarcan desde la prevención y el mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, hasta la realización de estudios sobre los aspectos biopsicosociales que intervienen en dicho proceso y el impacto de las instituciones sanitarias, y siendo que la Psicología de la salud es un campo de reciente surgimiento los psicólogos de la salud provienen de diversas áreas, tanto del campo médico como psicológico.

Haciendo un análisis de la situación global de la Psicología de la Salud, encontramos, que pese a su reciente emergencia, en algunos países ya se ha logrado un reconocimiento en cuanto a la labor del psicólogo, mientras que en México este es un hecho que aún no se ve reflejado, desde nuestra perspectiva, y dado a las condiciones reales de la inserción de este profesional al ámbito de trabajo, pareciera que las expectativas en cuanto a lo que se puede hacer potencialmente con las herramientas que tenemos como profesionales son demasiado ambiciosas, ya que implica toda una revolución cultural.

Reconociendo que la Psicología de la Salud toma en cuenta al individuo como un ser integral, pero reconociendo su individualidad, consideramos de suma importancia analizar qué papel juegan en materia de salud aspectos como las diferencias de género, ya que los roles sociales mediatizan las creencias de las personas, y por lo tanto, sus actitudes y comportamientos ya sea saludables o no. En esa misma línea, es sustancial identificar las posibles diferencias tanto biológicas, como psicológicas implícitas en fenómenos tan recurrentes y dañinos en nuestra sociedad, como el estrés.

De esta manera, en el siguiente capítulo se abordan cuestiones tales como la importancia del concepto de género, su relevancia en el ámbito de la salud, los programas de intervención que surgen a partir de esta perspectiva que implica roles, afecciones específicas al sexo, y proyectos de intervención sanitaria, así como también lo que es el estrés, los factores que intervienen en éste, sus formas de afrontamiento y consecuencias.

CAPÍTULO 4. GÉNERO

Se considera importante tomar en cuenta como punto de análisis la cuestión de género y no sólo de sexo, ya que en el campo de la salud existe una tendencia a hacer hincapié en las diferencias biológicas como factores explicativos del bienestar o la enfermedad. Aunque el enfoque de género en la salud reconoce la importancia vital que revisten tales factores biológicos en la salud de los sexos, también recalca que el reconocimiento de los factores sociales es esencial para analizar en este caso la diferencia que existe entre los hombres y las mujeres en cuanto a sus reacciones ante la enfermedad, estrés y su queja somática particular.

4.1 Importancia del concepto de género.

Al hablar de género, nos referimos a una serie de actividades, valores, comportamientos, deseos, roles, etcétera, que rebasan a la esencia de lo puramente biológico. Género y sexo no son sinónimos; el significado de este último término se refiere a las características biológicamente determinadas del hombre y la mujer; es importante señalar que no se pretenden negar las diferencias biológicas entre ambos; sino, reconocer la categoría de género como una diferencia entre los sexos tomando en cuenta tanto lo biológico como lo social y cultural (Gómez, 1993)

Hartigan (1998) sintetiza las diferencias entre sexo y género y sus implicaciones sociales de la siguiente manera:

- Las diferencias de sexo se refieren a las diferencias anatómicas, fisiológicas y genéticas entre los hombres y las mujeres, que implican diferencias en cuanto a sensibilidad e inmunidad

- El género se refiere a las funciones que los hombres y las mujeres desempeñan y las relaciones de poder entre ellos que colocan a cualquiera de los sexos en ventaja o desventaja en relación con los recursos. El género como categoría de análisis tiene ciertas características que pueden describirse del siguiente modo:

- El concepto de género es relacional. Es decir, no se refiere a las mujeres o a los hombres por sí solos, sino a las relaciones entre ellos y la manera como estas relaciones se conciben socialmente

- El concepto de género es jerárquico porque las diferencias establecidas entre los hombres y las mujeres no son neutras. En general, estas diferencias tienden a atribuir mayor importancia y valor a los rasgos y actividades asociados con lo que es masculino, lo cual fomenta relaciones de poder desiguales.

- El género cambia con el transcurso del tiempo, pues las funciones de los hombres y las mujeres y las relaciones entre ellos en una sociedad dada varían de una generación a otra. En consecuencia, las características de género son susceptibles de cambiar mediante determinadas intervenciones.

- El concepto de género es específico del contexto. Hay variaciones en las funciones de género y las relaciones entre los sexos, según el contexto cultural, y los grupos étnicos y socioeconómicos a los cuales pertenecen los hombres y las mujeres. Esta es una característica que conviene recordar, a fin de no generalizar lo que es específico para un grupo determinado de mujeres u hombres y hacerlo aparecer como característico de todas las mujeres o todos los hombres.

- El género se estructura institucionalmente. O sea, se refiere no solo a las relaciones entre las mujeres y los hombres a nivel personal y privado, sino a un sistema social que es apoyado por valores y creencias determinados por el género que determinan la elección de carreras y profesiones, las leyes, los modelos de organización, las religiones y así sucesivamente.

4.2. Estudios de género y salud

En el campo de la salud, al menos en el contexto mexicano, cuando se habla de las diferencias genéricas de los problemas de salud, generalmente se asocia con las diferencias de salud por sexo. Pero, no es tan sencillo cambiar el término sexo por género, o simplemente utilizarlos como sinónimos, cuando hablar de sexo es hablar de las diferencias biológicas y de una clasificación básica; mientras que el género, si bien puede fundamentarse en las características biológicas, es ante todo una construcción social sobre las actitudes, prácticas y valores que diferencian al hombre de la mujer. (Lamas, 1991)

Cuando no se plantea tal diferenciación parece como si existiera homogeneidad entre el comportamiento del hombre y la mujer, dando como consecuencia programas de atención que no atienden verdaderamente las necesidades de cada uno, lo cual es un error debido a que las estadísticas indican que existen diferencias significativas en la morbilidad entre hombres y mujeres, así como en las causas de la misma; en este sentido está poco estudiada la relación de los patrones conductuales característicos tanto del hombre como de la mujer que llevan a tales diferencias (Hartigan, 1998)

De acuerdo con Bedoya, (1990, citado en: Moser,1993), los informes epidemiológicos suelen carecer de información por sexos, dando una falsa imagen de comportamientos homogéneos entre mujeres y hombres y por ello tienden a plantear esquemas de atención homogéneos, por lo tanto tomar en cuenta las diferencias de género, es tomar en cuenta las diferencias en roles sociales y por tanto en creencias, valores y actitudes que subyacen a los aspectos de la salud.

Hartigan (1998), menciona al respecto que una perspectiva de género es tan importante para la medicina como para la salud pública; ya que a la medicina, cuyo foco de atención son los individuos, le preocupa determinar las causas de las

enfermedades para simplificar la labor del tratamiento, alivio del sufrimiento y rehabilitación. Pero, incluso cuando cada hombre y cada mujer forman parte del mismo contexto y comparten situaciones sociales y económicas, es posible que su respuesta particular a un riesgo ambiental sea muy diferente debido a la interacción del sexo y el género. Los trabajadores de asistencia sanitaria en ese sentido deben ser conscientes de esas diferencias individuales para responder eficaz y equitativamente a las manifestaciones de las enfermedades en los hombres y las mujeres.

De acuerdo con Ibarra (1999) en el aspecto de salud, el enfoque de género intenta superar la explicación orgánico-biologicista de los procesos patológicos, ya que las situaciones concretas de género establecen diferencias en procesos patológicos entre hombre y mujeres. El autor dice que las investigaciones sobre género y salud son escasas, pero sus aportes resultan de gran relevancia pues no solo trata de explicar cómo intervienen las condiciones y relaciones de género en el proceso de determinación de la salud-enfermedad, sino también puede ser analizada la relación mujer-salud, a través del papel que ésta juega de preservar la salud del resto de la población ya sea incorporada al sector médico o en el hogar; es decir, como mera promotora de salud.

Breilh (1994) afirma que las investigaciones sobre el enfoque de género y salud son escasas sobre todo si se comparan con otros enfoques, aunque su intención es muy clara: tratar de explicar cómo intervienen las condiciones y relaciones de género en el proceso de determinación de la salud-enfermedad y no sólo limitarse a conocer los indicadores de enfermedades que afecten principal o exclusivamente a un sexo.

Este autor, argumenta que también dentro de la relación entre género-salud, puede ser analizada la relación mujer-salud, a través del papel que ésta juega para preservar la salud del resto de la población ya sea incorporada al sector médico o en el hogar; es decir, como mera promotora de salud.

La importancia del estudio del género en la salud tiene que ver también con el hecho de que no se han examinado las repercusiones de la interacción de los factores ambientales y las diferencias de género sobre la salud. Por otra parte, no hay estudios suficientes que hablen acerca de las relaciones sociales de los hombres y las mujeres en su contexto, para que se produzca buena o mala salud en uno o en ambos sexos (Lamas, 1991).

Otra cuestión importante a analizar es la falta de datos desglosados por sexo que puedan esclarecer diferentes tendencias de morbilidad de los hombres y las mujeres vinculadas tal vez con factores ambientales. En Estados Unidos, por ejemplo, Ellen Silbergeld (1996, citado en Hartigan, 1998), declaró “Cuando las exposiciones (ambientales) se relacionan estrechamente con el género, el estudio de tales exposiciones y resultados específicos del género es importante para detectar y prevenir las enfermedades pero, en los Estados Unidos no se recopilan datos sobre tasas de morbilidad o mortalidad por causas particulares relacionadas con la salud de la mujer. Se debe dar alta prioridad a la recopilación de esta información” (p. 12).

Sin embargo, en este sentido Ibarra (1999) propone que desde el enfoque de género, resulta insuficiente utilizar los índices de mortalidad como un indicador de salud-enfermedad de una población, ya que éstos tratan del final de un proceso mórbido, y por lo tanto no reflejan las variaciones de calidad de vida de las personas que permanecen vivas.

La base fundamental de todo análisis de una situación sanitaria desde la perspectiva de género, es considerar el acceso y el control de los recursos necesarios para proteger no sólo la salud, sino la calidad de vida. Se sabe que a las funciones que los hombres y las mujeres desempeñan en las sociedades se les asignan valores diferentes, y que suele darse más valor a las funciones tradicionalmente masculinas. Este valor diferencial tiene consecuencias directas en el grado de acceso y control de los recursos que tienen, respectivamente, los

hombres y las mujeres para proteger su salud y su calidad de vida. La diferencia entre el acceso a los recursos y su control es una distinción esencial dentro del contexto del diseño y la vigilancia de los programas y políticas de salud ambiental (Hartigan, 1998).

Se puede concluir que género es un término integrador tanto de lo biológico como lo social y cultural, lo cual puede aportarnos aspectos reveladores del área de la salud necesarios para dar una respuesta más eficaz a las necesidades poblacionales en cuanto a tratamiento de la enfermedad e incluso a través de un mejor entendimiento de las características sociales, culturales, genéricas, económicas, etcétera, que subyacen un diseño más adecuado de los programas de intervención.

4.3. Funciones y diferencias conductuales específicas del Género

En lo Las funciones que los hombres y las mujeres desempeñan se han dividido en tres tipos, según Moser, (1993): funciones productivas, funciones reproductivas y funciones de gestión de la comunidad.

Las funciones productivas comprenden el trabajo realizado por los hombres y las mujeres para hacer pagos en efectivo o en especie. Las funciones reproductivas comprenden las responsabilidades de la procreación y la crianza de los hijos y las tareas domésticas necesarias para garantizar el mantenimiento y el bienestar de los miembros de la familia. Incluyen no solo la reproducción biológica sino también la atención y el mantenimiento de las personas que viven en el hogar. Las funciones de gestión de la comunidad incluyen las actividades emprendidas en la comunidad que contribuyen al desarrollo o la organización política de ésta; es trabajo voluntario, no pagado.

Moser (1993), menciona que todas las sociedades tienen alguna forma de división del trabajo determinada por el concepto de género. Pero esto varía. El

primer paso para emprender cualquier intervención en la salud ambiental consiste en determinar la labor que los hombres y las mujeres, los niños y las niñas, realizan en entornos biofísicos particulares.

La autora menciona que de acuerdo a diversos estudios de función de género se ha encontrado lo siguiente:

- Las mujeres llevan a cabo tareas más fragmentadas y tienen que dividir su tiempo entre las tareas reproductivas y productivas, mientras que las tareas de los hombres se llevan a cabo generalmente en bloques completos de tiempo que se dedican a actividades remuneradas.
- Son las mujeres las que se encargan de las tareas domésticas, aunque los hombres pueden “ayudarles”.
- Las mujeres desempeñan tareas productivas además de las reproductivas; los hombres llevan a cabo tareas productivas en vez de las reproductivas.
- Las mujeres tienen menos tiempo libre y trabajan más horas que los hombres.
- Cuando las mujeres salen a trabajar fuera del hogar, otras mujeres llevan a cabo las actividades domésticas.
- Las mujeres que no tienen la ayuda de familiares o los recursos para contratar a una empleada doméstica para que lleve a cabo las tareas de gestión doméstica, deben realizar dichas tareas al final de su día de trabajo remunerado.
- Aunque gane más que su esposo, el sueldo de una mujer tiende a ser considerado como ingreso suplementario al del proveedor principal, es decir, el hombre.

Si bien los hombres y las mujeres desempeñan diferentes funciones en diferentes contextos, y que debido a ello desarrollan diferentes aptitudes y capacidades. Estas funciones, aptitudes y capacidades se valoran de diferente forma y, generalmente, las relacionadas con esferas masculinas reciben mayor

reconocimiento social y se aprecian más que las asociadas con esferas femeninas. Esta diferencia de valores tiene implicaciones directas en el grado en que los hombres y las mujeres tienen acceso a los recursos necesarios para proteger su salud y ejercen control sobre ellos. Colectivamente, estas funciones y responsabilidades asignadas según el sexo, y las capacidades, los valores y la aptitud para tomar decisiones respecto a los recursos afines, suscitan inequidades por razón de género. El principio que es la base de la necesidad de análisis de género en la salud es el concepto de la equidad. Un requisito previo para lograr equidad en la salud es el reconocimiento de que diferentes grupos tienen diferentes necesidades las que a su vez, se deben determinar para poder abordarlas (Vlassoff y García Moreno, 2002).

En la salud, es crucial conocer a fondo cómo las diferencias biológicas entre los sexos protegen la salud de uno o ambos o, por el contrario, la ponen en riesgo. Sin embargo, no basta con centrar la atención en las diferencias biológicas, porque es la interacción de las diferencias biológicas con las diferencias sociales lo que crea diferencias en las características de salud/enfermedad/atención tanto de hombres, como de mujeres. Esta interacción produce situaciones sanitarias, condiciones o problemas que son:

- Específicos del sexo
- Tienen una prevalencia mayor en cualquiera de los sexos
- Tienen diferentes características para hombres y mujeres que pueden incluir: diferentes factores de riesgo, diferentes manifestaciones o historia natural y diferente gravedad de sus consecuencias
- Tienen diferentes respuestas en los niveles individuales, familiares, sociales o institucionales

En lo que refiere a las diferencias conductuales específicos del género Courtenay, en el 2000, proporciona un ejemplo de la forma en que las

construcciones de los comportamientos de salud de los hombres relacionados con el género pueden influir en el estado de salud de las mujeres.

Este autor afirma que, en los Estados Unidos, muchas prácticas de autocuidado se consideran culturalmente “femeninas”. Así como las madres suelen informar a sus hijas acerca de sus cuerpos y las niñas aprenden a cuidarse mediante exámenes de salud físicos y reproductivos regulares, es típico que los niños permanezcan ignorantes de estos temas.

También se ha visto en diversos estudios como el de Kandrack, Grant y Segall (1991), que las mujeres acuden más veces a las consultas médicas que los hombres, incluso descontando las visitas relacionadas con la atención a la salud reproductiva. Las investigaciones demuestran que las niñas son estimuladas a ser dependientes mientras que a los niños se les enseña a ser independientes y que estos reciben menos apoyo físico y emocional que aquellas. En ese sentido se observa que se suele disuadir a los niños de buscar la ayuda de sus padres; los autores mencionan que en diversos estudios sobre la comunicación entre médico y paciente se observa que las mujeres están mejor informadas sobre sus enfermedades que los hombres.

En general, la construcción de la masculinidad en diferentes culturas no estimula adecuadamente las actitudes o conductas de autocuidado en los hombres. Por tanto, culturalmente suele ser la mujer quien se encarga, junto a los propios pacientes, del cuidado de los niños y los hombres enfermos. El mantenimiento de la salud de los hombres además de la suya propia puede suponer una carga extra para las madres, esposas o compañeras. Es este último aspecto relacional entre la salud de los hombres y las mujeres el que recibe menos atención por parte de los que investigan género y salud (Courtenay, 2000).

Las vidas de las mujeres y los hombres son fundamentalmente recíprocas y han de ser comprendidas en términos relacionales. El concepto de reciprocidad desarrollado en este punto se usa para demostrar cómo, a menudo, existen relaciones entre los procesos y resultados finales de la salud de las mujeres y los hombres. Las vidas de los sexos se despliegan en contextos sociales, culturales e históricos. Cuando las mujeres y los hombres siguen las pautas femenina y masculina socialmente prescritas, sus acciones reflejan y reproducen disposiciones institucionales basadas en la categoría sexual (West y Zimmerman, 1987, citados en: Lamas, 1991).

4.4. Afecciones o problemas específicos de los sexos .

Desde el enfoque de género, destaca Ibarra (1999), resulta insuficiente utilizar los índices de mortalidad como un indicador de salud-enfermedad de una población, ya que éstos tratan del final de un proceso mórbido, y por lo tanto no reflejan las variaciones de la calidad de vida de las personas que permanecen vivas

En este sentido, a partir de 1992 la Organización Mundial de la Salud (OMS, citado en: Ibarra, 1999), ha reconocido que las mujeres presentan en forma desproporcionada, más problemas de salud previsible que los hombres, consecuencia de la desigualdad que existe en relación a la posición social y económica en casi todas las culturas.

Podemos señalar, entre otras, algunas condiciones biológico-sociales que intervienen de manera importante en las variaciones de salud entre hombres y mujeres, como serían: la función reproductiva, el trabajo doméstico y la actividad productiva, factores que tienen que ver con valoraciones sociales de género y que, en el caso concreto de las docentes, abordaremos más adelante (Ibarra, 1999).

Rose (1985), por su parte, propone que en las mujeres existen algunos problemas o afecciones que se han vinculado a la exposición continua de ambientes biofísicos malsanos, y que son propios de su sistema anatómico, fisiológico y bioquímico por ejemplo:

- Las alteraciones en la salud menstrual de la mujer, que a su vez repercute en el éxito de su embarazo y parto. La salud menstrual de las mujeres influye en el riesgo que corren a largo plazo con respecto a cáncer, cardiopatías y otras enfermedades.
- El desarrollo de la endometriosis relacionada con la exposición a los cloruros polivinílicos y su función en la formación de dioxinas se ha vinculado a la infertilidad.
- Los efectos de los perturbadores endocrinos, desencadenados por la exposición continua a ciertos plaguicidas, en el aborto espontáneo y *los* mortinatos.
- La relación entre la exposición continua de las mujeres a los plaguicidas y la contaminación de la leche materna.
- Las diferencias de sexo en cuanto a la superficie corporal, el contenido de agua, el contenido de grasa, los procesos enzimáticos y el enlace de proteínas, dieron lugar a diferencias toxicocinéticas y toxicodinámicas que hacen la exposición a algunos productos químicos más marcada en las mujeres que en los hombres.

En los hombres, algunas enfermedades particulares desencadenadas por las toxinas ambientales en el sistema reproductor masculino incluyen:

- El efecto de la exposición continua a los productos químicos tóxicos (como los que contienen ciertos plaguicidas) sobre la infertilidad masculina, el recuento bajo de espermatozoides, los testículos no descendidos, el cáncer testicular y el cáncer de la próstata.

Rose (1998), también hace una clasificación entre las enfermedades específicas que tienen tasas de prevalencia mayores en las mujeres o los hombres y que se han vinculado a los factores ambientales están:

4.4.1. En el caso de las mujeres:

- El inicio temprano de la pubertad en las niñas se ha asociado con exposición a los productos químicos ambientales que imitan los estrógenos, como los bifenilos policlorados y el DDE (un producto de descomposición del plaguicida DDT). Esto parece ser el caso especialmente en las exposiciones prenatales. Las exposiciones a estos productos químicos antes del nacimiento parecen no tener ninguna diferencia en el desarrollo sexual de los niños.
- El desarrollo de cáncer de mama vinculado al efecto posible de la exposición continua a los productos químicos tóxicos, incluidos los compuestos organoclorados, que contienen algunos plásticos, los líquidos para el limpiado en seco, los líquidos de refrigeración y los plaguicidas como el DDT.
- La depresión y la ansiedad vinculadas a la exposición a los solventes orgánicos, que agravan el riesgo ya elevado que corren las mujeres de padecer de estos trastornos.
- La anemia debida a la carencia de hierro causada por las carencias nutricionales que interactúan con varias exposiciones ambientales peligrosas, por ejemplo, la interferencia del plomo en el metabolismo adecuado del hierro. Las mujeres tienden a tener más carencia de hierro que los hombres debido a la pérdida de este mineral durante la menstruación, el embarazo y la lactancia. Dicha carencia es exacerbada

por algunas prácticas culturales, porque los hombres tienen el privilegio de recibir en el hogar los alimentos ricos en hierro.

4.4.2. En el caso de los hombres:

- La silicosis, asociada con trabajo de minería.
- La mortalidad excesiva por violencia y accidentes, evidente desde el primer año de vida, relacionada con estereotipos de actitudes y comportamientos masculinos como agresión, exposición a riesgos y consumo excesivo de alcohol.
- Las enfermedades coronarias que causan el mayor número de defunciones durante los años de actividad laboral, y pueden exacerbarse mediante la exposición a los productos químicos tóxicos y al estrés.

De acuerdo con la autora, en cuanto a las enfermedades de los hombres se ha encontrado que, debido a las presiones culturales, un hombre que actúa correctamente con arreglo a su género debe estar poco preocupado por su salud y por su bienestar general. Simplemente, debe verse más fuerte, tanto física como emocionalmente, que la mayoría de las mujeres. Debe pensar en sí mismo como en un ser independiente, que no necesita del cuidado de los demás. Así es poco probable que pida ayuda a otras personas. Debe estar mucho tiempo en el mundo, lejos de su hogar. La estimulación intensa y activa de sus sentidos debe ser algo de lo que termine por depender. Debe hacer frente al peligro sin miedo, asumir riesgos a menudo y preocuparse poco por su propia seguridad.

Rose (1985) también afirma que muchas situaciones, condiciones o problemas de salud tienen diferentes características en los hombres y las mujeres y pueden incluir: diferentes factores de riesgo, diferencias en sus manifestaciones o historia natural y diferencias en cuanto a la gravedad de sus consecuencias. Por ejemplo, la tuberculosis tiene una historia natural diferente en las mujeres y los hombres. Las mujeres entre las edades de 15 y 40 años tienen casi dos veces más

probabilidades de progresar de la infección a la enfermedad que los hombres de la misma edad, y los hombres tienen más probabilidades de progresar de la infección a la enfermedad después de la edad de 40 años. Es posible que la progresión rápida en las mujeres durante los años reproductivos se deba a los cambios hormonales, la descendencia posparto del diafragma y la reampliación de los pulmones, el agotamiento nutricional durante la lactancia y el reposo insuficiente debido a las exigencias del recién nacido.

De los Ríos (1993), por su parte, destaca que otra diferencia importante que se observa entre hombres y mujeres, es que éstas últimas tienden a reportar un aumento en los años de vida, pero el hecho de vivir más tiempo, no se traduce como vivir mejor, ni tener mejores condiciones de salud, esta mayor morbilidad se manifiesta en una incidencia más alta de trastornos agudos, una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (no mortales) y en niveles más elevados de discapacidad en el corto y en el largo plazo.

De esta manera, la autora sostiene que los trastornos ocupacionales que causan estrés y fatiga afectan a las mujeres y los hombres de diferente forma, principalmente porque las mujeres deben seguir desempeñando sus funciones domésticas en la casa cuando termina el trabajo productivo en la esfera pública. En general, los hombres no tienen la responsabilidad primaria de las funciones reproductivas.

Flores (2003), afirma que la proliferación de enfermedades repercute mucho más negativamente en la mujer porque ella es la prestadora de salud en la familia y no sólo tiene que dedicar más tiempo al cuidado de los enfermos o evitando que enfermen, sino que sobrelleva la mayor carga emocional del estrés que conllevan estas situaciones.

Por otra parte, sostiene que las enfermedades de origen ambiental afectan de forma diferente a las mujeres y los hombres. Si bien la mujer en general es más

resistente a las enfermedades, muchos productos químicos afectan su ciclo reproductivo. Las mujeres, asimismo son más vulnerables en caso de desastres naturales, sequías y cambios climáticos porque los hombres tienden a migrar dejando a las mujeres, los niños y lo/as anciano/as en sus comunidades, y las mujeres sobrellevan su vida y familias en condiciones adversas.

Se puede concluir, que los patrones culturales matizan las relaciones entre los hombres y mujeres, lo cual se ve reflejado no sólo en los hábitos encaminados al mantenimiento de estado saludable o no de cada uno, sino en cómo reciben incluso un tratamiento médico; es decir no sólo como se perciben a sí mismos dentro de un contexto, sino también como son percibidos dentro del mismo. Lo cual es una variable importante de ser tomada en cuenta por nosotros cuando pretendemos intervenir en el área de la salud.

4.5. Programas de intervención desde una perspectiva de género

Es importante señalar, en este sentido que, aunque en gran medida los profesionales de la salud ambiental no han considerado incorporar una perspectiva de género en el diseño, ejecución y evaluación de sus intervenciones, ellos mismos han reconocido plenamente la importancia que tiene el **papel de la mujer**, basándose en sus funciones de reproducción y de gestión comunitaria, en el éxito de las intervenciones locales. Pero, el punto central ha sido cómo integrar a las mujeres como vehículos para tener acceso a otros, ya sean familiares o comunidades en las que viven. Basándose en la falsa idea de que las mujeres tienen más tiempo libre que los hombres porque “no trabajan”, las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales e internacionales han buscado ávidamente la participación de voluntarias para mitigar la repercusión de la escasez cada vez mayor de recursos públicos y para lograr que los recursos disponibles se utilicen con mayor eficacia. (Hartigan 1998).

Del mismo modo, Hartigan (1998), menciona que es importante la participación de las mujeres (y en realidad también la de los hombres) que viven en las comunidades destinatarias en todos los niveles del proceso de planificación y ejecución, dicha participación debe basarse en el conocimiento pleno de las múltiples funciones que las mujeres en particular desempeñan en un día dado, y hay que cerciorarse de que las actividades de los proyectos y programas comunitarios de salud ambiental no constituyan una carga adicional. Además, debe hacerse todo lo posible para dar a los hombres y las mujeres el acceso a los recursos y su control necesarios para asumir las responsabilidades comunitarias en materia de salud ambiental.

La determinación de las actividades diarias que realizan los hombres y las mujeres en sus respectivos ambientes biofísicos y el análisis de las relaciones que como resultado surgen entre ellos, reduce la probabilidad de que los planificadores de salud ambiental se basen en estereotipos para guiar el diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones y políticas. Este modo de proceder constituye el primer paso hacia un análisis de género y es un instrumento de valor inestimable para contar con programas de salud ambiental que tengan en cuenta las diferencias de género. También permite comprender detalladamente las actividades que los hombres y las mujeres realizan en sus respectivos ambientes biofísicos, incluida la duración e intensidad de las mismas. Como resultado, es posible determinar cómo, cuándo y dónde cada sexo está expuesto, o protegido, de los ambientes nocivos, como individuos y como grupos de población. (Hartigan, 1998).

Tomando en cuenta las diferencias de género la participación mutua entre hombres y mujeres, conforma la base de la planificación de los proyectos de intervención sanitaria, los cuales se definen como un proceso continuo mediante el cual los hombres y las mujeres examinan la manera en que viven sus vidas dentro de los respectivos ambientes biofísicos, determinan sus necesidades, analizan las cuestiones de acceso a los recursos y control de los mismos, diseñan formas de

mejorar la salud y la calidad de vida, y determinan cómo evaluar esa mejora. Para hacerlo, tal vez deban ir acompañados (no dirigidos) por planificadores de salud ambiental, profesionales de las ciencias sociales y otros, que les den información oportuna y apropiada en forma de insumos que les permita tomar decisiones que puedan conducir a las modificaciones o los cambios de las situaciones o los problemas (Hartigan, 1998).

Hartigan (1998), sostiene que para efectuar ese proceso no basta con empezar sencillamente con una lista de las necesidades que las mujeres determinan y otra lista de las necesidades que los hombres determinan. Sino que, también es esencial centrar la atención en las percepciones que ambos sexos tienen respecto a las limitaciones de su acceso a los recursos y control de los mismos para responder a dichas necesidades. Las mujeres, concretamente, debido a la formación de su identidad basada en el género, a menudo no saben que tienen derechos y necesidades que tal vez no dependan de los derechos y las necesidades de otros.

El autor, menciona que lo que hace que la planificación de la salud ambiental con una perspectiva de género sea relevante son dos suposiciones básicas:

1. La división del trabajo según el género ha causado un desequilibrio entre las responsabilidades asignadas a las mujeres y a los hombres respecto a la protección y la promoción de la salud ambiental.
2. El desequilibrio en las relaciones de poder entre las mujeres y los hombres entraña una diferencia en el acceso a los recursos y el control de los mismos para responder a los problemas de salud ambiental.

De acuerdo con Hartigan (1998), existen dos mecanismos para procurar que estas suposiciones se tengan en cuenta en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud ambiental: el enfoque de género práctico y el enfoque de género estratégico.

El enfoque de género práctico (EGP) responde a las necesidades de salud de las mujeres y los hombres dentro de sus funciones socialmente aceptadas, sin intentar modificar las relaciones de género. El EGP mejora las condiciones de salud ambiental de las mujeres y los hombres porque reconoce las múltiples funciones y responsabilidades de cada sexo dentro de sus respectivos ambientes biofísicos e intenta adaptar la respuesta a su situación actual.

El EGP en la planificación y programación de la salud ambiental implica realizar un diagnóstico de las funciones de género y una evaluación del acceso a los recursos basándose en sus respectivas funciones y responsabilidades. Luego adapta la intervención para ayudar a las mujeres y a los hombres a realizar mejor lo que se supone que “deben hacer” dentro de contextos concretos.

El enfoque de género estratégico (EGE) es el que, además de responder a las necesidades de salud de los hombres y las mujeres dentro de sus ambientes biofísicos, tiene como finalidad redistribuir las funciones, las responsabilidades y el poder entre ellos en el uso de los recursos, mediante el control de los factores internos y externos que influyen en la capacidad de proteger la salud.

Los enfoques de género prácticos y estratégicos, según Harigan (1998), no son dicotómicos y en muchos casos se superponen. Además, tampoco son estáticos ni universales. Los enfoques de género prácticos son esenciales para responder eficazmente a las necesidades de salud ambiental porque reconocen que los hombres y las mujeres llevan a cabo sus funciones y responsabilidades de género en diferentes ambientes biofísicos y tienen en cuenta esas diferencias al planear formas de brindarle a cada uno, como individuo o grupo de población, un mayor acceso a los recursos que puedan proteger su salud y la de sus familias y comunidades.

Puede distinguirse, en este capítulo, que las cuestiones de género son valiosas como elementos de análisis y puntos de partida para una investigación preocupada por entender los estilos de vida, las percepciones y creencias de la población respecto a la salud dadas en un contexto histórico, económico y político; bajo tales circunstancias el psicólogo de la salud puede contar con una visión más realista y amplia de las necesidades de la población y con ello diseñar programas de intervención más flexibles y útiles encaminados a promover verdaderos cambios en materia de atención sanitaria.

Por otra parte, en cuanto a las diferencias biológicas y psicológicas de hombres y mujeres, puede decirse que hay disposición a padecer ciertos trastornos físicos y a responder a ellos de manera distinta.

Uno de los fenómenos más comunes en nuestra población es el estrés. La particularidad e intensidad en que esté se presente puede perjudicar seriamente el rendimiento y la salud de las personas individual o colectivamente, de hecho, se le considera uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades más graves de nuestro tiempo.

Por ello, es importante abordar el papel que juega el estrés en la salud de nuestra sociedad, en el siguiente capítulo se realiza una revisión teórica sobre la definición de estrés y sus procesos básicos, así como de los factores fisiológicos, sociales y culturales, que intervienen en dicho proceso, se describe, también, la influencia de ciertas variables que son potencialmente estresantes como los rasgos de personalidad y las variables situacionales, lo cual, permite distinguir entre varios tipos de estrés, otro punto importante de abordaje son sus consecuencias psicológicas para el individuo y la repercusiones que tiene para la salud en general..

CAPÍTULO 5. ESTRÉS

El estrés es un fenómeno de alta prevalencia en nuestros tiempos, pero la frecuencia y la forma tan coloquial con que hoy en día el término es utilizado, en cierta medida, produce ambigüedades sobre el mismo, e incluso, lleva a un desconocimiento de la influencia de éste, en la vida y salud de un individuo y/o su comunidad.

5.1. Definición de estrés y sus procesos básicos

De acuerdo con la enciclopedia iberoamericana de psiquiatría, (1995) el término estrés (del inglés stress o tensión o del griego stringere, que significa provocar tensión) se utilizó por primera vez en el siglo XIV y a partir de entonces se empleó en diferentes textos en inglés como stress, stresse, strest y straisse.

El concepto de tiene sus antecedentes en Claude Bernard (1932, citado en: Cannon, 1939), quien consideró a la enfermedad como el resultado de los intentos del organismo, aunque insuficientes, para restablecer un equilibrio mediante respuestas adaptativas a los agentes ofensores. Ya Bernard hizo notar que en ocasiones la respuesta adaptativa puede ser más destructiva que el ataque original.

Después Cannon (1939), ampliando las ideas de su precursor, introdujo el concepto homeostasis, que puede definirse como la tendencia de los organismos a reestablecer un equilibrio una vez que este ha sido alterado por factores que suscitan cambios en un medio interno. La aplicación de estos conceptos al estudio de las integraciones que ocurren a nivel mental ha fortalecido y apoyado las observaciones agrupadas en la teoría de los mecanismos de defensa de la personalidad que es la teoría de la homeostasis a nivel mental.

Este término se ha convertido a través del tiempo y de la investigación realizada en uno de los principales paradigmas. En forma simplista, el estrés es a veces definido como una condición meramente muscular: "es una rigidez o endurecimiento de los músculos y del tejido conjuntivo que excede del tono necesario para su funcionamiento normal" (p.2). Pero, desde su acepción moderna "incluye no sólo mecanismos biológicos, sino también componentes psicológicos y sociales" (p.2) (Mainieri, 2003).

Este término fue utilizado por primera vez en este sentido, por el médico austriaco canadiense Hans Selye en 1936; él lo definió como "una respuesta corporal no específica ante cualquier demanda que se le haga al organismo (cuando la demanda externa excede los recursos disponibles) . Esta respuesta es parte normal de la preparación del organismo para el enfrentamiento o para la huida. Así, por ejemplo, las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza, los músculos se tensan para responder al desafío, las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentan de manera que la sangre es bombeada en forma más abundante y rápida para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer la demanda de las respuestas al peligro. Para ello la sangre es dirigida a áreas prioritarias, como lo son corazón, pulmones, riñones, hígado, músculos grandes y el cerebro. Funciones no prioritarias en ese momento, como la digestión y circulación periférica son disminuidas en forma dramática (Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría, 1995).

En línea con la anterior definición, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) postula que el estrés es "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción" (Mainieri, 2003, p. 2.).

Para Richard Lazarus (1966, citado en: Mainieri, 2003) es "el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar" (p. 3).

Por su parte, Valdés (1985) menciona que es una acomodación de una persona a nuevas situaciones y la respuesta específica y estereotipada a todos los estímulos que trastornan su equilibrio, la respuesta inespecífica lleva a que los síntomas sean variados y difusos. : cansancio, trastornos digestivos, insomnio, cefaleas, ansiedad, etcétera.

En 1987, Corraliza lo definió como un proceso que permite que los hechos o reacciones, denominados Estresores, amenacen la existencia y bienestar de un organismo y por el cual el organismo responde a esta amenaza.

Más tarde, Ivancevich (1992) lo refirió como una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o por los procesos psicológicos, la cual es a la vez consecuencia de alguna acción, situación o evento que plantean a la persona especiales demandas físicas y/o psicológicas. Es posible apreciar una definición basada en el paradigma estímulo respuesta.

Lazarus es el primero en considerar variables intermedias, para él el estrés “es una reacción particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986).

Por otro lado, Carrobbles y Sandin (1995, 1996; citados en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000), coinciden en que el estrés implica un estado corporal o fisiológico de activación, o de tensión bastante generalizado, ocurrido en asociación o como respuesta ante ciertas situaciones o demandas ambientales.

Dale (1996), lo refiere como el “desgaste y deterioro” que experimentan nuestras mentes y cuerpos al tratar de enfrentarse con un medio ambiente siempre cambiante.

El autor lo menciona como una respuesta automática del cuerpo de “pelea o huye”, activada por la adrenalina y otras hormonas del estrés, que estimulan una variedad de cambios fisiológicos. En términos biológicos se incrementa la excitación para que el organismo perciba y enfrente algún peligro (p.16).

Selye (1936, citado en Enc. Iber. de Psi., 1995) identifica 3 fases en el estrés: (1) se da una reacción de alarma en respuesta a un factor de tensión que activa el sistema nervioso autónomo, (2) la fase de resistencia ocurre mientras el cuerpo se aclimata y ajusta al factor de estrés, y (3) la fase de fatiga, si la tensión persiste por mucho tiempo, agregándose factores residuales que pueden llevar a la enfermedad y hasta la muerte. Las investigaciones han demostrado que el estrés excesivo es uno de los factores que contribuyen al desarrollo de muchos males tanto físicos como emocionales.

A pesar de que el modelo de Selye contiene componentes muy aceptados para aquellos que se interesan en las reacciones fisiológicas, su concepto fue sustancialmente modificados por Mason (1968, citado en McHugh y Vallis, 1985), él incluye la importancia del factor emocional, demostró que los estímulos emocionales eran agentes más estresantes que los propios estímulos físicos, aportó datos acerca de que la respuesta de estrés implica una movilización neuroendocrina global, y por lo tanto de todos los sistemas y subsistemas neuroendocrinos.

La tercera aproximación al estrés que consideramos importante es la centrada en el individuo y su valoración cognitiva, o más específicamente en las relaciones entre el medio y la persona. Esta es la propuesta de Lazarus y Folkman (1986) ellos definen el estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno, el cual es evaluado por el primero como amenazante o desbordante de sus recursos y por lo tanto peligroso para su bienestar. Dentro de su definición enfatizan en dos procesos básicos relacionados con las manifestaciones de estrés: La evaluación cognitiva y el proceso de afrontamiento.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), la **evaluación cognitiva** tiene dos momentos específicos: La evaluación primaria y la evaluación secundaria. En la primera evaluación, el sujeto valora la magnitud del evento que se le presenta. Para que se genere una reacción de estrés, se debe percibir amenaza, daño/pérdida o riesgo, de tal modo que se haga una valoración negativa del evento en términos de perjuicio.

En la percepción amenaza, hay una posibilidad (real o imaginaria) de peligro, ante la cual el sujeto debe anticiparse para no sufrir el eventual daño. En el daño/pérdida se halla la presencia de prejuicios causados, que el sujeto debe reponer, para reestablecer su estado de bienestar. En el riesgo, el sujeto se enfrenta a una situación que le genera una doble posibilidad: éxito o peligro, lo que representa un desafío de superación para el individuo.

Ambos autores sostienen que en cualquiera de las situaciones, el sujeto debe generar acciones de **afrontamiento** que le permitan anticipar, reponer o enfrentar la situación percibida como peligrosa. La valoración de las estrategias de afrontamiento con que cuenta la persona para hacer frente a la situación, se relaciona con la evaluación secundaria. En ésta, el sujeto establece con qué herramientas cuenta para sortear la situación y genera una acción determinada.

De esta manera, ellos definen los estilos de afrontamiento como elementos moderadores de la relación entre las situaciones potencialmente estresantes y la aparición del estrés y sus consecuencias. Los estilos de afrontamiento más o menos estables implican una disposición específica para hacer frente a las relaciones estresantes; esta disposición puede afectar la valoración que las personas hacen de las situaciones potencialmente estresantes. Generalmente los estilos caracterizados por la negación, la huida, la evitación, la autoculpación, y la confrontación irracional aumentan la vulnerabilidad al estrés, mientras que los estilos que conllevan afrontamiento activo, búsqueda racional de soluciones, autocontrol y reevaluación positiva de la situación incrementan la inmunidad.

Beck (1983, citado en Buceta y Bueno, 2001), al respecto, se ha referido a la influencia de los valores, las creencias y las actitudes rígidas, irracionales y disfuncionales, tanto sobre la atención selectiva y el procesamiento mental de las situaciones potencialmente estresantes, como sobre la apreciación de los propios recursos para hacer frente a tales situaciones. De acuerdo con Beck, el estrés perjudicial coincide con la activación de cogniciones estables (valores, creencias y actitudes) que propician una valoración sesgada de las situaciones potencialmente estresantes y de los propios recursos, con una clara tendencia a percibir más, y más graves experiencias estresantes, y a infravalorar la eficacia de los recursos de afrontamiento personales.

Él menciona, igualmente, que el contenido de los valores, creencias y las actitudes más estables afecta la interpretación que se hace de las situaciones, por tal motivo, en gran parte, depende de este contenido el que las situaciones sean más o menos estresantes. Por ejemplo, con independencia de otros factores, para una persona que no trabaje esta situación será más estresante si le da mucho valor al hecho de trabajar, o si relaciona el éxito profesional a su valor como persona, que sí únicamente considera al trabajo como un medio de ganar dinero.

En general la tendencia a evaluar la realidad de las situaciones potencialmente estresantes y de los propios recursos de manera más objetiva, reduce las posibilidades de estrés, y de su impacto perjudicial; ya que esta objetividad implica una contemplación abierta de las evidencias de los hechos reales, independientemente de las creencias, valores y actitudes de la persona; así como el cuestionamiento de los mismos, cuando no coincidan con tal evidencia.

La valoración objetiva no garantiza la ausencia de estrés, ya que puede suceder que, objetivamente, exista una situación muy amenazante y la persona cuente con escasos recursos personales para afrontarse a ella con eficacia; pero sí propicia un mejor conocimiento de lo que sucede y una mayor percepción de control de la situación potencialmente estresante, además de que la persona puede

adelantarse a las consecuencias que ello implica (Beck, 1983, citado en: Buceta y Bueno, 2001).

“Desarrollar un estilo de funcionamiento basado en una valoración más objetiva de las situaciones potencialmente estresantes y los recursos propios para manejarlas, es decir, basado en la evidencia de los hechos y el cuestionamiento de los valores, las creencias y las actitudes que no hayan recibido el apoyo de la evidencia, ayudará a reducir el valor amenazante de las múltiples situaciones potencialmente estresantes” (Buceta y Bueno, 2001, p.26).

De acuerdo con Buceta y Bueno (2001), es importante considerar que en algunos casos es necesario modificar directamente los valores, creencias y actitudes rígidos que no sean eficaces o saludables.

En ocasiones la valoración desfavorable de los recursos propios para manejar las situaciones potencialmente estresantes, corresponde a una carencia real de recursos, incluyendo entre ellas, las habilidades de las personas para manejar específicamente situaciones estresantes concretas. Aunque los conceptos de recursos y habilidades pueden utilizarse bajo ciertos contextos como sinónimos, bajo esta perspectiva cabe diferenciarlos, ya que las habilidades son recursos, pero no todos los recursos son habilidades.

Buceta y Bueno (2001) lo ejemplifican así: una enfermera expuesta a gran cantidad de situaciones potencialmente estresantes, que puede tener la suficiente cantidad de tiempo y espacio para practicar ejercicios de relajación (presencia de un recurso) pero que no domina los ejercicios adecuadamente (falta de una habilidad); mientras que otra enfermera bajo las mismas condiciones de exposición a situaciones de potencial estresante, domina los ejercicios de relajación (presencia de una habilidad) pero, no tiene el tiempo suficiente para poder realizar sus ejercicios (ausencia de un recurso).

Agregan además, que el tiempo y el espacio para poder realizar los ejercicios no pueden considerarse habilidades, pero sí recursos personales. Sin embargo, el dominio de los ejercicios sí es una habilidad que, como tal, constituye un recurso. Los recursos que no son habilidades, al no depender enteramente de la persona que de momento disfruta de ellos, pueden ser inestables, mientras que el mantenimiento de las habilidades, una vez consolidadas, depende fundamentalmente del comportamiento del que las domina y utiliza asiduamente.

De esta manera, argumentan que la ausencia de recursos apropiados y habilidades eficaces para afrontar las situaciones potencialmente estresantes, dificulta la posibilidad de alcanzar uno de los tres objetivos siguientes: solucionar tales situaciones, manejarlas adecuadamente, aún no eliminándolas del todo, o aliviar su impacto perjudicial.

Por esta razón, la acumulación de experiencias pasadas en las que se hayan podido conseguir estos tres objetivos, o la simple expectativa de que no se cumplirán ante una situación estresante concreta favorecerán la aparición del estrés y una vez presente éste, el hecho real de no poder manejarlo eficaz y saludablemente, aumentará la probabilidad de sus efectos perjudiciales en el rendimiento y la salud (Buceta y Bueno, 2001).

Asimismo, el desarrollo de los recursos ambientales y el entrenamiento de las personas para que dominen habilidades de afrontamiento constituyen dos áreas de trabajo especialmente importantes de la intervención psicológica para el control del estrés (Buceta y Bueno, 2001).

Con base en lo anterior, puede decirse que el estrés es un fenómeno complejo y por su alta incidencia en nuestros tiempos requiere de abordar no solo su concepto, sino también de los factores que intervienen en él, por lo tanto en el siguiente apartado se mencionan algunos de dichos factores.

5.2. Factores del estrés

El estrés es un fenómeno tan complejo como el individuo mismo, así como representa una causa común de salud deficiente, favorece la presencia de otros factores de riesgo, alterando con ello la calidad de vida para una persona o un grupo en su totalidad, e incluso juega un papel trascendente en las estadísticas de mortalidad en el mundo.

El estrés no es un término que pueda abordarse y entenderse en aislado, diversos factores intervienen en él, tanto fisiológicos, como sociales y culturales.

5.2.1. Factores fisiológicos del estrés.

Cada una de las respuestas orgánicas con que cuenta el ser humano tienen una función específica que pretende en manera global mantener el equilibrio, y responder a demandas que pongan en peligro esta estabilidad, estas respuestas son automáticas e inconscientes; “sin embargo el problema es que estas reacciones pueden dañar al organismo si se les permite continuar por mucho tiempo. Están planeadas por la naturaleza como reacciones inmediatas de corta duración, diseñadas para desaparecer tan pronto como el peligro desaparezca, sino cesan tienen un efecto adverso” (Fontana, 1995, p. 6).

Fontana (1995), clasifica estas respuestas orgánicas en cuatro categorías (movilizadores de energía, sistemas de apoyo de la energía, auxiliares para la concentración, reacciones defensivas) y las explica de la siguiente manera:

. **Movilizadores de energía:** son aquellos que proporcionan la energía instantánea necesaria para pelear o huir, provocan los siguientes efectos:

- Liberación de adrenalina y noradrenalina por las glándulas suprarrenales al torrente sanguíneo, actúan como estimulantes, aceleran los reflejos, incrementan el ritmo cardiaco, y la presión arterial, elevan la concentración de azúcar en la sangre y aceleran el metabolismo. El resultado es el aumento en la capacidad y el desempeño a corto plazo; conforme llega más sangre a los músculos y a los pulmones, aumenta el suministro de energía y las respuestas se agudizan.

Las consecuencias a largo plazo pueden verse relacionadas a problemas cardiovasculares, tales como enfermedad cardíaca y apoplejía, daño al riñón causado por la elevación de la presión arterial y trastornos de la concentración de azúcar en la sangre que agravan la diabetes y la hipoglucemia.

- Liberación de hormonas tiroideas secretadas por la glándula tiroides al torrente sanguíneo. Éstos aumentan aún más el metabolismo e incrementan por consiguiente, el nivel en que la energía puede consumirse y transformarse en actividad física.

Puede producir agotamiento, pérdida de peso, e incluso colapso físico.

- Liberación de colesterol secretado por el hígado al torrente sanguíneo, esto provoca un incremento en los niveles de energía, ayudando a la función muscular.

Pero la concentración de colesterol permanentemente alterada se correlaciona con un riesgo muy alto de arteriosclerosis (endurecimiento de las arterias), un factor principal en los ataques y las enfermedades cardíacas.

Sistemas de apoyo de la energía. Son funciones corporales alistadas en respuesta al estrés.

- Supresión de la función digestiva: esto permite que la sangre se desvíe del estómago y pueda utilizarse en los pulmones y los músculos. Al mismo tiempo la boca se seca, de tal manera que el estómago ni siquiera tiene que ocuparse de la saliva.

Si la supresión de la digestión se prolonga puede causar problemas estomacales y trastornos digestivos, particularmente cuando forzamos la ingestión del alimento y el aparato no está dispuesto.

- Reacción de la piel: La sangre se desvía de la superficie de la piel para ser utilizada en otra parte, mientras que simultáneamente se produce sudor para ayudar a enfriar los músculos sobrecalentados por la súbita afluencia de la energía.

Pero la piel necesita su suministro de sangre para mantenerse saludable, y la sudoración excesiva hace perder el valor corporal y trastorna el termostato natural del cuerpo.

- Paso de aire en los pulmones dilatados: Esto permite que la sangre tome más oxígeno, un proceso auxiliado para el aumento en el ritmo de la respiración.

Pero la sangre superoxigenada puede producir la pérdida del conocimiento y trastorno de los ritmos cardíacos.

Auxiliares para la concentración

- Liberación de endorfinas provenientes del hipotálamo al torrente sanguíneo. Éstas actúan como analgésicos naturales, y reducen la sensibilidad a los daños corporales, tales como contusiones y heridas.

Pero la disminución de endorfinas puede dejar más sensible a los dolores ordinarios como los de cabeza o espalda.

- Liberación de cortisona secretada por las glándulas suprarrenales al torrente sanguíneo. Estos suprimen las reacciones alérgicas que podrían interferir la respiración, por ejemplo.

Pero esto disminuye las reacciones inmunitarias del cuerpo a todo tipo de infecciones (incluso cáncer) y pueden incrementar el riesgo de úlceras pépticas, y una vez que los efectos inmediatos desaparecen, las reacciones alérgicas pueden regresar con mayor fuerza, por ejemplo cuando los ataques de asma empeoran en estado de estrés.

- Los sentidos se agudizan y el desempeño mental mejora produciendo un mejor funcionamiento a corto plazo.

Sin embargo, arriba de ciertos límites, o si lo anterior se prolonga demasiado tales efectos se invierten y disminuyen las respuestas sensoriales y mentales.

- Disminución de la producción de hormonas sexuales. Esto evita la desviación de energía o de la atención a la excitación sexual y reduce los distractores potenciales consecutivas al embarazo y al parto.

Pero cuando la reducción de la producción hormonal se prolonga, puede provocar impotencia, frigidez, esterilidad, y otros problemas sexuales.

Reacciones defensivas con ellas se limita el daño que pueda ser recibido por la ofensiva del enemigo.

- Los vasos sanguíneos se constriñen y la sangre se espesa, de manera que fluye más despacio y se coagula con mayor rapidez en caso de que se sufran heridas en la piel.

Pero el corazón tiene que trabajar más intensamente para forzar la circulación de la espesa sangre a través de las arterias y venas estrechadas, aumentando tanto la carga que tiene como las probabilidades de formación de coágulos e incrementando, por consiguiente, el riesgo de enfermedad cardíaca y apoplejía.

5.2.2. Factores sociales y culturales del estrés.

De acuerdo con Fontana (1995), el estrés es una característica natural e inevitable de la vida, pero que se ve permeada por las características de las exigencias que cada uno tiene, por ejemplo en comunidades subdesarrolladas los estresores pueden ser resultado de las necesidades de supervivencia física, como lo son las necesidades de vivienda, alimento, comida, abrigo, seguridad, y de una pareja para procrear; mientras que en una sociedad desarrollada los estresores pueden provenir de necesidades creadas artificialmente, como puede ser la del éxito social.

Otro punto que el autor resalta es la capacidad para crearnos estresores, como el que se crea al postergar las cosas y trabajar “bajo presión”. Actualmente se sabe que entre el cincuenta y setenta por ciento de las enfermedades y accidentes que se presentan anualmente están de alguna manera asociados a niveles altos de estrés.

5.3. Variables potencialmente estresantes

Las características de las situaciones potencialmente estresantes no son determinantes, aún tratándose de situaciones poderosas, para que se presente el estrés, ni tampoco pueden ser indicadores que ayuden a predecir la duración e intensidad, del estrés, así como sus efectos en el funcionamiento y salud de las personas. En este sentido debe ser importante considerar las características personales. (Buceta y Bueno, 2001).

Cuando una persona evalúa una situación como estresante o no, lo hace en función de sus patrones de conducta y estilos de afrontamiento relativamente estables, de valores, creencias y actitudes que pueden afectar la atención selectiva, el procesamiento de la información y el juicio sobre los propios recursos y de la disponibilidad de apropiados apoyos sociales.

5.3.1. Rasgos de personalidad

Personalidades tipo A y tipo B. Dale (1996), refiere las investigaciones y conclusiones de dos cardiólogos norteamericanos, Friedman y Rosenman, quienes se percataron de que muchos de sus pacientes con enfermedades del corazón compartían características de personalidad similares y tendían a encontrar difícil ajustar su estilo de vida a una forma que permitiera su recuperación. Luego de una detallada investigación descubrieron una relación importante entre ciertos patrones de conducta habituales y las enfermedades relacionadas al estrés.

Reportaron que los hombres con un comportamiento Tipo A eran seis veces más propensos a sufrir enfermedades del corazón, que los hombres con comportamientos Tipo B. El comportamiento tipo A presenta cuatro patrones principales:

- . Intenso sentido de la urgencia temporal: siempre apresurado, tratando de lograr más en menos tiempo.
- . Hostilidad y agresión incorrectas: en competencia excesiva, se le hace difícil relajarse y tener un rato de diversión; la provocación más ligera le puede producir hostilidad.
- . Comportamiento múltiple: se involucra en dos o más cosas de manera simultánea, en el momento incorrecto.
- . Carencia de una planeación adecuada: falta de planeación para lograr las metas requeridas.

Muchos estudios de personas que presentan personalidades Tipo A en rangos muy amplios de contextos, muestran que las características comunes incluyen: horarios extensos de trabajo, pasan más tiempo en clase (estudiantes) duermen menos, viajan más por asuntos de negocios, están más involucrados en trabajos voluntarios, clubs, etcétera; pasan menos tiempo descansando o relajándose,

trabajan más en casa se comunican menos con sus asociados, tienen menos sexo marital, obtienen poco placer al socializar.

El comportamiento Tipo A produce más estrés en el sistema cardiovascular, estimulando la alta presión sanguínea, un ritmo cardiaco acelerado y un riesgo elevado de ataques cardiacos.

Por otro lado, Dale (1996) sostiene que el comportamiento Tipo B es lo opuesto: es más relajado, menos apresurado menos competitivo. Los rasgos principales de carácter principales incluyen:

- . Capaces de tener un punto de vista a largo plazo: no intentan lograr metas irreales o aceptar más de aquello que pueden hacer; son mejores delegando.
- . La velocidad no es tan importante: no se preocupan si algunas metas no se pueden lograr en el plazo fijado.
- . Sentido de identidad personal: no sostienen que tienen que ganarse el respeto y el amor; están seguros de lo que son y de lo que hacen.
- . Sentido de proporción: no se sienten en una lucha constante; mantienen un sentido de equilibrio en los acontecimientos de su vida.

Buceta y Bueno (2001), refieren al respecto que, en general se considera que la presencia del patrón de conducta tipo A (con sus tres componentes: competitividad, impaciencia y hostilidad) y sobretodo del componente hostilidad y la ausencia del patrón denominado “dureza” (con sus tres componentes: control, compromiso y reto), aumentan el valor amenazante de las situaciones potencialmente estresantes. esto sucede posiblemente porque la influencia de la hostilidad, la competitividad y la ausencia de retos, se perciben más amenazantes de lo que realmente son; porque como consecuencia de la falta de control y de compromiso, no se perciben los recursos personales suficientes para enfrentarse a ellas con eficacia; y porque debido a la impaciencia, se pretenden afrontarlas con mayor urgencia.

En algunos casos la presencia de la personalidad tipo A puede beneficiar ya que conlleva un rendimiento más alto en determinados contextos, pero al mismo tiempo puede contribuir a deteriorar la salud del individuo y a la larga un déficit en su funcionamiento (Buceta y Bueno, 2001).

Puede considerarse, a manera de reflexión, que el clasificar a los individuos como personalidades Tipo A o Tipo B, ayuda a explicar el porque algunas personas son más propensas a las enfermedades relacionadas con el estrés. Sin embargo, se debe enfatizar que la distinción entre estos dos tipos de personalidades no es absoluta; ya que la mayoría de las personas pueden ubicarse entre los dos tipos extremos descritos.

De la Fuente (1992) menciona que distintos tipos de personalidad reaccionan al estrés en forma diferente. Las reacciones psíquicas y corporales dependen de las situaciones y también de los recursos biológicos, psicológicos y sociales de que disponen las personas para contender o enfrentarse con las situaciones estresantes, en el siguiente punto abordaremos las variables situacionales que resultan altamente estresantes.

5.3.2. Variables situacionales estresantes:

Se les considera potencialmente estresantes porque pueden tener trascendencia, pueden implicar cambios significativos en la vida cotidiana del sujeto, lo que las obliga a sobre funcionar, para adaptarse o responder ante ellas, son situaciones novedosas, inciertas, ambiguas, conflictivas, difíciles, dolorosas, desagradables, molestas, incómodas o poco gratificantes. (Buceta y Bueno, 2001).

- . Amenazan la seguridad de la persona, ya sea económica, personal, o laboral.
- . Atentan contra principios, valores y creencias fundamentales, contra normas o costumbres de funcionamiento personal o contra su propia intimidad.
- . Exigen un sobreesfuerzo físico y mental, tareas que requieren una actividad

física intensa, tareas que exigen la máxima concentración, períodos de actividad sin apenas descanso y/o un rendimiento elevado.

- . Implican la toma de decisiones difíciles, la obligación de asumir responsabilidades o riesgos considerables, o la necesidad de actuar en poco tiempo.
- . Implican someterse a una evaluación social, es decir, situaciones en las que el comportamiento de una persona puede ser evaluado por otras que ésta considere importantes (familiares, compañeros, jefe, amigos, etcétera).
Plantean problemas o conflictos difíciles de solucionar (un familiar grave, situaciones en las que cualquier decisión puede ser mala)
- . Conllevan la exposición a algo desagradable, doloroso, molesto, o incómodo (estar en un hospital, someterse a reconocimientos médicos, disculparse, etcétera)
- . Suponen la restricción de la actividad normal, y/o la dependencia excesiva de los demás.
- . Conllevan la realización de tareas monótonas, aburridas, o poco interesantes o gratificantes.
- . Propician la aparición de sentimientos de inutilidad o fracaso.
- . Consisten en la agresión de otras personas, tanto la agresión física, como la agresión verbal, o la agresión y abuso a través de acciones de distinto tipo.

Otras causas sociales del estrés son por ejemplo, las grandes distancias entre las áreas donde la gente vive, donde estudia, trabaja y tiene actividades recreativas y las deficiencias del transporte son una causa adicional para grandes sectores de la población (De la Fuente, 1992).

De la Fuente (1992) sostiene que la situación socioeconómica también es un estresor, especialmente para los jóvenes que invierten años de estudio para conseguir un empleo que después les será negado, las presiones económicas y ambientales a las que se somete la población contribuyen a un deterioro de las relaciones humanas y convivencia social.

Las pérdidas psicológicas, según el autor, son un eslabón importante de eventos que culminan con la aparición de un trastorno. La carencia de un respaldo familiar o social ante las situaciones adversas de la vida confiere a esas pérdidas un papel patogénico mayor.

Ivancevich (1992), habla de variables ambientales potencialmente estresantes, y las define como condiciones o fenómenos del ambiente que producen emociones de estrés.

En este mismo sentido, Blanco (1986) refiere los estresores ambientales como el conjunto de factores que han puesto su capacidad para causar al organismo problemas adaptativos y producirles algún daño físico o mental.

Algunos de los estresores ambientales que más se han estudiado son el ruido, hacinamiento, contaminación y las temperaturas extremas. Sobre ello se habla mas a detalle en el primer capítulo.

Por otro, lado Dale (1996) menciona que estas variables son múltiples y variables, no obstante pueden clasificarse en dos categorías generales -externas e internas-.

Estresores externos:

- . Entorno físico: ruido, brillo de la luz, calor, espacios cerrados.
- . Interacción social: rudeza, prepotencia o agresividad por parte re otros.
- . Organizacionales: reglas, regulaciones, trámites burocráticos, fechas límites.
- . Acontecimientos importantes en la vida: muerte de un familiar, pérdida de trabajo, ascensos, nacimiento de un hijo.
- . Confusiones diarias: cambios, llaves perdidas, descomposturas mecánicas.

Estresores internos:

- . Alternativas de la vida: cafeína, sueño insuficiente, horarios extremos.
- . Comunicación negativa: pensamientos pesimistas, autocrítica, análisis excesivo.
- . Trampas mentales: , expectativas irreales, tomar las cosas de manera personal, forma de pensar de “es todo o nada”, exageración, pensamientos rígidos.

Estos eventos generan varios síntomas de estrés mental y emocional, los más comunes, afirma Dale (1996), incluyen enojo, ansiedad, preocupación, miedo, depresión, que de no resolverlos pueden detonar en una variedad de enfermedades.

El autor clasifica el estrés en dos categorías: estrés negativo y estrés positivo y las argumenta de la siguiente manera:

. El estrés negativo es un estrés prolongado y sin aliviar que tiene un efecto dañino en la salud mental, física y espiritual. Representa una causa común de la salud deficiente de la sociedad moderna y de un alto porcentaje de las visitas al médico, ya que es un factor contribuyente en las condiciones negativas relativamente menores como dolores de cabeza, problemas digestivos, padecimientos de la piel, insomnio y úlceras, aunque también juega un papel importante dentro de las principales causas de fallecimientos en el mundo occidental: como cáncer, enfermedades cardiovasculares, desordenes respiratorios, lesiones accidentales, cirrosis y suicidio.

. El estrés también puede tener un efecto positivo. Es esencial en el estímulo de la motivación y la conciencia, proporcionando la estimulación necesaria para enfrentar situaciones de reto. La tensión y la excitación permiten disfrutar muchos aspectos de la vida, de ahí que, sin estas, la existencia resultaría monótona. Además, el estrés proporciona el sentido de urgencia y alerta necesario para

sobrevivir al enfrentar situaciones que constituyan una amenaza, como cruzar una avenida muy transitada o conducir en condiciones climáticas desfavorables. Un enfoque demasiado relajado en tales circunstancias podría ser fatal.

Hasta el momento, se ha hablado del estrés, sus definiciones y procesos, y de sus repercusiones en la salud del individuo, a continuación describin cuales son los tipos de estrés y sus manifestaciones.

5.4. Tipos de estrés

Estrés y distrés.

El estrés actúa como factor de motivación para vencer y superar obstáculos. Puede decirse, que es un elemento que permite alcanzar el éxito, es el combustible para el logro de nuestras ambiciones. Este nivel normal y deseable podría denominarse simplemente como estrés. No obstante ese nivel puede ser superado llegando a ser potencialmente perjudicial; pudiéndose diferenciar tal estado con el nombre de distrés. La diferencia entre estrés y distrés que se ha hecho en este punto destaca la diferencia entre condición necesaria y normal, en comparación con otra que excede estos límites (Mainieri, 2003).

Estrés físico y estrés mental.

Algunos autores diferencian entre el estrés físico y el estrés mental, mientras que otros combinan ambas definiciones cuando hablan del estrés. Según Meichenbaum y Jaremko. (1987), esta diferenciación depende del origen o causa del estrés, de esta manera, el estrés físico se define principalmente como fatiga o cansancio físico.

Puede expandirse esta definición para incluir exposición al calor o al frío, al peligro, o a sustancias irritantes. Por otro lado, el origen del estrés mental está en las relaciones interpersonales, frustraciones y apegos, conflictos con nuestra cultura o religión o por la preocupación por alguna enfermedad (Mainieri, 2003).

Estrés agudo.

De acuerdo con Mainieri (2003), el estrés agudo es el producto de una agresión intensa (o violenta), ya sea física o emocional, limitada en el tiempo pero que supere el umbral del sujeto, da lugar a una respuesta también intensa, rápida y muchas veces violenta. Cuando el estrés agudo se presenta se llega a una respuesta en la que se pueden producir úlceras hemorrágicas de estómago como así también trastornos cardiovasculares. En personas con factores de riesgo altos, pueden tener un infarto ante situaciones de este tipo.

De la Fuente (1992) cita algunos estudios que muestran la relación existente entre el estrés y los ataques del corazón, algunos de ellos son:

Engel, 1978, publicó una colección de 170 historias de muerte súbita a raíz de un trastorno emocional. Miller, reconstruyó los eventos del día que precedieron a la muerte de 100 hombres y encontró 23 casos evidentes de estrés emocional agudo en la hora anterior a la muerte, Risa y sus colaboradores reportaron resultados similares en 127 casos en Helsinki, y en otro estudio de 117 sobrevivientes de arritmias graves se encontró que 25 las había sufrido en relación directa con trastornos emocionales asociados al estrés.

Lo que permite una conclusión, el hecho de que un 20 % de los pacientes en tres estudios hayan sufrido muerte súbita durante un estado de estrés emocional sugiere que hay un subgrupo susceptible que necesita ser identificado y estudiado mas afondo.

De la Fuente (1992), menciona que los estudios epidemiológicos no han demostrado que el estrés emocional precipita infartos del miocardio, pero sí la muerte súbita de personas que sufrieron un episodio agudo de fibrilación ventricular (forma más común de muerte súbita).

Estrés crónico

Mainieri (2003), afirma que cuando el estrés se presenta en forma crónica, prolongado en el tiempo, continuo, no necesariamente intenso, pero exigiendo adaptación permanente, se llega a sobrepasar el umbral de resistencia del sujeto para provocar las llamadas enfermedades de adaptación. Es decir que cuando el organismo se encuentra sobre estimulado, agotando las normas fisiológicas del individuo, el estrés se convierte en distrés.

El estrés crónico, según el autor, puede darse ya sea por una exposición prolongada y continua a factores estresantes externos (como en profesiones como periodistas, ejecutivos, pilotos o médicos) o por condiciones crónicas o prolongadas de la respuesta al estrés (como en sujetos deprimidos y en el estrés postraumático). Aquí el sujeto se ve expuesto prolongadamente a las llamadas hormonas del estrés (catecolamina, adrenalina y noradrenalina liberadas por el sistema nervioso simpático; y los glucocorticoides). Algunos autores catalogan como estrés agudo al que ocurre dentro de un periodo menor a seis meses y crónico de seis meses o más.

5.5. Consecuencias psicológicas del estrés.

De acuerdo con Fontana (1995), ciertos niveles de estrés pueden ser benéficos ya que pueden generar motivación, al poner al individuo en estado de alerta, a pensar más rápido o trabajar de modo más intenso; el riesgo de todo esto, es que si se exceden los límites se corre el riesgo de agotar la energía psicológica, deteriorando el desempeño y el autoconcepto del sujeto. Si bien hemos abordado el aspecto biológico del estrés vemos que hay cierta congruencia con el aspecto

psicológico. “Entre más agotamiento físico sentimos por el estrés, nos sentiremos con más agotamiento psicológico y viceversa, Sólo unos cuantos individuos se rinden psicológicamente tan pronto como sienten los primeros signos de deterioro fisiológico, aunque también, el otro extremo, sólo unos cuantos continúan activos, incluso más allá de la etapa de colapso físico, impulsado únicamente por lo que llamamos fuerza de voluntad” (Fontana, 1995, p. 12).

Si retomamos las fases del estrés vemos que existe:

1. reacción de alarma
2. etapa de resistencia
3. etapa de agotamiento

En cuanto a lo que se refiere a los efectos psicológicos del estrés se puede observar que los beneficios de aplican hasta cierto momento de la fase 2, o de resistencia, el momento exacto depende de las valoraciones cognoscitivas del individuo sobre la utilidad del estresor, su capacidad de resistencia y su necesidad de enfrentarse a desafíos; mientras que los efectos dañinos del estrés pueden ubicarse dentro de la fase 3, o de agotamiento y se resumen en efectos cognoscitivos, emocionales y conductuales.

Efectos cognoscitivos del estrés	
<i>Decremento del período de la concentración y atención</i>	Dificultades para mantener la concentración, disminución de la capacidad de observación.
<i>Aumento de la distractibilidad</i>	Con frecuencia se puede perder la continuidad de lo que se está diciendo o pensando, incluso a media frase.
<i>deterioro de la memoria a corto y largo plazo</i>	El período de la memoria disminuye, así como el recuerdo y reconocimiento aun de material familiar.
<i>La velocidad de respuesta se vuelve impredecible</i>	La velocidad real de respuesta se reduce a tal grado que los intentos de compensarla pueden conducir a decisiones apresuradas.
<i>Aumento de la frecuencia de errores</i>	Como resultado de todo lo anterior, se incrementan los errores en las tareas cognoscitivas y de manipulación. Las decisiones se vuelven inciertas.
<i>Deterioro de la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo.</i>	La persona no puede evaluar con precisión las condiciones existentes, ni ver sus consecuencias.
<i>Aumento de los delirios y de los trastornos del pensamiento.</i>	La prueba de realidad es menos eficaz y se pierde objetividad y capacidad crítica, los patrones de pensamiento se vuelven confusos e irracionales.
Efectos emocionales del estrés	
<i>Aumento de la tensión física y</i>	Disminuye la capacidad para relajar el tono muscular, sentirse bien

<i>psicológica</i>	y detener las preocupaciones y la ansiedad.
<i>Aumento de la hipocondría</i>	Las enfermedades imaginadas se agregan a los malestares reales causados por el estrés: desaparece la sensación de salud y bienestar.
<i>Aparecen cambios en los rasgos de personalidad</i>	Las personas pulcras y cuidadosas pueden volverse desaseadas y descuidadas; las personas preocupadas indiferentes y las personas permisivas autoritarias.
<i>Aumento de los problemas de personalidad existentes</i>	Empeoran la ansiedad, la sobresensibilidad, la defensividad, y la hostilidad existentes.
<i>Debilitamiento de las restricciones morales y emocionales</i>	Se debilitan los códigos de conducta y el control de los impulsos sexuales, o a la inversa pueden volverse exageradamente rígidos. Aumentan las explosiones emocionales.
<i>Aparecen depresión e impotencia</i>	El ánimo se deprime, y surge una sensación de impotencia para influir en los acontecimientos o en los propios sentimientos acerca de ellos y de uno mismo.
<i>Pérdida repentina de la autoestima</i>	Aparecen sentimientos de incompetencia y de autodesvalorización
Efectos conductuales del estrés	
<i>Aumento de los problemas del habla</i>	Aumenta la tartamudez, el farfuleo, y las vacilaciones existentes, pueden aparecer en personas que antes no estaban afectadas.
<i>Disminución de los intereses y el entusiasmo</i>	Los intereses y los objetivos vitales se olvidan, se dejan de lado los pasatiempos, es probable que la persona se deshaga de pertinencias estimadas.
<i>Aumento del ausentismo</i>	Por medio de enfermedades reales o imaginarias, o de excusas inventadas, los retardos o las faltas al trabajo se vuelven un problema para la persona.
<i>Aumento del consumo de drogas</i>	Es más evidente el consumo de alcohol, tabaco, cafeína, nicotina y otras drogas prescritas o ilegales.
<i>Descenso en los niveles de energía</i>	Los niveles de energía caen o pueden fluctuar de manera considerable de un día a otro sin ninguna razón evidente.
<i>Alteración de los patrones de sueño</i>	La persona tiene dificultades para dormir o para permanecer dormido por más de cuatro horas seguidas.
<i>Aumento del cinismo acerca de los clientes y de los colegas</i>	Aparece la tendencia de culpar a los demás. "A parte de mi nadie más se preocupa"
<i>Se ignora la nueva información</i>	Se rechazan los nuevos cambios a pesar de que puedan ser potencialmente útiles.
<i>Las responsabilidades se depositan en los demás</i>	Aumenta la tendencia a trazar nuevos límites, excluyendo las obligaciones desagradables de la esfera de actividades.
<i>Se "resuelven" los problemas a un nivel cada vez más superficial</i>	Se adoptan soluciones provisionales y a corto plazo, se abandonan los intentos de comprender profundamente o de hacer un seguimiento, se desiste en algunas áreas.
<i>Aparecen patrones de conducta excéntricos</i>	Surgen manierismos extraños; conducta impredecible y nada característica.
<i>Pueden hacerse amenazas de suicidio</i>	Se dicen frases como "quiero acabar con todo" o "es inútil continuar"

En general, como mencionó anteriormente, el exceso cuantitativo o cualitativo de estrés puede perjudicar seriamente el rendimiento y la salud de las personas, y de hecho, se le considera uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades más graves de nuestro tiempo.

En el siguiente apartado se aborda la relación existente entre el estrés y la salud, pues es importante reconocer la influencia de dicho proceso para la promoción o mantenimiento de una calidad de vida saludable.

5.6. La relación del estrés con la salud.

Dale (1996), menciona al respecto, que el estrés representa una causa común de la salud deficiente de la sociedad actual y de un alto porcentaje de las visitas al médico, así mismo juega un papel importante en las tasas de mortalidad del mundo occidental.

Se sabe que en la actualidad las tres principales causas de muerte en los países desarrollados son las enfermedades del corazón, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares (National Center for Health Statistics, 1992. Citado en Buceta y Bueno, 2001); y el estrés es uno de los principales factores de riesgo relacionados con estas alteraciones de la salud, contribuyendo además, indirectamente, al favorecer en muchos casos, la presencia de otros factores de riesgo relevantes.

Del mismo modo, el estrés es un elemento determinante con alteraciones no sólo de la salud, en el sentido de ser mortal, sino de calidad de vida, o funcionamiento normal del organismo, ya que puede precipitar ataques asmáticos, conllevar a alteraciones del sueño, alteraciones gastrointestinales, o incluso alcoholismo. También se ha demostrado que el estrés está relacionado con trastornos psicológicos, como son trastornos de ansiedad, depresión, etcétera. Tanto en su etiología, desarrollo, mantenimiento, a tal grado que incluso puede obstruir su tratamiento; pero sin embargo cabe aclarar que si bien el estrés puede influir durante el proceso de la enfermedad, éste no puede considerarse como la etiología misma del padecimiento (Fontana, 1995).

Trastornos cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión, enfermedad coronaria, taquicardia • Arritmias cardíacas episódicas • Enfermedades de Raynaud
Trastornos respiratorios	<ul style="list-style-type: none"> • Asma bronquial, Síndrome de hiperventilación • Otros: taquipnea, disnea, sensación de opresión torácica
Trastornos inmunológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Gripe, herpes, tuberculosis, Cáncer, SIDA
Artritis reumatoide	
Trastornos endocrinos	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertiroidismo, Hipotiroidismo, Síndrome de Cushing
Trastornos gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera péptica • Dispepsia funcional, Síndrome del intestino irritable, Colitis ulcerosa • Otros: molestias digestivas, digestiones lentas, estreñimiento, aerofagia, espasmos esofágicos.
Diabetes e hipoglucemia	
Trastornos dermatológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Prurito • Sudoración excesiva, Dermatitis atópica • Otros: alopecia, urticaria crónica, hipersecreción de grasa cutánea, (seborrea, acné) rubor facial.
Dolor crónico y cefaleas	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea: tensional, migrañosa, mixta • Dolor crónico: lumbalgia, dismenorrea, etcétera
Trastornos musculares	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del tono muscular • Tics, temblores y contracturas musculares mantenidas • Alteración de los reflejos musculares
Trastornos bucodentales	<ul style="list-style-type: none"> • Bruxismo, Líquen plano oral
Trastornos sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • Impotencia, Eyaculación precoz • Coito doloroso • Vaginismo • Alteraciones de la libido

Para ilustrar con mayor claridad este punto de la relación del estrés y el proceso de salud y enfermedad se cita uno de los trastornos que aquejan particularmente a la sociedad. La dispepsia no ulcerosa (DNU), también denominada "dispepsia funcional", es usualmente definida como un conjunto de síntomas abdominales crónicos o recurrentes del tracto gastrointestinal superior (Jebbink, Akkermans, Van-Berge y Smout 1993).

En la población general, la DNU tiene una gran prevalencia, afecta del 20% al 40% de la población. También es un motivo muy frecuente de consulta médica en atención primaria y uno de los diagnósticos más comunes en sujetos que se presentan con síntomas gastrointestinales para evaluación. La DNU afecta la calidad de vida y es causa de considerable morbilidad y disminución de la productividad (Drossman, 1993).

Durante siglos, se ha dado cuenta de una estrecha relación entre el estrés y la función gastrointestinal. En el ámbito clínico se constata que cuando los sujetos están perturbados, angustiados o estresados, refieren molestias abdominales o intestinales. Con respecto a la DNU, muchos autores han documentado la implicación de factores psicosociales, entre ellos el estrés, en esta enfermedad. Sin embargo, hay todavía mucha controversia y cuestionamientos en torno a ello (Dale, 1996).

Al respecto, se han hecho una serie de estudios sobre los efectos de la psicoterapia y programas de intervención psicosocial en la DNU. Haug, Wilhelmsen, Ursin, y Berstad, en 1994, desarrollaron una investigación para estudiar el efecto de la psicoterapia cognitiva en el tratamiento del distrés psicológico y la sintomatología física en 50 pacientes diagnosticados con dispepsia funcional, encontrándose al finalizar el tratamiento (cuatro meses más tarde) en que se aplicó la psicoterapia cognitivo conductual, una disminución de síntomas dispépticos a nivel de dolor epigástrico, náuseas, disnea y estreñimiento, es decir; se mostró que la psicoterapia cognitiva-conductual combinada con el tratamiento farmacológico, puede ser una alternativa viable para intervenir en el distrés psicológico y la sintomatología física de sujetos diagnosticados con dispepsia no ulcerosa. Los cambios significativos relacionados con la disminución de los síntomas dispépticos y el distrés psicológico, podrían indicarnos relaciones entre las diferentes variables psico-sociales y los síntomas de la dispepsia.

Esta investigación representa una evidencia sólida que demuestra que factores psicosociales como el estrés, tienen gran importancia en la etiología y el curso del padecimiento. De esta investigación se desprende ...“la necesidad de llevar a cabo una intervención integral de tipo bio-psico-social en la DNU; sin embargo hay todavía muchos hechos problemáticos y vacíos sobre el tema, se requiere investigar y evaluar las relaciones de los factores psicosociales...” (p.246).

Con lo anterior se destaca, que el estrés y los problemas psicosociales influyen en el proceso de salud enfermedad y, además, se hace notoria la importancia del trabajo e investigaciones surgidas del ámbito psicológico y de la inserción de los psicólogos en el área de salud, para lograr resultados que favorezcan no solo la resolución de un problema de salud específico, sino la calidad de vida del individuo en general.

De dicha inserción al campo de la salud del psicólogo, ha sido posible el surgimiento de diversas técnicas para reducir y controlar el estrés, que son utilizadas por éste, e incluso por otros profesionales. En el siguiente apartado se mencionan brevemente alguna de dichas técnicas.

5.7. Técnicas para reducir y controlar el estrés

Los procedimientos son múltiples y el objetivo es alejar al sujeto de los eventos desagradables, mencionaremos a continuación dichas técnicas, de acuerdo con las citas de Barrientos (1998):

Técnicas cognitivo-conductuales: entre las más utilizadas se mencionan las siguientes:

Desensibilización sistemática: Se usa para reducir los miedos, que van acompañados de ansiedad en procedimientos médicos, dentales, etcétera, se puede realizar imaginariamente o en vivo.

Consiste en presentar jerárquicamente circunstancias asociadas progresivamente a la ansiedad y se practican escenas con dificultad creciente, permitiendo al individuo que se adapte a las circunstancias que le producen conflicto.

Modelamiento: Basada en la teoría del aprendizaje observacional. Esta facilita el aprendizaje de conductas adaptativas y puede utilizarse la observación directa o la imaginación. Este es un método importante para enseñar habilidades necesarias para el conocimiento de la enfermedad.

Manejo de Contingencias: Su objetivo es el decremento de las conductas que interfieren una recuperación incrementando aquellas son de tipo adaptativo, se utilizan procedimientos como: costo de respuesta, reforzador negativo o positivo, castigo, extinción por aproximaciones sucesivas.

Estrategias Cognitivas: se utilizan diversidad de estrategias como: el sosegamiento, uso de la distracción y la reestructuración cognitiva, así como también la atención-diversión.

Entrenamiento en habilidades y ensayo conductual: SE incorpora el modelamiento, el juego de roles y el ensayo conductual. Lo cual permite aprender habilidades específicas que facilitan al ajuste físico y psicológico.

Otras técnicas utilizadas para el manejo del estrés son:

Entrenamiento en relajación: Es la estrategia de intervención mas usada, sobre todo en la operación de procedimientos medico-quirúrgicos que son estresantes. Ramírez, en 1996, menciona que lo han llamado la aspirina de la medicina conductual. Aunque esta surge en intervenciones fisiológicas, pero se ha demostrado que también interviene en los dominios afectivos y cognitivos, ya que facilita un sentido de autocontrol y competencia.

Relajación Autógena: Produce un estado de relajación profundo con el uso de autoafirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo y sugiriendo declaraciones de calidez y calma.

Relajación muscular progresiva: permite enseñar al paciente a tensar los músculos intencionalmente y luego relajarlos, es un aprendizaje de discriminación. Pues el paciente debe enfocarse a los distintos músculos.

Imaginación: se emplea el mundo interno y privado del paciente, a través de la creación de imágenes. La técnica se dirige a una relajación general, a la reducción de ansiedad, del síntoma o al cambio conductual.

Imaginación guiada: Ramírez, (1996). Se les pide a los pacientes que visualicen en detalle una escena que se consideren que los pueda relajar. Estos ejercicios llevan a la mente del paciente a jugar un papel activo a través de la recreación de ciertas señales, sonidos, olores y tacto.

Técnicas de meditación: Barrientos (1998). Todas las formas de meditación tienen un elemento común: ayudan a focalizar la atención en el momento presente. La persona prende a contemplar la realidad externa con serenidad. Para meditar, se debe estar sentado solo o acompañado en un grupo pequeño, en un sitio alejado del ruido. Los ejercicios, pueden ser visuales, auditivos o de movimiento.

Respiración profunda: siendo la respiración la función esencial del cuerpo, la inhalación se realiza únicamente por la nariz, por 10 minutos, cada hora durante el día. Michan (1990, citado en Barrientos, 1998) plantea que se hace necesaria actualmente pues, nuestra sociedad esta sometida a tensiones emocionales que generan hábitos perjudiciales, como el contener la respiración, haciendo que el nivel de energía orgánica descienda notablemente y al mismo tiempo aumente la tensión emocional creando estados de angustia y ansiedad.

Yoga: Es una alternativa terapéutica, que a través de diferentes posturas corporales proporciona un masaje interno a todos los órganos del cuerpo, además

proporciona un descanso físico mental y emocional equilibrando el funcionamiento del sistema endocrino. (Michan, 1990, citado en Barrientos, 1998).

En conclusión y de acuerdo con Dale (1996), en términos biológicos el estrés puede explicarse como un estado de excitación incrementada, necesario en un organismo para defenderse a sí mismo cuando enfrenta a algún peligro.

Se coincide con el autor afirma que éste es una parte aceptable e inevitable de la existencia diaria. De hecho, a nuestro parecer, éste, es un aspecto intrínseco a la existencia humana, y que sin él la vida se volvería intolerable. Por ejemplo ciertos tipos de estrés como los causados por actividades físicas y mentales, sexuales y la creatividad intensa, en realidad son muy deseables.

De igual manera, es importante destacar que no se puede establecer un nivel de estrés que sea óptimo para todos. Pues somos diferentes uno de otros. Así pues, aún cuando concordando con que un tipo de suceso es estresante para todos, nuestras respuestas fisiológicas varían respecto a ello; esto es, porque algunos individuos son más sensibles al estrés que otros, como consecuencia de los estilos de vida particulares.

El modelo de Lazarus, permite explicar cómo se genera el estrés y cómo se puede hacer frente a éste, con los recursos que cuenta la persona; haciendo claro que este se suscita con mayor regularidad en las ciudades y por ello quizá sea preciso realizar investigaciones que permitan la elaboración de programas de intervención conducidos a aminorar la proliferación de dicho fenómeno.

Cabe agregar que, a juicio de autores como Mainieri (2003), afirma que la forma en que se percibe y se reacciona ante el estrés es distinta entre hombres y mujeres, en el sexo femenino el estrés se expresa más en la esfera afectiva, en tanto que en el sexo masculino se expresa más en la esfera conductual; diferencia que piensa que puede apoyarse en patrones culturales.

Con todo lo anterior, a manera de reflexión, el estrés se vuelve perjudicial cuando un cambio real o imaginario abruma la habilidad de la persona para manejarlo; dejándola propensa a reacciones físicas, mentales y emocionales indeseadas, y a ciertas enfermedades.

Otro punto importante, en este trabajo, es el considerar que gran cantidad de estrés es autogenerado, como resultado de la forma en que se percibe el evento que amenaza, estimula, anima o entristece y esto también tiene que ver con el cómo el individuo se percibe a sí mismo, igualmente en función de los roles socioculturales que se nos han asignado a hombres y mujeres.

En el siguiente capítulo se habla de las manifestaciones de problemas de la salud, definiendo la queja somática y los tipos de trastornos somatoformes a los que se ésta expuesto en nuestra sociedad, analizando de igual manera la cognición subjetiva de la enfermedad y la relación de la somatización y el genero.

CAPITULO 6. LA QUEJA SOMÁTICA Y LA SALUD

En la medicina se introdujo hace ya algunos años la palabra “psicosomática”, y aunque en este trabajo no se refiere a lo psicossomático es importante partir de este punto, para denotar las profundas influencias que experiencias vitales, estados emocionales e, incluso, procesos cognitivos, tienen, para bien o para mal, en la salud y el funcionamiento del cuerpo humano. Hoy en día, el pensamiento psicossomático trata de superar visiones parciales y abstracciones reduccionistas, buscando integrar las manifestaciones biológicas y sociales en una comprensión unitaria del ser humano (Fabrega, 1990).

Como ciencia básica, la Psicossomática tiene por objeto observar e interpretar las relaciones entre estados, procesos y acontecimientos psicológicos y biológicos, tal como son influenciados por el medio ambiente físico y humano, tanto en la salud como en la enfermedad. Pertenece claramente al grupo de las ciencias naturales, es tributaria del método experimental, y formula a nivel teórico modelos neutros superimpuestos a los sistemas conceptuales de la Psicología y de la biología. La psicooncología, la psiconeuroendocrinología, la psicoimmunología y la investigación psicossocial del estrés son algunas de sus ramas más conocidas (Escobar, Burnam, Karno, Fonsythe y Golding, 1987, Fabrega, 1990) .

Como orientación médica, la Medicina Psicossomática surge en reacción a las tendencias reduccionistas de la medicina moderna, representando una actitud o estado de opinión que insiste en considerar al paciente en su totalidad, atendiendo no sólo a los datos meramente biológicos sino también a sus circunstancias sociales y estados psicológicos. Afín a lo que se ha denominado Antropología Médica, la Medicina Psicossomática es sumamente práctica y se apoya en los postulados que derivan tanto de la moderna experimentación científica como de la sabiduría clínica (Fabrega, 1990).

La Medicina Psicosomática se puede definir como "una manera de practicar la medicina que tiene en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales del paciente en el diagnóstico, tratamiento y prevención de toda enfermedad" (Kellner, 1990, p. 151).

A pesar de la importancia que esta área de la medicina tiene, su ámbito de desempeño resulta difícil de definir, ya que no existe "el psicósoma" como órgano, ni tampoco enfermedades psicosomáticas, en el sentido en que hay, por ejemplo, enfermedades hepáticas o respiratorias. Pero, si encontramos con frecuencia situaciones en las que el proceso psicosomático, presente en todas las enfermedades, alcanza tal magnitud que parece indicada una intervención de tipo psicológico, tanto para beneficiar la evolución del proceso patológico, como para acelerar la rehabilitación y prevenir las recaídas (Fontana, 1990).

6.1|. Somatización: definición y aplicaciones del concepto

La somatización se considera como uno de los más frecuentes y problemáticos fenómenos que encaran la medicina. Es un término genérico que incluye un amplio rango de fenómenos clínicos, una variedad de procesos que conducen al paciente a buscar ayuda médica por síntomas o malestares del cuerpo los cuales, a veces, aún cuando no existe evidencia médica de los mismos, el paciente erróneamente lo atribuye a una enfermedad orgánica (Bass y Benjamín, 1993).

El concepto de somatización fue primero usado en el pensamiento psicoanalítico por Stekel (citado en: Kellner, 1990) en los comienzos del presente siglo para referirse a un proceso hipotético en el cual los mecanismos de defensa natural no permiten la expresión de la ansiedad y, en su lugar, sólo es posible una "expresión visceral", impidiendo la manifestación de la ansiedad experimentada conscientemente por el individuo.

Las definiciones conceptuales contenidas en la literatura muestran la existencia de un consenso en relación a algunas dimensiones que son parte del concepto (Bass y Benjamín, 1993).

Lipowski, (1988) por ejemplo, define la somatización como “una tendencia a experimentar y comunicar tensión somática y síntomas o quejas somáticas no establecidos en los hallazgos patológicos, a atribuir estos síntomas a una enfermedad física y ha buscar ayuda por ellos” (p. 1358). El mismo autor presenta un enfoque comprensivo para definir somatización que incluye tres aspectos básicos:

- El aspecto experiencial: cómo el paciente percibe y subjetivamente reconoce el dolor.
- El aspecto cognitivo: cómo el individuo define e interpreta los síntomas como siendo o no serios;
- El aspecto conductual: cómo el paciente reacciona al dolor, los cursos de acción que él o ella llevan a cabo para manejarse con el dolor y cómo él/ella lo comunica.

Escobar (1987), define al somatizador como un “individuo que repetidamente exhibe importantes quejas sugiriendo una enfermedad física, pero para las cuales se carece de una explicación médica” (p.713).

Kirmayer y Robbins (1991), mencionan que somatización es un término usado para referirse a aquellas situaciones clínicas en las cuales “los pacientes se presentan clínicamente con síntomas exclusivamente somáticos a pesar de existir a la vez problemas psicológicos o estrés emocional demostrable” (P.1).

Al respecto se ha indicado que la somatización implica “formas de patología que tienen implicaciones psicológicas y psiquiátricas” (Fabrega 1990, p.653).

Todas las definiciones convergen en el hecho que la somatización es un fenómeno que ocurre cuando un paciente repetidamente busca cuidado médico, se queja de algún problema somático y no siempre existe una evidencia biológica de alguna enfermedad orgánica o patológica. La naturaleza de las causas parece ser básicamente emocional, social o psiquiátrica. A este respecto el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM-III-R) en la descripción de los desórdenes somatoformes puntualiza que existen características centrales en estos desórdenes, “evidencia positiva o una fuerte presunción de que los síntomas están vinculados a factores o conflictos psicológicos” (Asociación Americana de Psiquiatría 1987, p.255).

Kiermayer (1985), expone algunas situaciones en las que el concepto de somatización es aplicado, dichas situaciones son:

- Puede estar presente en sujetos quienes no tienen alguna enfermedad ni psiquiátrica ni orgánica, pero necesitan somatizar su estrés emocional como un medio de manifestarlo y demandando apoyo al mismo. En este caso la somatización se considera un mecanismo para manejarse con los hechos estresantes de la vida. Existen diferentes definiciones para el concepto de somatización, los cuales al ponerse juntos asumen la existencia de dificultades psicológicas y de vida como estresores de la experiencia de enfermedad. Los síntomas somáticos no son poco comunes en la población, pero la característica distintiva de la somatización reside en la frecuencia, severidad y persistencia de las presentaciones hechas por los pacientes.
- La somatización esta presente en el caso de una evidente enfermedad orgánica. Este término es aplicado cuando el paciente tiene una enfermedad orgánica verificable, pero **amplifica** los síntomas somáticos.

- En casos en los cuales, dado que la enfermedad está en su etapa inicial, ésta no puede ser diagnosticada y no existe una evidencia médica de la existencia de un problema orgánico aunque el individuo manifiesta molestias somáticas.
- Somatización como un **desorden psiquiátrico** “disfrazado” (por ejemplo depresión o ansiedad). Los individuos buscan ayuda médica repetidamente quejándose primariamente de síntomas somáticos y más tarde son diagnosticados como teniendo un desorden psiquiátrico. Los síntomas somáticos son una parte prominente de un desorden afectivo y el síntoma podría ser generalizado o localizado.

En reflexión, la somatización es un fenómeno frecuente en nuestros días que se caracteriza por un patrón de síntomas y quejas múltiples (quejas somáticas) que pueden involucrar algún sistema corporal y que persisten por años.

6.2. Trastornos somatoformes

El término “Trastorno somatoforme” es relativamente nuevo y se aplica a lo que mucha gente denomina trastorno psicósomático. En los trastornos somatoformes, los síntomas físicos o su gravedad y duración no pueden ser explicados por ninguna enfermedad orgánica subyacente. Los trastornos somatoformes generalmente no tienen una explicación clara (Kellner, 1990).

Vásquez-Caicedo (2002), por su parte, explica que estos trastornos son aquellos en cuyo cuadro clínico destacan como rasgo característico, ciertos síntomas físicos que sugieren una condición médica general y que no son explicados completamente por una enfermedad física ni por los efectos directos de una sustancia ni por otro trastorno mental. Los síntomas ocasionan aflicción o deterioro significativo en las áreas de funcionamiento social u ocupacional. No se

encuentran bajo control voluntario del paciente, ni son intencionales. De otro lado, debe tenerse en cuenta que no existen condiciones médicas generales diagnosticables que expliquen los síntomas.

Los trastornos somatoformes incluyen el trastorno de somatización, el trastorno de conversión y la hipocondría. Esto explica que los pacientes con un trastorno somatoforme pueden ser muy diferentes entre sí, debido a que no se sabe bien por qué o cómo la gente desarrolla su sintomatología, por esta misma razón no hay modelos de tratamiento específicos y consensuados (Kellner, 1990).

El agrupamiento de estos trastornos para su estudio se basa en su utilidad clínica y no en la presunción de mecanismos etiológicos comunes (Vásquez-Caicedo, 2002). Se considera los siguientes:

6.2.1. Somatización

De acuerdo con Kellner (1990), la somatización es una enfermedad crónica y grave caracterizada por la presencia de muchos síntomas físicos, en particular de una combinación de dolor y de síntomas de las esferas gastrointestinal, sexual y neurológica.

Para Taylor (2003), el trastorno de somatización se define como “una condición crónica en la cual se presentan numerosas quejas físicas, que duran por años y ocasionan desajustes sustanciales, causadas por problemas psicológicos”(p.1).

Las causas de la somatización son desconocidas. A menudo se presenta como característica familiar. La gente con este trastorno tiende también a tener trastornos de la personalidad caracterizados por egocentrismo (personalidad narcisista) y una exagerada dependencia de los demás (personalidad dependiente). Los síntomas aparecen por vez primera en la adolescencia o temprano en la edad adulta y se cree que ocurren predominantemente en las mujeres. Los familiares varones de las mujeres con este trastorno tienden a tener una alta incidencia de comportamiento socialmente inapropiado y de alcoholismo (Kellner, 1990).

Por otro lado, Vásquez-Caicedo (2002), define que es “un trastorno polisintomático que empieza antes de los 30 años, de curso crónico y fluctuante. Está caracterizado por una combinación de síntomas de dolor, gastrointestinales, sexuales y pseudoneurológicos” (p. 1); y, se le conoce como Síndrome de Briquet, pues, fue descrito por Briquet (1859), quien la consideró una forma de Histeria, en la cual, ante situaciones de sobrestimulación nerviosa, individuos susceptibles presentaban diversidad de quejas físicas. Ulteriormente, el concepto fue enriquecido por los aportes de la escuela psicoanalítica que considera la génesis del síntoma vinculada a la expresión de angustia (o sentimientos depresivos).

La prevalencia de no es bien conocida; se la estima entre 0,2 - 2% en mujeres y menos de 0,2% en varones. En el Perú, un estudio epidemiológico realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" en el distrito de Independencia, señaló una prevalencia de vida de 0,6% pero diferenciada por sexo, 0,0% en varones y 1,2% en mujeres. Se ha encontrado una mayor prevalencia del trastorno (20%) en familiares de casos índices (problemas maritales, bajo rendimiento ocupacional, consumo problema de bebidas alcohólicas, delincuencia juvenil y otras conductas sociopáticas) (Vásquez-Caicedo, 2002) .

Síntomas

Una persona con somatización presenta muchas quejas difusas de carácter físico. Aunque puede afectar a cualquier parte del cuerpo, los síntomas se expresan más frecuentemente como dolores de cabeza, sentirse nervioso o ansioso, náuseas, vómitos, dolor abdominal, menstruaciones dolorosas, cansancio, pérdidas de conciencia, relaciones sexuales dolorosas y pérdida del deseo sexual. Aunque los síntomas suelen ser primariamente físicos, también pueden referir ansiedad y depresión. Las personas con somatización describen sus síntomas de un modo dramático y emotivo, refiriéndose a ellos a menudo como “insoportables”, “indescriptibles” o “lo peor imaginable” (Kellner, 1990, Vásquez-Caicedo, 2002) .

Estas personas muestran una extremada dependencia en sus relaciones sociales. Piden cada vez más ayuda y apoyo emocional y pueden enfurecerse cuando sienten que no se satisfacen sus necesidades. A menudo se les describe como exhibicionistas y seductores. En un intento de manipular a los demás, pueden amenazar con suicidarse o incluso intentarlo. A menudo están descontentos con la atención médica que reciben y van de un médico a otro.

Los síntomas físicos parecen ser un modo de pedir ayuda y atención. La intensidad y persistencia de los síntomas reflejan el intenso deseo de la persona de ser atendida en cada uno de los aspectos de su vida. Los síntomas también parecen servir a otros propósitos, como permitir que la persona eluda las responsabilidades de la vida adulta. Los síntomas tienden a ser incómodos e impiden a la persona implicarse en proyectos atractivos, lo que sugiere que también padece sentimientos de incapacidad y de culpabilidad. Los síntomas impiden el disfrute y a la vez actúan como castigo (Kellner, 1990).

Vásquez-Caicedo (2002), sostiene que el curso de los síntomas es crónico, pero fluctuante, y raramente remite en forma completa. Es muy raro que transcurra un año sin que el individuo busque atención médica por quejas somáticas inexplicables.

Así pues, se sabe que siendo inconsistentes las versiones de los pacientes sobre su síntomas lo mas efectivo es una minuciosa revisión de las intervenciones médicas para documentar un patrón de frecuentes quejas somáticas

Diagnóstico

Las personas con somatización no son conscientes de que su problema es básicamente psicológico y por ello presionan a sus médicos para que les hagan estudios diagnósticos y tratamientos. El médico se ve obligado a realizar muchas exploraciones físicas y análisis para determinar si la persona tiene un trastorno físico que explique los síntomas. Las interconsultas con especialistas son frecuentes, aun cuando la persona haya desarrollado una relación razonablemente satisfactoria con su médico.

Una vez que el médico determina que la alteración es psicológica, la somatización puede ser distinguida de otros trastornos psiquiátricos similares por su gran cantidad de síntomas y su tendencia a persistir durante muchos años. Al diagnóstico se añaden la naturaleza dramática de las quejas y una conducta exhibicionista, dependiente, manipuladora y, en ocasiones, suicida (Kellner, 1990).

Por otro lado, Vásquez-Caicedo (2002), dice que el diagnóstico diferencial se hace en condiciones médicas generales y se sostiene en tres rasgos: compromiso de múltiples órganos y sistemas; inicio a temprana edad y curso crónico sin desarrollo de signos físicos o anomalías estructurales; y, ausencia de

anormalidades de laboratorio características de las condiciones médicas sugeridas. Debe descartarse enfermedades caracterizadas por sintomatología vaga, múltiple y síntomas somáticos confusos, como: hiperparatiroidismo, porfiria intermitente aguda, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico.

El autor también refiere que el inicio de quejas somáticas múltiples en una etapa tardía del ciclo vital, es una condición médica general, cita que en el **trastorno de pánico**, los síntomas somáticos ocurren durante el episodio de pánico; sin embargo, ambas condiciones pueden coexistir, mientras que en el **trastornos de ansiedad generalizada** los síntomas somáticos asociados, el foco de la ansiedad y preocupación, no están limitados a las quejas somáticas. En los **trastornos afectivos, particularmente los depresivos**, las quejas somáticas están limitadas a los episodios de humor depresivo; en algunos casos puede diagnosticarse ambas condiciones. En el **trastorno facticio con signos y síntomas físicos y en la simulación**, los síntomas pueden ser producidos intencionalmente para asumir el rol de enfermo, aunque pueden existir cuadros mixtos.

Pronóstico y tratamiento

La somatización tiende a fluctuar en su gravedad, pero persiste toda la vida. Es rara la remisión completa de los síntomas durante períodos largos. Algunas personas se vuelven más manifiestamente deprimidas con el paso de los años y sus referencias al suicidio se hacen más amenazadoras. El suicidio es un riesgo real.

El tratamiento es extremadamente difícil. La gente con trastorno de somatización tiende a tener sentimientos de frustración y a encolerizarse ante cualquier sugerencia con respecto al carácter psicológico de sus síntomas. Por lo tanto, los médicos no pueden tratar el problema directamente como de orden psicológico, aun reconociéndolo como tal. Los fármacos no son de gran ayuda, e incluso

aunque la persona acceda a una consulta psiquiátrica, las técnicas de psicoterapia específicas tienen pocas posibilidades de éxito. Generalmente, el mejor tratamiento es una relación médico-paciente relajada, firme y de apoyo, donde el médico ofrece alivio sintomático y protege a la persona de posibles procedimientos diagnósticos o terapéuticos muy costosos y posiblemente peligrosos. Sin embargo, el médico debe permanecer alerta ante la posibilidad de que la persona desarrolle una enfermedad orgánica (Kellner, 1990).

Al respecto Taylor (2003), menciona que el tratamiento debe ayudar a la persona a aprender a controlar los síntomas. Sugiere establecerse una relación empática médico-paciente. Si existe un trastorno subyacente del estado de ánimo se usa tratamiento convencional, como medicamentos antidepresivos, con supervisiones médicas regulares. No es recomendable decirle a una persona que sus síntomas son imaginarios, puesto que quienes sufren este trastorno rara vez reconocen que su enfermedad tiene un componente psicológico y tienden a rechazar el tratamiento psiquiátrico.

6.2.2. Conversión

En la conversión, los síntomas físicos son consecuencia de un conflicto psicológico y se asemejan a los de una enfermedad neurológica u otros problemas. Éstos son claramente causados por el estrés y por los conflictos psicológicos que las personas, de una manera inconsciente, convierten en síntomas físicos. Aunque los trastornos de conversión tienden a producirse durante la adolescencia o temprano en la edad adulta, pueden aparecer a cualquier edad. Se piensa de alguna manera que esta situación es más frecuente en mujeres que en varones (Kellner, 1990).

Para Vásquez-Caicedo (2002), el trastorno de conversión suele ser más común en poblaciones rurales, en clases socioeconómicas bajas y en personas de menor grado de información sobre conceptos médicos o psicológicos. Se informa índices más altos de estos síntomas en las regiones en vías de desarrollo. La forma que asumen los síntomas conversivos refleja las ideas de la cultura local respecto a cómo la población expresa el estrés. El autor sostiene que algunos síntomas de conversión y disociativos tienen aspectos comunes con ciertos rituales religiosos y curativos de la medicina tradicional.

La conversión, según Vásquez-Caicedo (2002), es más frecuente en mujeres que en hombres (los índices informados varían de 2:1 a 10:1). Los síntomas son mucho más comunes al lado izquierdo del cuerpo. En mujeres, y muy raramente en hombres, puede desarrollarse posteriormente el cuadro completo de trastorno de somatización. En varones, se asocia con trastorno de personalidad antisocial. En accidentes laborales y en la vida militar se ven trastornos de conversión que deben diferenciarse de la simulación. En niños menores de 10 años los síntomas se limitan a problemas en la marcha o a "ataques".

Síntomas y diagnóstico

Por definición, los síntomas de la conversión se limitan a aquellos que sugieren una disfunción del sistema nervioso (generalmente la parálisis de un brazo o de una pierna o la pérdida de sensibilidad en una parte del cuerpo). Otros síntomas incluyen convulsiones simuladas y la pérdida de alguno de los sentidos, como la visión o la audición (Kellner, 1990).

Generalmente, el comienzo de los síntomas se asocia a algún acontecimiento estresante de carácter social o psicológico. Una persona puede sufrir un solo episodio o tener episodios esporádicos, pero generalmente son de corta duración.

Cuando las personas con síntomas de conversión son hospitalizadas, generalmente mejoran en dos semanas. Sin embargo, de un 20 a un 25 por ciento tiene recaídas al cabo de un año (Kellner, 1990).

Vásquez-Caicedo (2002), sugiere que desde el punto de vista psicodinámico, el síntoma conversivo puede desarrollarse bajo cuatro objetivos; para permitir la expresión, aunque en forma enmascarada, de un impulso o deseo inconsciente prohibido, para imponer autocastigo, vía padecimiento del síntoma, por un deseo inconsciente censurado, para evitar, inconscientemente, una situación considerada amenazante o imposible de resolver o para asumir el "rol de enfermo" y satisfacer necesidades de dependencia.

Este autor afirma que desde la visión psicodinámica se considera, además, que genera una ganancia primaria, al expresarse el conflicto inconsciente, vía el síntoma, la angustia asociada al conflicto se drena por el mecanismo de defensa sintomático por fuera del plano consciente y una ganancia secundaria que se entiende como la gratificación de necesidades, sin culpa, evitando responsabilidades angustiantes.

En cuanto al diagnóstico, Kellner (1990), refiere que es difícil de realizar al principio porque la persona cree que los síntomas se originan en un problema físico y no quiere consultar a un psiquiatra. Los médicos verifican cuidadosamente que los síntomas no tienen una causa física.

Tratamiento

Para el tratamiento es esencial una relación de confianza entre el médico y el paciente. Cuando el médico descarta un trastorno físico y asegura a la persona que los síntomas que padece no indican una enfermedad grave subyacente, ésta generalmente comienza a sentirse mejor y los síntomas disminuyen. Cuando una situación psicológicamente estresante ha precedido al comienzo de los síntomas, la psicoterapia puede ser particularmente eficaz (Kellner, 1990).

Ocasionalmente, afirma Kellner (1990), los síntomas de conversión reaparecen con frecuencia e incluso pueden volverse crónicos. Se han probado varios métodos de tratamiento (y algunos pueden resultar de utilidad), aunque ninguno ha resultado uniformemente eficaz. En la hipnoterapia, la persona es hipnotizada y se procede a identificar y debatir las materias psicológicas que pueden ser responsables de los síntomas. El debate continúa tras la hipnosis, cuando la persona se encuentra totalmente alerta. Otros métodos incluyen el narcoanálisis, que es un procedimiento similar a la hipnosis excepto en que se administra un sedante para inducir un estado de semisomnolencia. En algunas personas ha resultado eficaz la terapia de modificación del comportamiento que incluye las técnicas de relajación.

6.2.3. Hipocondría

Kellner (1990), define que la hipocondría es un trastorno en el cual una persona refiere síntomas físicos y está especialmente preocupada porque cree firmemente que corresponden a una enfermedad grave.

Por su parte, Vásquez-Caicedo (2002), sostiene que “es una exagerada y ansiosa preocupación o un manifiesto temor o la idea de tener una severa

enfermedad, basada en la presencia de molestias o alteraciones del funcionamiento normal que el paciente interpreta como indicadores de un padecimiento serio” (p.8).

“...El paciente suele mantener una conducta de autoobservación constante, sin modificar sus opiniones ni su comportamiento de búsqueda de atención profesional, a pesar que las evaluaciones médicas, solicitadas persistentemente, son negativas, y de las explicaciones que el médico pueda aportar como prueba de lo infundado de sus temores. No es infrecuente, por ello, que en la historia clínica se registren múltiples consultas, diagnósticos y tratamientos médicos o quirúrgicos sin beneficio manifiesto...” (Vásquez-Caicedo, 2002, p. 8).

Síntomas y diagnóstico

Las preocupaciones de la persona por la gravedad de la enfermedad están basadas a menudo en una incorrecta interpretación de las funciones normales del organismo. Por ejemplo, el ruido de los intestinos y las sensaciones de distensión y de incomodidad que a veces ocurren a medida que los fluidos avanzan a través del tubo digestivo son normales. La gente con hipocondría utiliza tales “síntomas” para explicar por qué creen tener una enfermedad grave. El hecho de ser examinados y tranquilizados por el médico no alivia sus preocupaciones; ellos tienden a creer que éste no logró encontrar la enfermedad subyacente.

Se sospecha hipocondría cuando una persona sana con síntomas menores está preocupada acerca de la significación de estos síntomas y no reacciona ante explicaciones tranquilizadoras después de una cuidadosa evaluación. El diagnóstico de hipocondría se confirma cuando la situación se mantiene durante años y los síntomas no pueden atribuirse a la depresión u a otro trastorno psiquiátrico.

Tratamiento

El tratamiento es difícil porque una persona con hipocondría está convencida de tener algo gravemente alterado dentro de su cuerpo. Tranquilizarla no alivia estas preocupaciones. Sin embargo, una relación de confianza con un médico atento resulta beneficiosa, sobre todo si las visitas regulares se acompañan de una actitud tranquilizadora hacia el paciente. Si los síntomas no se alivian adecuadamente, puede consultarse a un psiquiatra para su evaluación y tratamiento, contando con que continúe el seguimiento por parte del médico de atención primaria.

6.3. Somatización y el Percibirse Enfermo

La percepción subjetiva de la enfermedad es el resultado de factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad (Osterweis, Kleinman, Mechanic 1987, citados en: Mechanic, 1995). Como parte de los sistemas de significados y normas sociales, tal como lo vimos en el capítulo tercero el “sentirse enfermo” está fuertemente influido por la cultura.

El “sentirse enfermo” es un concepto sociológico y antropológico desarrollado por Mechanic (1960, 1962, 1972, 1995) para ser aplicado al componente subjetivo de cada episodio de enfermedad. Mechanic define el “sentirse enfermo” como “las formas en las cuales determinados síntomas pueden ser diferencialmente percibidos, evaluados y actuados (o no actuados) por diferentes tipos de personas” (p. 123).

Mechanic (1978), apunta diferentes patrones de “sentirse enfermo” pueden ser considerados desde dos puntos de vista que se complementan mutuamente: como

producto de experiencias sociales y culturales y aprendizaje y como parte de un proceso de “hacer frente” en el cual el “sentirse enfermo” es un sólo aspecto de un repertorio de competencias que cada individuo realiza en orden a darle sentido y hacer más manejables experiencias nuevas e inestables.

Los conceptos de “sentirse enfermo” y “enfermedad evaluada médicamente” son componentes importantes en el contexto de la salud aunque no siempre son contingentes: puede existir la evidencia médica de la enfermedad, pero el paciente sentirse bien y no tomar en consideración el consejo y prescripciones médicas y continuar llevando a cabo sus actividades normales.

Esto es lo que Helman (1984) denominó “enfermedad definida médicamente sin enfermedad percibida subjetivamente” (p.42), en la cual los exámenes encuentran anomalías orgánicas, pero el paciente no se siente enfermo. Cuando esto último es el caso, el tratamiento médico no es exitoso debido a las diferencias entre el enfoque médico y el modelo subjetivo del paciente acerca de lo que le ocurre.

Por otro lado es posible encontrar “enfermedad percibida subjetivamente sin enfermedad definida médicamente”; esta es, en algunos casos, la situación del recurrente somatizador de quien puede no existir un examen médico que muestre la existencia de algún problema orgánico, pero quien continúa experimentando una enfermedad discapacitante (Quill, 1985). Consecuentemente, es posible decir que no siempre existe una correspondencia uno a uno y una relación consistente entre una cantidad demostrable de enfermedad y la tensión subjetiva experimentada por el paciente. Uno podría sugerir que en el caso de los pacientes recurrentes somatizadores no se encuentran satisfechos con el tratamiento

recibido o hay algo que ellos buscan (por ejemplo, apoyo afectivo) que no se logra alcanzar a través de las visitas continuas al servicio médico.

6.4. Cognición Subjetiva de la Enfermedad

La búsqueda de ayuda médica, la cual resulta de la experiencia de sentirse enfermo, es la fase última del proceso global de la experiencia subjetiva de la enfermedad. Este proceso comienza con una percepción de los cambios en las funciones del cuerpo; existe un darse cuenta que algo está ocurriendo en una forma que no es familiar y que es interpretada de acuerdo al marco de referencia del funcionamiento individual (Mechanic, Kleinman y Osterweis 1987). En este proceso cognitivo son interpretados los síntomas del cuerpo y el individuo le atribuye a ellos significados específicos (McHugh y Vallis 1985).

Helman (1984) se refiere a ocho experiencias subjetivas en el proceso de llegar a enfermar:

- 1) cambios percibidos en el cuerpo (por ejemplo pérdida de peso),
- 2) cambios en el funcionamiento normal esperado del cuerpo (ej. períodos menstruales más cortos o más largos),
- 3) emisiones del cuerpo inusuales (esputo),
- 4) cambios en el función límbica (ej. parálisis),
- 5) alteraciones en los principales sentidos (ej. falta de olfato),
- 6) síntomas físicos no confortables (ej. dolor de espalda),
- 7) estados afectivos inusuales (ej. depresión, rabia)
- 8) alteraciones conductuales en la relación con otros (ej. conflictos frecuentes con la pareja).

Así como el darse cuenta subjetivo de la experiencia de estar enfermo se lleva a cabo en un marco socio-cultural específico, al mismo tiempo debe existir un

acuerdo entre las percepciones del sujeto y las percepciones y definiciones de aquellos que se encuentran alrededor de él. Consecuentemente, esta socialmente definido qué señales o síntomas serán considerados normales y cuáles anormales. Al mismo tiempo, la definición social ayuda a dar sentido a las sensaciones físicas y emocionales difusas introduciéndolas en patrones, los cuales son reconocibles para la persona que se siente enferma y para aquellos que lo rodean. Por tanto, el llegar a estar enfermo es un proceso social; implica una rotulación social y es ésta definición social del estado de la persona que le permite comportarse como un individuo enfermo.

6.5. Estrés y somatización

Las somatizaciones pueden aparecer como consecuencia de trastornos psiquiátricos de diagnóstico relativamente preciso (depresión), pero incluso pueden surgir como epifenómenos de alteraciones de la homeostasis orgánica. En general, parece ser que las mujeres presentan más tendencia a somatizar que los hombres, pero la incidencia cultural matiza mucho el cuadro y no puede soslayarse al analizar cada caso bien individualizado en su entorno.

La mayoría de autores, entre ellos Lipowski (1988), están de acuerdo en que el estrés percibido como crónico y grave desempeña un papel importante en el desarrollo de algunas enfermedades somáticas. Para el autor la característica esencial de los pacientes afectados de somatizaciones estriba en que frente al estrés y al estado emocional, exhiben un patrón de respuestas fundamentalmente de carácter somático. Tales respuestas se manifiestan en sujetos que aquejan síntomas físicos sin base orgánica en respuesta a situaciones que asumen como estresantes. Son personas que presentan un patrón de respuesta somática al estrés, más evidente desde el punto de vista orgánico que cognitivo y emotivo-subjetivo.

El tipo de Estrés, los factores psicofisiológicos, la vulnerabilidad genética y orgánica, la naturaleza de sus conflictos emocionales y la forma en que todos estos elementos interactúan determinarían unos u otros tipos de enfermedades psicosomáticas.

Lipowski (1988), menciona que una vez admitida una base psiquiátrica, las somatizaciones pueden derivar en alteraciones vegetativas (palpitaciones, disnea) o desórdenes de la vida instintiva (anorexia, insomnio, fatiga). Al margen de los problemas derivados de los trastornos psiquiátricos, la somatización pone de manifiesto un peculiar estilo perceptivo del individuo que le hace particularmente sensible para detectar alteraciones corporales sin significación patológica. Se trata de las personas denominadas “amplificadoras”, habituadas a una hipervigilancia de su equilibrio corporal, con hiperreactividad a los estímulos externos para los que, con frecuencia, establecen prioridades. Esta descripción se corresponde con los individuos hipocondríacos y con los predispuestos a los estados disfóricos (irritabilidad, ansiedad).

Lo que diferencia a los sujetos depresivos y ansiosos de los que muestran somatizaciones o reacciones psicosomáticas es que, interrogados con detenimiento, los primeros pueden reflexionar sobre el origen de sus problemas ante un estrés psicosocial, mientras que los somatizadores siempre distorsionan el cuadro. La somatización puede ser el resultado de un fracaso adaptativo, cuya relación con las características del individuo no aparece siempre bien definida. Se han demostrado respuestas idiosincrásicas de desadaptación, es decir, vulnerabilidades orgánicas selectivas que hacen que cada individuo responda ante el estrés a través de un determinado órgano o sistema (la denominada *teoría de la especificidad del síntoma*). Así, la somatización puede ser entendida como un patrón de conducta de enfermedad (Kirmayer y Robbins, 1991).

Kiermaye y Robbins (1991), afirman que esta predisposición reactiva puede estar determinada por factores genéticos, experiencias previas, peculiaridades del

SNC o características psicológicas del individuo. Cuando las somatizaciones consecutivas a este mecanismo etiopatogénico alcanzan cierto nivel de intensidad, duración y especificidad, justifican el diagnóstico de *trastorno de somatización* como entidad nosológica independiente. El comportamiento del individuo frente a las sensaciones y signos físicos que detecta puede inducir a que éstos se perpetúen incluso mediante la persistente evitación de la actividad presuntamente estresante.

La aparición de somatizaciones aisladas en la población general es muy frecuente y puede considerarse como un episodio fisiológico si no adquiere los niveles de intensidad, duración y especificidad mencionados (Lipowski, 1988).

Muchos individuos lábiles y nerviosos poseen “su propio idioma orgánico”, lo que Fleckenstein ha denominado “*su lenguaje sintomático*”. Para la detección de las somatizaciones existen varios cuestionarios estandarizados que pueden completarse con una anamnesis clínica cuidadosa. Los más utilizados son el *General Health Questionnaire* de Goldberg (1970, citado en Lipowski, 1988) y el *Listado de Síntomas* de Derogatis. Para la investigación de los presuntos amplificadores o magnificadores se dispone de la *Escala de amplificación* de Brasky.

Es particularmente importante valorar estos problemas en las somatizaciones visuales, pues Lipowski (1988), afirma que la mayoría de los problemas que éstas plantean deben encararse partiendo del estudio de la personalidad humana como unidad psicosomática cuyo núcleo es la persona.

Este autor cita que de las concepciones antropológicas de Zubiri, al concepto de formalización de funciones, se corresponde la incorporación al Sistema Nervioso Central de situaciones nuevas que ha de asumir «la persona» como unidad psicosomática. Esta función está integrada por otras varias:

- Organizar el cuadro perceptivo formalizando los estímulos e individualizando los estados sensibles.
- Crear un repertorio de respuestas psicomotoras.
- Organizarlas en esquemas.
- Adoptar los estados afectivos, el tono vital psicosomático adecuado a la situación como realidad.

De acuerdo con la disposición mental específicamente humana, el problema es “inteligir esa realidad”. En la forma de inteligir esa realidad total es donde radican muchos de los problemas con los que nos enfrentamos.

6.6. Género y Somatización

Los miembros de determinados grupos sociales tienden a sentir ciertas emociones con más frecuencia y más intensamente que los miembros de otros grupos, porque su posición en la estructura social les somete con más frecuencia a cierto tipo de experiencias (Kemper, 1984, citado en De los Ríos, 1993). Las mujeres experimentan, en general, más molestias somáticas (dolor de cabeza, dolor de las extremidades, problemas intestinales, entre otros) y más molestias psicosomáticas (ansiedad, estrés, depresión y tristeza) que los hombres.

Por la posición social derivada de su condición femenina y el complejo papel que suelen desempeñar en la sociedad, conjugando la actividad laboral con los requerimientos familiares, las mujeres se ven obligadas a afrontar más situaciones de estrés interpersonal que los hombres. Este tipo de hechos se asocia con frecuencia a la depresión y no es extraño que las mujeres se depriman frente a este tipo de experiencias sociales y laborales, mostrando un grado variable de insatisfacción (De los Ríos, 1993).

Con todo lo anterior, se puede decir, que al estar involucrado el individuo en su totalidad en el proceso de salud y enfermedad, más que pensarse en la responsabilidad de sistemas e instituciones de salud, para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad, es también una responsabilidad personal. Debe destacarse la importancia de informar y educar a la sociedad sobre aquellos temas que permitan la adquisición y mantenimiento de hábitos encaminados a alcanzar y mantener un estado saludable, pero será siempre tarea de cada uno poder lograrlo.

La salud y enfermedad, conforma un proceso complejo que en nuestros tiempos acarrea grandes costos no solo económicos, sino también a nivel social, e individual, diversos factores convergen y concluyen una sola situación “la necesidad de una calidad de vida”. Fenómenos como el estrés y la somatización (queja somática), se han vuelto centro de atención, en las últimas décadas, por su alta incidencia en los actuales problemas de salud.

Las condiciones y ritmos de nuestra sociedad han precipitado la existencia de patologías que rebasan el marco infeccioso, de esta manera, los trastornos crónico degenerativos se han vuelto una prioridad, cuya atención requiere de marcos amplios e integradores de abordaje e intervención, de ahí que este trabajo se sustente en el proyecto titulado “Psicología de la Salud en México; comportamientos relacionados a la salud-enfermedad, papel del psicólogo, como un estudio preliminar que favorece el avance en la investigación sobre las características y necesidades de nuestra población en lo referente a salud integral”, que se efectúa en la FES-Iztacala de la UNAM y cuyo objetivo es detectar las condiciones actuales de la Psicología de la salud en México, para poder presentar un panorama general que sea útil para el planteamiento futuro de programas de prevención, promoción e intervención.

De dicho proyecto, es posible desprenderse otras investigaciones, como ésta, por ejemplo; que retoma un análisis de género en fenómenos como el estrés y la incidencia de quejas somáticas, pues esta perspectiva pudiera dar aportaciones interesantes al conocimiento general de la salud. Así pues, en el siguiente capítulo se presenta la metodología de la investigación, para dar paso al análisis estadístico de nuestro interés.

CAPÍTULO 7. METODO

7.1. Objetivo General

Analizar y describir la relación existente entre el género, estrés de vida y queja somática.

7.2. Objetivos específicos

- . Describir el concepto de salud-enfermedad y la evolución del mismo y analizar los factores que determinan dicho proceso.
- . Definir y detectar el desarrollo de la Psicología de la salud
- . Identificar y describir las funciones del psicólogo en el ámbito de la salud y su campo de acción.
- . Establecer el concepto de género y su relación con el proceso de salud enfermedad
- . Establecer el concepto estrés y su relación con la salud y enfermedad.
- . Establecer el concepto de somatización (queja somática) y su incidencia en la salud y enfermedad.
- . Describir si existe relación significativa entre el género y el estrés.
- . Identificar si existe relación significativa entre el género y las quejas somáticas

7.3. Hipótesis

Esta, es una investigación no experimental, descriptiva y explicativa de diseño transversal descriptivo, para la cual, no se formuló una hipótesis como tal y se consideraron los datos por sí mismos, partiendo de la variable independiente (género) para identificar la relación existente con las variables dependientes (estrés y queja somática).

7.4. Sujetos

La muestra se tomó de la investigación de “Psicología de la Salud en México; comportamientos relacionados a la salud-enfermedad, papel del psicólogo” de la FES Iztacala, dicha muestra es no probabilística de 985 sujetos. La edad establecida fue de 17 a 77 años, para ambos sexos. La población se conforma por:

1. Usuarios del sistema de salud: pacientes de consulta interna o externa de los centros: Hospital MIG, Español, Hospital Juárez, Hospital 1º de Octubre y Centro Médico Nacional Siglo XXI.
2. Comunidades: sujetos pertenecientes a una agrupación; sin importar sexo o nivel socioeconómico.
3. Familias: conformadas por padre, madre e hijos
4. Instituciones (sector salud): prestadores de servicio, enfermeras, técnicos, etc. Administradores y profesionales, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

7.5. Escenario

1. Sector salud: salas de espera para consulta externa de los hospitales antes mencionados
2. Comunidades: Sociedad de Colonos del Frac. Bosques de Aragón S.C. y Soc. de Colonos Lindavista S.C.
3. Familias: se solicitó la participación de las familias cuyos hijos asisten a los colegios: Esc. Primaria “Thomas Alba Edison” A.C., Secundaria “Colegio Cultural México” A.C. y Escuela Nacional Preparatoria Núm. 3 “Justo Sierra” UNAM.
4. Instituciones: profesores, administrativos y alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

7.6. Definición de variables

Se determinó la relación existente entre las variables independientes y la variable dependiente

V.I. Género

V.D. Estrés de vida y queja somática

7.7. Materiales e instrumentos

Materiales:

- . 985 formatos del instrumento “Funcionamiento Psicosocial” y “Funcionamiento de la salud” (Ramírez y Cortes, 2000).
- . Bolígrafos

Instrumentos:

Se tomaron los datos obtenidos en el proyecto de Psicología de la Salud en México, antes mencionado, que se realiza en la FES Iztacala, en el cual se empleó la escala elaborada por Ramírez y Cortés (2000) (Ver anexo 1):

- . “Funcionamiento Psicosocial” (FP), que consta de 4 subescalas y un total de 58 reactivos.
- . “Funcionamiento de la salud” (FS) que consta de 4 subescalas y un total de 58 reactivos.

La confiabilidad del instrumento, se obtuvo a partir de un estudio piloto empleando una prueba Test-Retest, la cual consiste en aplicar el instrumento a una población específica y posteriormente aplicar el mismo instrumento después de un cierto tiempo, para evaluar la confiabilidad de los resultados. Se utilizó un intervalo de tres semanas para las mismas personas, aplicándolo a un grupo de 100 sujetos, tanto hombres como mujeres, todos usuarios de cualquier servicio de salud, ya sea público o privado, el rango de edad fue de entre los 18 a 80 años. El instrumento se aplicó en salas de espera en hospitales públicos y privados, con un promedio de aplicación de 20 minutos de manera grupal o individual, cabe mencionar que durante la aplicación se encontraban dos investigadores. Se obtuvo una confiabilidad Test-Retest mayor a .70 en la mayoría de las escalas. Lo anterior muestra que el instrumento mencionado es confiable para su aplicación en la población. Los reactivos que se utilizaron en esta investigación son los siguientes:

INSTRUMENTO “FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DE LA SALUD”

Escala	Reactivos
Género	1 y 2
Estrés de vida	18
Queja somática	46, 48 y 53

7.8. Procedimiento

Diseño de investigación:

La investigación es no experimental y se realizó un análisis no paramétrico de los datos.

Fases:

1. **Aplicación del instrumento:** Se aplicaron los instrumentos FP y FS en las instituciones antes mencionadas (Sector salud, comunidades, instituciones y escuelas), con el previo consentimiento institucional e individual. En algunos casos (hospitales públicos) se aplicó grupalmente ya que en algunas salas de espera es posible encontrar 25 pacientes al mismo tiempo, lo anterior dependió del número de sujetos encontrados y su disponibilidad en aceptación y tiempo. El investigador siempre estuvo presente para resolver dudas o preguntas y en algunos casos para leer los reactivos a las personas que lo requirieran. El tiempo estimado para responder el instrumento fue de 20 minutos y se aplicó una solo vez para cada sujeto.
2. **Captura de datos:** los datos obtenidos se capturaron y se analizaron empleando el paquete estadístico computarizado SPSS.
3. **Análisis de datos:** se obtuvo la frecuencia de cada reactivo. Se utilizó una prueba no paramétrica (ji cuadrada y coeficiente de pearson) para evaluar la relación entre las variables (VI y VD).

CAPÍTULO 8. RESULTADOS

En la presente investigación se realizó un análisis no paramétrico, utilizando la prueba Ji cuadrada y el coeficiente de pearson para determinar la relación existente entre las variables categóricas tomando un nivel de significancia de .05.

Una vez seleccionados los reactivos del instrumento de “Factores Psicosociales de la salud” (Ver anexos), correspondientes a nuestras variables de análisis, previamente descritas en el marco teórico (género, estrés y queja somática), se llevó a cabo el análisis estadístico, empleando un programa computarizado (SPSS 10).

En lo que refiere a las características de la población tenemos que la muestra fue de 988 sujetos, de los cuales el 45% es del sexo masculino y el 55% del sexo femenino (Ver tabla y gráfica 1). Con edades que oscilan entre los 17 y 77 años en ambos sexos.

La escolaridad de la población contiene 7 categorías: primaria con 16.1%, secundaria 13.6 %, preparatoria 16.4%, carrera técnica 18.6%, profesinista 33.5% y ningún estudio 1.7%.

Al correlacionar la variable de género con la tensión o estrés (FP- 18) percibido el año pasado, se consideraron las opciones “nada”, “un poco”, “regular”, “bastante” y “mucho”, encontrándose que el 43.6% de las respuestas de la población corresponden a “regular”, de las cuales 180 son del sexo masculino y 231 del sexo femenino, el 23.4% corresponde a “bastante”, de éstos 101 son hombres y 130 son mujeres, mientras que 18.9% reportan “un poco” de estrés; 99 son hombres y 88 son mujeres. El 11% reporta “mucho”; 36 hombres, 73 mujeres, y por último el 4.1% manifestó “nada” de estrés percibido; 27 hombres, 14 mujeres. (Ver tabla 3 y 4, figura 4).

Al confrontar el género y los reactivos analizados de queja somática (46, 48 53) (Ver anexos), dieron como resultado que existe una relación recíproca entre las variables, en el primero (FP-46) las respuestas van de “muy poco” (36.8%, 192 son hombres, 172 mujeres) a “regular” (25.2%, 108 de ellos son hombres, 141 son mujeres), mientras que el 11.5% de las respuestas reportan “bastante” incidencia de la queja (33 hombres y 88 mujeres) y solo el 6.3% respondió “mucho” (11 hombres y 51 mujeres). (Ver tabla 5, 6 y figura 5).

En el segundo (FP-48), la frecuencia va de “regular” (28.8%, 120 son hombres, 165 mujeres) a “un poco” (23.7%, 111 del sexo masculino, 123 del sexo femenino), y solo el 8.7% de respuestas fue “mucho” (22 hombres y 63 mujeres). (Ver tabla 7,8 y figura 6).

Por último, los datos muestran que el género y FP-53 (Ver anexo), también sostiene estrecha relación, la respuesta “muy poco” fue la más frecuente (282 hombres, 292 mujeres), no varía mucho en ambos sexos la respuesta “un poco” (16.4%, 80 hombres, 82 mujeres), en tanto que 13.4% responde “regular” (44 hombres y 88 mujeres), y vuelve a notarse la diferencia en función del género, solo el 4.8% de la muestra responde “mucho” (11 hombres y 36 mujeres). (Ver tabla 9, 10, figura 7).

A continuación se muestran los resultados obtenidos de dicho análisis, presentados en tablas y graficas para cada reactivo y su correlación.

Características generales de la población

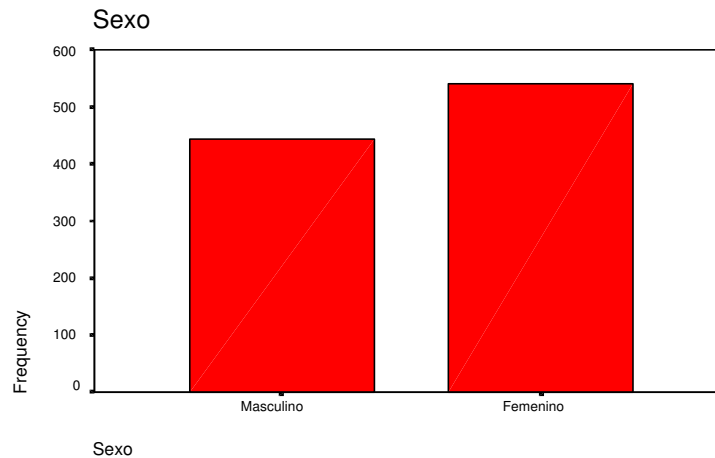
Sexo

La muestra utilizada fue de 988 sujetos, de los cuales el 45% de la población pertenece al sexo masculino y el 55% al sexo femenino (ver tabla y gráfica 1)

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	444	44.9	45.1	45.1
	Femenino	540	54.7	54.9	100.0
	Total	984	99.6	100.0	
Missing	System	4	.4		
Total		988	100.0		

Tabla 1. Muestra las frecuencias y porcentajes de la población con respecto al género
*4 personas no contestaron el reactivo



Gráfica 1. Muestra la frecuencia en la población con respecto al género

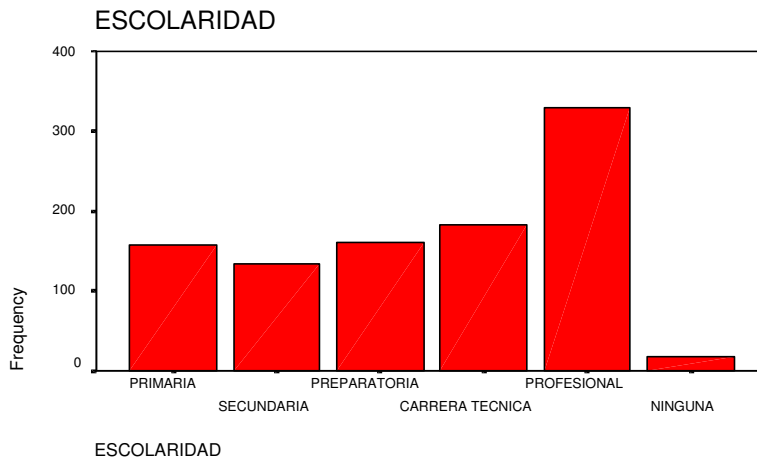
Escolaridad

Respecto al nivel académico se encontró que el 33% de la población tiene un nivel de licenciatura y solo el 16% reporta tener escolaridad mínima de primaria (ver tabla y grafica 2).

ESCOLARIDAD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PRIMARIA	158	16.0	16.1	16.1
	SECUNDARIA	134	13.6	13.6	29.7
	PREPARATORIA	161	16.3	16.4	46.1
	CARRERA TECNICA	183	18.5	18.6	64.8
	PROFESIONAL	329	33.3	33.5	98.3
	NINGUNA	17	1.7	1.7	100.0
	Total	982	99.4	100.0	
Missing	System	6	.6		
Total		988	100.0		

Tabla 2. Muestra la frecuencia y porcentaje del grado académico de la población
* 6 personas no contestaron el reactivo

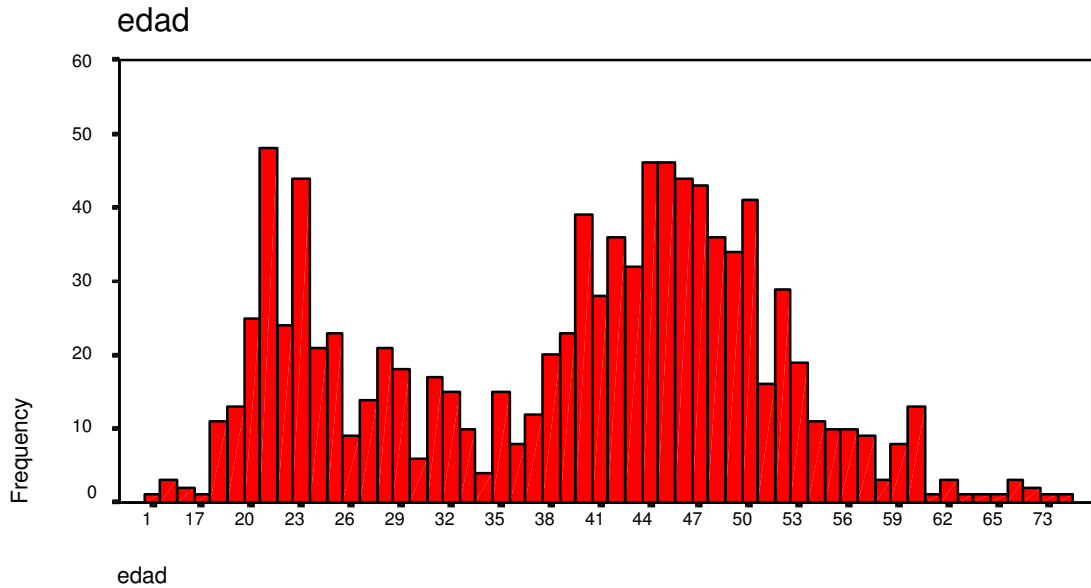


Gráfica 2. muestra el grado de escolaridad de la población

Edad

La edad de los sujetos de nuestra muestra varía de los 17 a los 77 años, se encontró, como podemos observar (ver gráfica 3) una mayor frecuencia de participación de personas de 21 años ($n = 48$), de acuerdo con la gráfica se obtuvo una participación más frecuente de personas entre los 39 años y 53 años

(oscilando entre los 23 y 46 sujetos, por grupo), mientras que la participación menos frecuente fue la de los participantes de 17 años y de 61 años en adelante (de 1 a 3 participantes por grupo).



Gráfica 3. Representa la frecuencia de participantes por edad

Tensión el año pasado

TENSION AÑO PASADO					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	NADA	41	4.1	4.2	4.2
	UN POCO	187	18.9	19.1	23.2
	REGULAR	411	41.6	41.9	65.1
	BASTANTE	231	23.4	23.5	88.7
	MUCHO	109	11.0	11.1	99.8
	12	2	.2	.2	100.0
	Total	981	99.3	100.0	
Missing	System	7	.7		
Total		988	100.0		

Tabla 3. Representa la frecuencia de respuesta sobre tensión del año pasado
* 7 personas no contestaron el reactivo

SEXO / TENSION AÑO PASADO

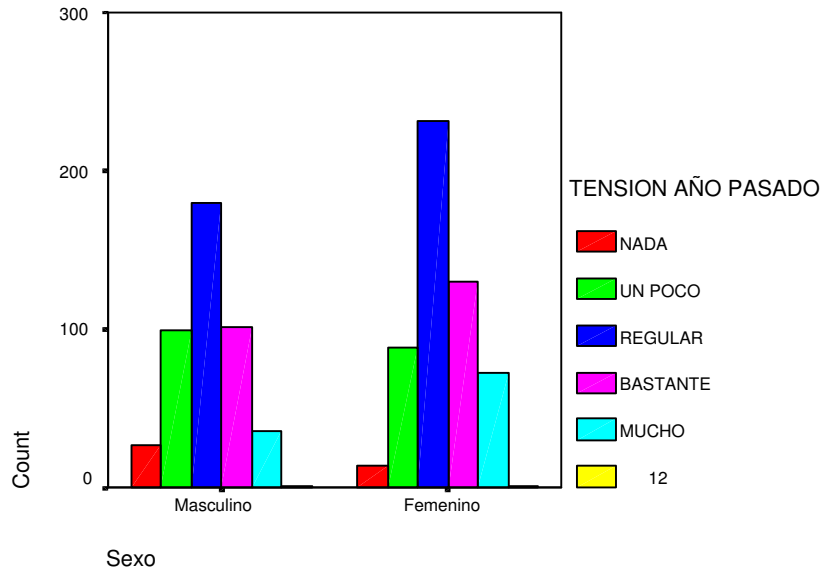
		TENSION EL AÑO PASADO						
		NADA	UN POCO	REGULAR	BASTANT E	MUCHO	12	Total
Sexo	Masculino	27	99	180	101	36	1	444
	Femenino	14	88	231	130	73	1	537
Total		41	187	411	231	109	2	981

Chi-Square Tests

	Value	df	Sig. 2
Pearson Chi-Square	18.649	5	.002

Tabla 4. Representa los puntajes obtenidos de la Ji cuadrada para determinar la relación entre el género y estrés de vida (18 FP).

Al determinar la relación existente entre el género y el estrés, se encontró una diferencia significativa del .002, lo que nos permite afirmar que existe una relación recíproca entre ambas variables, como se muestra en la tabla (ver tabla 3, gráfica 4) 411 personas manifestaron un regular estrés, de las cuales 231 son del sexo femenino, y 180 del sexo masculino, así mismo 231 refirieron bastante estrés, 130 de ellos del sexo femenino y 102 del sexo masculino, en tanto que 41 reportaron no tener estrés 27 son del sexo masculino y 14 del sexo femenino, lo anterior nos especifica que las mujeres presentan mayor estrés que los hombres, pero la incidencia del estrés en ambos va de regular a bastante.



Grafica 4. Muestra la frecuencia del estrés (18 FP) con respecto al genero

Sentir un nudo en el estomago

Sentir nudo en el estómago

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	.4	.4	.4
	MUY POCO	364	36.8	37.1	37.5
	UN POCO	189	19.1	19.2	56.7
	REGULAR	249	25.2	25.4	82.1
	BASTANTE	114	11.5	11.6	93.7
	MUCHO	62	6.3	6.3	100.0
	Total	982	99.4	100.0	
Missing	System	6	.6		
Total		988	100.0		

Tabla 5. Frecuencia de respuestas respecto a sentir un nudo en el estómago
*6 personas no respondieron

SEXO/ SENTIR UN NUDO EN EL ESTOMAGO

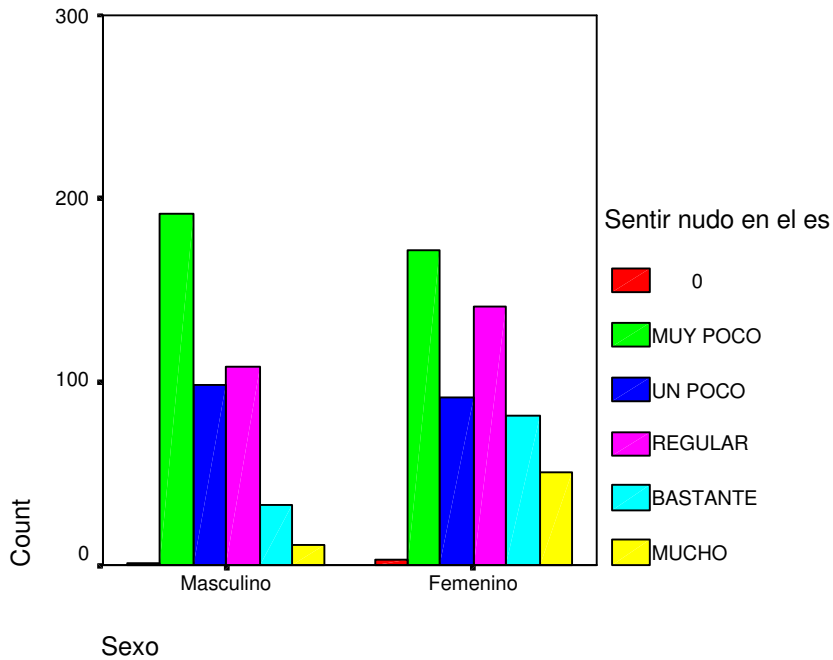
		NUDO EN EL ESTOMAGO					TOTAL	
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Sexo	Masculino	1	192	98	108	33	11	443
	Femenino	3	172	91	141	81	51	539
Total		4	364	189	249	114	62	982

Chi-Square Tests

	Value	Df	SIG.
Pearson Chi-Square	43.782	5	.000

Tabla 6. Muestra los puntajes obtenidos de la Ji cuadrada para determinar la relación existente entre sentir un nudo en el estomago (46 FP) y género

Respecto a la queja somática de sentir un nudo en el estómago en relación al género, se encontró un coeficiente de significancia de.000, lo que nos demuestra que existe relación estadística estrecha entre ambas variables. Las diferencias son significativas en la frecuencia de respuestas sobre sentir un nudo en el estómago respecto al género (ver tabla 6, gráfica 5), 364 personas reportan haber sentido un nudo en el estomago muy pocas veces, 192 del sexo masculino y 172 del sexo femenino, 249 reportaron una frecuencia regular (108 hombres, 141 mujeres), 62 personas refieren haberlo sentido muchas veces 11 del sexo masculino y 51 del sexo femenino.



Gráfica 5. Muestra la frecuencia de sentir un nudo en el estómago (46FP) y género

Sentirse nervioso

Sentirse nervioso

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	.5	.5	.5
	MUY POCO	218	22.1	22.2	22.7
	UN POCO	234	23.7	23.8	46.5
	REGULAR	285	28.8	29.0	75.6
	BASTANTE	155	15.7	15.8	91.3
	MUCHO	85	8.6	8.7	100.0
	Total	982	99.4	100.0	
Missing	System	6	.6		
Total		988	100.0		

Tabla 7. Presenta la frecuencia de respuesta de la queja somática de sentirse nervioso *6 personas no respondieron el reactivo

SEXO/SENTIRSE NERVIOSO

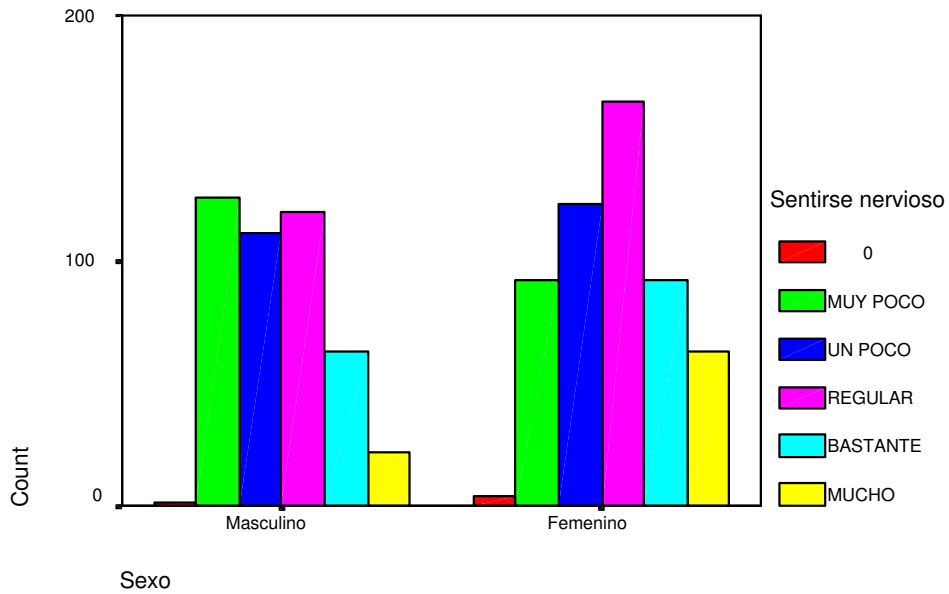
		SENTIRSE NERVIOSO					TOTAL	
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE		
Sexo	Masculino	1	126	111	120	63	22	443
	Femenino	4	92	123	165	92	63	539
Total		5	218	234	285	155	85	982

Chi-Square Test

	Value	Df	SIG.
Pearson Chi-Square	30.936	5	.000

Tabla 8. Representa los puntajes obtenidos con la Ji cuadrada que determinan la relación entre sentirse nervioso (48 FP) y el género

De acuerdo con nuestro análisis existen diferencias significativas (sig. =.000) entre sentirse nervioso en relación al género (Ver tabla 8 y gráfica 6) 285 personas refieren sentirse nerviosos regularmente, 120 del sexo masculino y 165 del sexo femenino, 218 se han sentido muy poco nerviosos, de los cuales 126 son del sexo masculino y 92 del sexo femenino, en tanto que 85 reportan experimentar con mucha frecuencia esta respuesta somática, 63 de ellos son del sexo femenino y 22 del sexo masculino.



Gráfica 6. Muestra la frecuencia de sentirse nervioso (48 FP) en relación al género

Sentirse mareado

Sentirse mareado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	0	3	.3	.3	.3
	MUY POCO	574	58.1	58.5	58.8
	UN POCO	162	16.4	16.5	75.3
	REGULAR	132	13.4	13.4	88.7
	BASTANTE	64	6.5	6.5	95.2
	MUCHO	47	4.8	4.8	100.0
	Total	982	99.4	100.0	
Missing	System	6	.6		
Total		988	100.0		

Tabla 9. Muestra la frecuencia de la queja somática "sentirse mareado"
* 6 sujetos no respondieron al reactivo

SEXO/SENTIRSE MAREADO

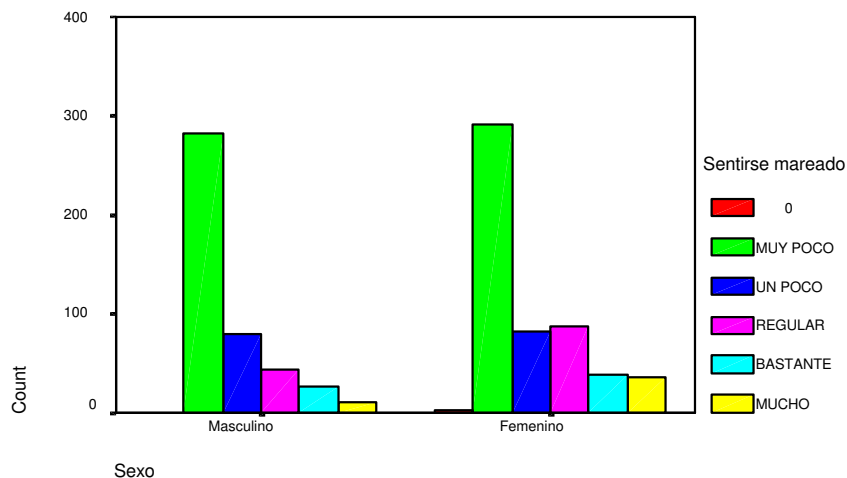
		SENTIRSE MAREADO					TOTAL	
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE		MUCHO
Sexo	Masculino		282	80	44	26	11	443
	Femenino	3	292	82	88	38	36	539
Total		3	574	162	132	64	47	982

Chi-Square Tests

	Value	df	SIG.
Pearson Chi-Square	24.260	5	.000

Tabla 10. Muestra los puntajes obtenidos de la Ji cuadrada para determinar la relación entre sentirse mareado(53 FP) y el género.

Al aplicar la Ji cuadrada para determinar la relación existente entre sentirse mareado y el sexo se alcanzó una significancia del .000, lo cual nos indica que sí hay una relación estrecha entre los reactivos, ya que 574 personas reportan sentirse mareados muy poco, 292 pertenecen al sexo femenino y 282 al sexo masculino, 162 refieren la queja pocas veces (80 hombres, 82 mujeres), 132 la experimentan regularmente (88 mujeres, 44 hombres), 64 la manifiestan con bastante regularidad (38 son mujeres y 26 son hombres), mientras que solo 47 la refieren con mucha frecuencia (36 mujeres, 11 hombres).



Gráfica 7. muestra la frecuencia de sentirse mareado (53 FP) en relación al sexo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La preocupación por entender cómo y por qué enferman las personas, ha sido una constante desde las primeras sociedades a la fecha, siendo los aspectos económicos, sociopolíticos, culturales y religiosos de cada época y cultura los que permean la concepción del proceso de salud y enfermedad.

En las últimas décadas se han suscitado cambios vertiginosos en el campo de salud, los cuales, han sido producto de una infinidad de factores interrelacionados del contexto socio-histórico a lo largo del siglo XX.

Como se ha revisado a lo largo de este trabajo, autores como Gomezjara (1989), mencionan que no es posible una definición universal y eterna, del proceso de salud y enfermedad, por la variabilidad de los aspectos que en él intervienen.

Sin embargo, es importante reconocer que a pesar de las múltiples variables que intervienen en dicho proceso; para evitar confusiones y ambigüedades, se debe aclarar desde qué campo se definen y aplican los conceptos de salud y enfermedad, admitiendo que el valor del ser humano se determina en toda acción sanitaria, en su sentido y evolución, y no en considerar como norma la salud o enfermedad, pues la condición humana implica ser, a la vez, sano y enfermo o variar todo el tiempo entre estos estados (San Martín, 1981).

De esta manera, se puede concluir de acuerdo con autores como Ryan y Travis (1981, citados en: San Martín, 1992), Gomezjara (1989), Penzo (1990) y San Martín (1992), que no es posible entender la salud y enfermedad como procesos absolutos y aislados, si no que éstos derivan de un proceso continuo e integral, que implica al individuo en su totalidad. Por esta razón, es importante tener una visión extensa de ambos conceptos.

Ahora bien, entre los factores que intervienen en un estado saludable o la presencia de la enfermedad, se destacan los de origen psicológico que permiten al individuo concebirse a sí mismo, a la enfermedad, las prescripciones médicas y los sistemas de salud. De acuerdo con San Martín (1992) y Vega (2000) coincidimos que los factores más importantes que intervienen en la obtención de un estado saludable o en el desarrollo de una enfermedad están estrechamente vinculados con la biografía del individuo (genética, hogar, escuela, nivel económico, creencias, experiencias, expectativas). Por ello, es posible concluir que cada vez se hace más importante la participación de la Psicología de la salud en la comprensión de la salud y enfermedad.

Se sabe que en la actualidad, los problemas y causas de muerte en la sociedad, son las enfermedades crónico degenerativas, en las cuales, se incluyen aspectos cognitivos, motivacionales, afectivos, emotivos, conductuales, psicofisiológicos y psicosociológicos.

De acuerdo con Latorre y Beneit (1992) quienes afirman que toda investigación sobre salud se debe concebir tanto en el contexto psicológico como en el social, en que éste tiene lugar, y afirman que la salud es un problema social y político, mediado por la participación comunitaria, se hace notar que cada individuo y en sociedad debe asumir la responsabilidad de defender, mantener y mejorar su salud.

Por esta razón, cabe destacar que el cuidado de la salud y enfermedad ya no es exclusivo de la Medicina, sino que nuevas disciplinas pueden ocuparse del estudio de los factores que permiten un estado saludable o la adquisición de enfermedades, como es el caso de la Psicología de la Salud.

Así pues, la Psicología de la Salud como una especialidad surgida para satisfacer las demandas sociosanitarias y los altos costos de dichas demandas ha contribuido sustancialmente en la comprensión y entendimiento de un amplio

rango de factores que determinan la salud y la enfermedad. Concluimos que la definición más completa sobre esta disciplina la brinda Matarazzo, en 1980, la explica como “el conjunto de contribuciones educativas, científicas, profesionales de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de la etiología y diagnóstico correlacionados a la salud-enfermedad y disfunciones relacionadas y para el análisis y mejora del sistema de cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias”.

Puede decirse que tras el surgimiento de la Psicología de la Salud, recobra importancia la investigación en el área de la salud. Debido a que se sustenta el interés por estudiar y valorar el estilo de vida y la conducta de las personas en relación con el proceso de salud enfermedad (Buela, Sierra y Carroble, 1995).

También hay que reconocer que la Psicología de la Salud, como lo mencionó Simón (1999), es un modelo integrador de la salud enfermedad de naturaleza biopsicosocial. Ante lo cual, se considera este modelo como el más apropiado para cubrir el objetivo de dicha disciplina de acuerdo con la definición de Matarazzo.

De tal forma que, al ocuparse de atender los factores orgánicos, ambientales y psicosociales y el estilo de vida, se abren nuevas líneas de investigación que más allá de explicar cómo se originan las enfermedades, dan apertura a una área importante, como lo es la promoción de la salud, e igualmente la prevención de las enfermedades.

Además, es importante reconocer que hoy en día las investigaciones buscan generar programas que permitan la adopción de hábitos y estilos de vida saludables, previniendo las conductas o hábitos de riesgo para la salud, con lo que se marca el inicio de lo que podría ser la solución efectiva a los graves problemas

de salud que aquejan a nuestra sociedad actual y permiten la apertura a grandes contribuciones en este campo de la salud y enfermedad.

Otro punto importante de mencionar es que el desarrollo de la Psicología de la Salud como una disciplina y profesión depende del grado de apoyo que en cada nación se le ha prestado (Holtzman, 1993).

Así puede mencionarse que mientras en países del primer mundo se cuenta con escenarios adecuados de trabajo; y el reconocimiento de los profesionales de la misma, en países en vías de desarrollo como México se observa un lento crecimiento ya que el modelo médico sigue dominando el ámbito de la salud impidiendo la inserción del psicólogo en el área (Salinas, 1995).

Sin embargo, cabe mencionar que aunque el crecimiento de esta área es paulatino, no se resta importancia a los logros ya realizados en nuestro país, pues ya se establece la necesidad de esquemas amplios y efectivos de abordaje para los temas de la salud y enfermedad, y existe el interés profesional del psicólogo por contribuir en esta área. Se puede decir que se está iniciando una apertura para la contribución del psicólogo de la salud en varios ámbitos del área de la salud.

Ahora bien, puede decirse a manera de conclusión, que el ámbito de intervención es muy amplio, por lo tanto, el psicólogo puede desenvolverse en campos importantes que van desde la evaluación, diagnóstico, promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, investigación, formación profesional, puesto que, cuenta con diversas herramientas, conocimientos y habilidades para ello.

Aún no se tiene el reconocimiento profesional y laboral deseado, pero el psicólogo de la salud debe comprometerse consigo mismo y con la sociedad para demostrar la eficacia y relevancia de sus aportaciones y se espera en lo futuro que

la Psicología de la Salud logre un mayor desarrollo, crecimiento y expansión tanto a nivel teórico, como formativo, de investigación y aún más importante, profesional.

Tras referir la importancia que tienen los factores psicológicos y los hábitos saludables en el mantenimiento de la salud y en la adquisición de enfermedades; es imprescindible destacar que la evaluación juega un papel importante para establecer las necesidades y requerimientos de la sociedad en materia de salud, pues, a manera de reflexión, puede decirse que la evaluación es una herramienta fundamental que nos permite conocer los hábitos, creencias, expectativas y capacidades del individuo para cuidar su salud, asimismo, evaluación permite la posterior elaboración de las estrategias encaminadas al mejoramiento de las condiciones de salud de la población y de los sistemas de salud.

Con base a esto, se destaca la creación del instrumento construido por Ramírez y Cortés (2003), el cual evalúa el funcionamiento de la salud (FS) y funcionamiento psicosocial (FP).

La relevancia de dichos instrumentos radica en el hecho de que están basados en las características de la población mexicana, en sus creencias, valores, expectativas, hábitos, etcétera.

Los resultados obtenidos del análisis estadístico de esta investigación mencionan que el estrés y el género son variables que se relacionan recíprocamente, y con ello se corrobora lo dicho por Kemper, en 1984 (citado en De los Ríos, 1993), quien afirma que las mujeres experimentan más estrés que los hombres.

De los Ríos (1993), al respecto sostiene que por la posición social derivada de su condición femenina y el complejo papel que suelen desempeñar en la sociedad, conjugando la actividad laboral con los requerimientos familiares, las mujeres se

ven obligadas a afrontar más situaciones de estrés interpersonal que los hombres. Este tipo de hechos se asocia con frecuencia a la depresión y no es extraño que las mujeres se depriman frente a este tipo de experiencias sociales y laborales, mostrando un grado variable de insatisfacción.

En este sentido, aún cuando Dale (1996) habla de que el estrés se vive de forma distinta, pues, algunos individuos son más sensibles a éste que otros, como consecuencia de los estilos de vida particulares; él no refiere que el género se relacione con ello, pero de acuerdo a nuestros datos si existe relación y es preciso mencionarlo.

Mientras tanto Mainieri (2003), dice que la forma en que se percibe y se reacciona ante el estrés es distinta entre hombres y mujeres, piensa que esta diferencia se debe a patrones culturales.

A pesar de las diferencias encontradas en base a los datos estadísticos, se considera un punto importante de análisis que los hombres y mujeres se inclinan por una incidencia de estrés, que va de regular a bastante, lo cual nos indica que aún habiendo diferencias significativas, basadas en el género, los índices de estrés en nuestra población, en general, son altos.

Esto nos lleva a una observación de vital importancia que radica en resaltar la necesidad de programas de salud dirigidos a la reducción y el control del estrés, para mejorar la calidad de vida, y además; recordando lo dicho por Dale (1996) sobre la consideración de que el estrés representa una causa común de la salud deficiente de la sociedad actual y de un alto porcentaje de las visitas al médico, asimismo, que juega un papel importante en las tasas de mortalidad del mundo occidental (por cáncer, enfermedades cardiovasculares, desórdenes respiratorios, lesiones accidentales, cirrosis y suicidio) se hace urgente dicha intervención.

En cuanto a la relación de la queja somática (sentir un nudo en el estómago, sentirse nervioso y sentirse mareado) y el género, los datos obtenidos muestran relación estrecha entre ambas variables, lo cual, se apoya en lo dicho por Kemper (1984, citado en de los Ríos, 1993) que menciona que las mujeres tienden a somatizar con más frecuencia que los hombres, igual que sufren más trastornos psicossomáticos como el estrés, ansiedad, depresión y tristeza.

Por otra parte, la OMS (citado en: Ibarra, 1999) y Vásquez-Caicedo (2002) también argumentan en las mujeres más problemas de salud previsibles que los hombres, pero de acuerdo con la OMS esto es consecuencia de la desigualdad que existe en relación a la posición social y económica en casi todas las culturas.

Estos datos estadístico también pueden sustentar lo que Flores, en 2003, afirma sobre que la proliferación de enfermedades repercute mucho más negativamente en la mujer, argumenta que esto sucede porque ella es la prestadora de salud en la familia y no sólo tiene que dedicar más tiempo al cuidado de los enfermos o evitando que enfermen, sino que sobrelleva la mayor carga emocional del estrés que conllevan estas situaciones.

La autora también sostiene que los factores ambientales afectan de forma diferente a las mujeres y los hombres, ciertos contaminantes alteran el ciclo reproductivo de las mujeres, asimismo, éstas son más vulnerables en caso de desastres naturales, sequías y cambios climáticos porque ellas son quienes se encargan de proteger a la familia en las condiciones adversas.

Por su parte, Rose (1985), expone que los problemas o afecciones de las mujeres vinculados a la exposición continua de ambientes biofísicos malsanos, son propios de su sistema anatómico, fisiológico y bioquímico.

Al respecto, Ibarra (1999) señala que algunas condiciones biológico-sociales que intervienen de manera importante en las variaciones de salud entre hombres y

mujeres, son: la función reproductiva, el trabajo doméstico y la actividad productiva, factores que tienen que ver con valoraciones sociales de género.

El análisis estadístico muestra que la incidencia de quejas somáticas va de muy poco a regular, lo cual, hace evidente que aún habiendo diferencias significativas entre los géneros para manifestarlas, la población en general está muy expuesta a ellas.

A manera de reflexión y coincidiendo con los autores, quienes confirman esta relación recíproca entre las variables (queja somática y género), puede decirse que esto es resultado de los patrones socioculturales de nuestra población. Y la ascendente incidencia de quejas somáticas, es un punto importante de atención para los profesionales de la salud, pues destaca la necesidad de programas sanitarios en caminados a fomentar una calidad de vida (promoción y mantenimiento de la salud), lo cual rebasa el terreno de la prevención y tratamiento de las enfermedades.

Lamas, en 1991, plantea que hay no estudios suficientes que hablen acerca de las repercusiones de la interacción de los factores ambientales y las diferencias de género sobre la salud, es decir; de las relaciones sociales de los hombres y las mujeres en su contexto, para que se produzca buena o mala salud en uno o en ambos sexos.

En este sentido, Ibarra (1999) destaca la importancia de que se realicen estudios desde el enfoque de género que permitan entender las variaciones de calidad de vida de las personas, más que destacar estadísticas de los índices de mortalidad como un indicador de salud-enfermedad de una población, ya que éstos últimos tratan sólo del final de un proceso mórbido.

Ardilla (2000), argumenta de igual manera, que la salud y la enfermedad están determinadas por factores sociales estructurales como el género, entre otros, que

está mediado por normas culturales. Ante lo que podemos decir, que es importante estudiar como las normas culturales intervienen en la salud y enfermedad de la población.

Por otro lado, coincidimos con Hartigan (1998) en que es esencial centrar la atención en las percepciones que ambos sexos tienen respecto a las limitaciones de su acceso a los recursos y control de los mismos para responder a sus necesidades de salud y atención de los sistemas sanitarios.

Cabe mencionar a Sánchez, quien en 1994, sostiene la tesis de que se tiene menor esperanza de vida para el hombre que para la mujer, y ello va en aumento. Sin embargo, la mujer tiene una morbilidad mayor, pues visitan más al médico y muestran permanencias hospitalarias más largas, más incapacidades, cirugías y ausencias en el trabajo y la escuela (Sánchez, 1994).

Apoyando esta afirmación con los resultados de esta investigación, se destaca otro punto importante de análisis, para futuras investigaciones y es el hecho de que si culturalmente las mujeres son las encargadas de cuidar la salud de la familia ¿porqué al mismo tiempo son ellas quienes más enferman?.

En este sentido, autores como Rose (1985) y Kandrack, Grant y Segall (1991), sostiene que a las mujeres aprenden a cuidar su salud desde niñas, en tanto que los niños permanecen ignorantes de estos temas. Asimismo, Kandrack y sus colaboradores sostienen que se dan más consultas médicas en las mujeres que en los hombres, incluso descontando las visitas relacionadas con la atención a la salud reproductiva, ellos mencionan que esto se debe a que las mujeres se les estimula a buscar ayuda, en tanto que los hombres buscan menos apoyo físico y emocional que aquellas. Los autores coinciden en que en las mujeres están mejor informadas sobre sus enfermedades que los hombres.

De esta manera, en base a los resultados del análisis estadístico y en concordancia con la literatura, se destaca que aun cuando son ellas quienes más se enferman, se demuestra que tienen una tasa menor de mortalidad y a nuestro parecer esto puede ser producto del hecho de que las mujeres visitan más al médico, pero la tarea primordial de los profesionales es analizar y mejorar las condiciones que permitan una calidad de vida para ambos sexos.

Se sabe que hombres y mujeres desempeñan funciones distintas en diferentes contextos, desarrollando, con ello, aptitudes y capacidades particulares, que conllevan implicaciones directas en el grado en que ellos y ellas tienen acceso a los recursos necesarios para proteger su salud y ejercen control sobre ellos (Vlassoff y García Moreno, 2002).

Coincidimos con Gómez (1993) quien afirma que un enfoque de género es una buena alternativa, para entender estos estilos de vida, percepciones y creencias de la población respecto a la salud y enfermedad en un contexto determinado.

También puede decirse, que a partir de éste hecho, el psicólogo de la salud cuenta con una visión más amplia y realista de las necesidades de la población y con ello diseñar programas de intervención más flexibles y útiles encaminados a promover verdaderos cambios en materia de atención sanitaria.

Con todo lo anterior, se debe destacar que al estar involucrado el individuo en su totalidad en el proceso de salud y enfermedad, más que pensarse en la responsabilidad de sistemas e instituciones de salud, para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad, es también una responsabilidad personal. Debe resaltarse la importancia de informar y educar a la sociedad sobre aquellos temas que permitan la adquisición y mantenimiento de hábitos encaminados a alcanzar y mantener un estado saludable, pero será siempre tarea de cada uno el poder lograrlo.

En este trabajo, apoyándonos de los resultados de la aplicación de los instrumentos para evaluar al estrés y la queja somática con respecto al género, se destaca la importancia y necesidad de generar investigaciones que permitan conocer con especificidad el campo de acción en el que los profesionales de la salud pueden lograr resultados favorables para el mantenimiento de la salud y la generación de comportamiento saludables.

Por último, cabe destacar las importantes contribuciones que investigaciones como la de Ramírez y Cortés (2003) hacen en materia de salud, ya que abren nuevas líneas de inserción en nuestro país para la Psicología de la Salud, asimismo, para sus profesionales.

De acuerdo con estos autores es posible decir que, a partir de esta área de la Psicología, se puede contribuir de forma sustancial en el campo de los sistemas de salud en México, procurando subsanar sus limitantes, al mismo tiempo, esto permite alcanzar el reconocimiento y formación de los psicólogos de la salud, pues su participación en los grupos multidisciplinarios es de gran valor.

Aún con ello, se destaca que sigue siendo necesario generar más investigaciones surgidas de la Psicología de la salud, pues siendo ésta un área de reciente surgimiento en el país, requiere de consolidación de su estatus científico, del reconocimiento de sus profesionales, e igualmente, de la apertura o expansión de escenarios de acción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez A. (2002). Percepción de estresores urbanos y formas de afrontamiento de los habitantes del D.F., Tesis de Licenciatura. FES Iztacala. UNAM, México.
2. American Psychiatric Association DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised), 1987.
3. Amezcua (1992), Medicina conductual: hacia una definición. JANO, 42, (289-298)
4. Amigo J., Fernández y Pérez (1998). Manual de Psicología de la Salud. Pirámides. España.
5. Anderson N., (1993). Sociología de la comunidad Urbana. Fondo de cultura. México. Cap. 8.
6. Ardila R.,(2000). Prevención primaria en Psicología de la Salud. En Oblitas, Becoña (Eds). Psicología de la Salud. Plaza Valdéz, Méx. D.F. (53-65).
7. Ballester, R. (1997). Introducción a la Psicología de la salud. Aspectos conceptuales . promolibro. Valencia.
8. Barrientos N. A. (1998). Análisis de desarrollo de transacciones estresantes y estrategias de afrontamiento en adolescentes. Tesis. UNAM.
9. Bass, C. y Benjamin, S. (1993). The Management of Chronic Somatisation. En Br J Psychiat, 123:472-480.
10. Becoña E., Vázquez F., Oblitas L. (2000). Psicología de la Salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas.
11. Becoña E., Vázquez F., Oblitas L.(2002) Estado actual y perspectiva de la Psicología de la Salud. R. Psicología Contemporánea. Vol.2, Núm.1. Pág. 100-111.
12. Belar, D.C. Deardorff W. y Kelly K. (1987). Defining the field of clinical health psychology. En C. D. Belar (ed). The practice of clinical health psychology. Pergamon Press. New York.

13. Bouton J., (1986) El síntoma y el signo. 1ª edición. Universidad Autónoma de Puebla. México.
14. Blanco A., (1986). El estrés ambiental. Citado en: Jiménez, B. F, Aragones, J. I., (ed). Psicología Ambiental. Alianza. Madrid. Pp 229-249.
15. Breilh J. (1994). Género poder y salud. Ibarra Editores-CEAS-UTN. Ecuador, p. 57.
16. Buceta J.M., y Bueno A. (2000). Intervención psicológica en trastornos de la salud. Madrid.
17. Buceta, J.M., y Bueno A. M., (2001) Intervención psicológica y salud: control de estrés y conductas de riesgo. Ed. Dykinson, Madrid, España.
18. Buela G, Sierra J. Y Carrobes (1995) Psicología Clínica y de la Salud en España: su estado actual. Revista Latinoamericana de Psicología. 1 (27), (25-40).
19. Caballo V., (comp.) (1991). Manual de técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. Madrid. Siglo XXI.
20. Cannon W., (1939). The wisdom of the body. Norton. NY.
21. Casas M. y Grossop M. (coord., 1993). Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias, Stges, Barcelona. Ediciones en Neurociencias-Citrán FISP.
22. Cohen, R., (1988). Atención Emocional al paciente. Ed. La prensa médica mexicana. Méx.
23. Comelles, J., y Martínez A., (1993). Enfermedad, Cultura y Sociedad. Ed. Eudema, Madrid.
24. Corraliza, A., (1987). La experiencia del ambiente. Cap. 3. Tecnos. España.
25. Costa M., López (1988) Educación para la Salud una estrategia para cambiar los estilos de vida. Pirámide, España.
26. Courtenay (2000). Construcción of masculinity and their influence on mens's swell- beigh: a theory of gender and health. Social Cience and Medicine. Vol. 50, No. 10. p. 1285-1305.
27. Dale, D., (1996). Understanding Stress. 1ª edic. Edit. Geddes & Grosset. Scotland.

28. De la Fuente M. (1992). Cceptos y temas en la práctica de la enfermería. Traducción de: Concepts and issues in nursing practice, by: B. Kozier, G. Erb y K. Blais. Ed. Interamericana.
29. De los Ríos R. (1993). "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción", en: Género, mujer y salud en las américas. Publicación científica No. 541. Organización Panamericana de la Salud. Washington, p. 11
30. Diccionario de la Lengua Española (1992), Vol. 21, UNIGRAF, Madrid.
31. Donker, F. (1991) Medicina Conductual y Psicología de la Salud. en: G. Buela Casal y B. Caballo, (comps.), Manual de Psicología Clínica Aplicada. Siglo XXI Madrid (pp.3-14).
32. Drossman D A., (1993). Psychosocial factors in chronic functional abdominal pain. En: Mayer, E. A. & Raybould, H. E. (Eds). Basics and clinical aspects of chronic abdominal pai New York: Elsevier Science. p. 271-280.
33. Dubos R., Pines M., (1967). salud y enfermedad. Eds. Culturales Internacionales. Méx.
34. Duran G.L. (1993). Educación para la Salud. Perfiles educativos. Octubre- Diciembre.
35. Durvan, S.A. de Ediciones (1973). Gran Enciclopedia del Mundo. Vol. 7, Bilbao España.
36. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196 (4286), (129-136).
37. Escobar J., Burnam, A., Karno, M.; Forsythe, A. Golding, J. (1987) Somatization in the Community. En Archi Gen Psychiat 1987; 44, 713-718.
38. Escobar J. (1987) Cross-Cultural Aspects of the Somatization Trait. En Hosp Com Psychiatry, 38, 174-180.
39. Fabrega, H., (1990). The Concept of Somatization as a Cultural and Historical Product of Western Medicine. En Psychosomatics Med; 52,653-672.

40. Fernández y Buela (1997). Psicología preventiva; avances recientes en técnicas y programas de prevención.
41. Flores T., (2003). Género y desarrollo sustentable. En red. Disponible en: www.revistafuturos.info/futuro_1/teresa2.htm.
42. Fontana D., (1995). Control de estrés. Manual moderno. Mex. Traducción de: managing stress, por A. Velásquez.
43. Fuente R. (1994). Psicología Médica. Fondo de Cultura Económica. México.
44. Gallar, M. (1998). Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Ed. Paraninfo. España. pp. (175-185).
45. García M., Becoña E., (1994). Manuales de autoayuda para dejar de fumar. Adicciones, 6,73-89.
46. Gatchel R.J, Baum A., (1983). An introduction to Health Psychology. Reading, Massachusetts. Addison-Wesley.
47. Gatchel R.J, Baum A. y Krantz (1989). An Introduction to Health Psychology. 2a Ed. Mc Graw Hill. International Editions. Singapur.
48. Gomezjara F. (1989). Salud comunitaria: teoría y técnicas. Ed. Porrúa. Méx.
49. Gómez, D. (1996). Salud y prevención en la sociedad del bienestar. En Gómez y Saburido (Eds). Salud y prevención: nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica
50. Gómez E. (1993). Género, mujer y salud en las américas. Publicación científica No. 541. Organización Panamericana de la Salud. Washington.
51. Greene W., (1988). Educación para la salud. Interamericana. Méx D.F.
52. Guttman M., West R., y Zimmerman D., (2000). Low- Income mothers' views on breastfeeding. Social Science and Medicine. Vol. 50, No. 10. p. 1385.
53. Hartigan P., (1998). Género, ambiente y salud. En red. Disponible en: www.puc.cl/equidadchile/generopdf.
54. Haug T., Wilhelmsen I, Svebak S, Berstad A, Ursin H., (1994). Psychotherapy in functional dyspepsia: A comparison with duodenal ulcer and healthy controls. J Psychosom Res; 38 (7), 735-44.

55. Heimtra N., (1979). Psicología ambiental. Manual Moderno. México. Cap. 4 y 6.
56. Helman C., (1984). Culture, Health and Illness. John Wright & Sons Ltd. U.S.A, Washington.
57. Hotlzman W., (1993). La Psicología y la Salud por todo el mundo. En: J. Palacios y E. Lucios (Eds), Primer Congreso Internacional de Psicología de la Salud. Fac. de Psicología, UNAM, Méx. (349-359).
58. Ibarra A., (1999). Genero y Salud del docente: una visión alternativa. En red. Disponible en: www.latarea.com.mx/articu8/lbarra.8.htm.
59. Ivancevich; M., (1992). Estrés y Trabajo. Una perspectiva gerencial. Trillas. México.
60. Jebbink HJ, Smout A J, Akkermans LM, Van-Berge-Henegouwen GP.,(1993). [Funtional dyspepsia] Funtionele dyspepsie. Ned-Tijdschr-Geneeskd; 137(35), 1762-6.
61. Kandrack, M., Grant, K.R., Segall, A., (1991) Gender differences in health-related behaviour: Some unanswered questions. Social Science and Medicine 32:579-590.
62. Katz J., (1989). El médico y el paciente: su mundo silencioso. Fondo de Cultura Económica. México.
63. Kellner R., (1990). Somatization, Theories and Research. En J Nervous Mental Dis, 178, 150-160.
64. Kirmayer L., y Robbins (1991). Somatization and the Social Construction of Illness Experience. En Illness Behaviour. A Multidisciplinary Model. Plenum Press, New York; 111.
65. Kocyba K., (1996). La medicina y la religión entre los mayas prehispánicos, En. Morales (Eds). Historia de la Salud en México. INAH, Méx.
66. Lamas M., (1991), La antropología feminista y la categoría género. En: Nueva Antropología, Núm. 30, v. VIII, 1986, pp. 173-198. UAM-I, Méx.

67. Latorre J., (1995). *Psicología de la Salud; introducción y conceptos básicos*. Lumen, Argentina.
68. Latorre J, y Beneit (1992). *Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales dela salud*. Lumen. Argentina.
69. Lazarus R. , y Folkman S., (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Mtz. Roca. España.
70. Lipowski, Z.J., (1988). Somatization: The Concept and Its Clinical Application. En *Am J Psychiat* (1988); 145, 1358-1368.
71. Mainieri, R., (2003). .“ESTRES”. En red. Disponible en: <http://healthclub.fortunecity.com>.
72. Martínez M., (2001). Modelo biocognitivo de salud: campos de ciencias y sus codigos bioéticos. *Gestion médica*. En red. Disponible en: [www.gestion médica.com](http://www.gestionmédica.com).
73. McHugh S., Vallis M., (1985). *Illness Behaviour: Operationalization Of the Biopsychological Model*. En *Illness Behaviour, A Multidisciplinary Model*. Plenum Press, New York. (1-31).
74. Mechanic D., Volkart, E. (1960). *Illness Behaviour and Medical Diagnoses*. En *J Health Hum Behav*; 1, 86-94.
75. Mechanic D.(1962). *Pain Disability*. National Academy Pre Mechanic, David. *The Concept of Illness Behavior*. En *J Chronic Dis* 15,189-194.
76. Mechanic D., (1972). *Social Psychologic Factors Affecting the Presentation of Bodily Complaints*. En *N Engla J Med*; 286,1132-140.
77. Mechanic D., (1978). *Medical Sociology. Second Edition*. The Free Press. A Division of Macmillan Publishing Co., Inc New York.

78. Mechanic D., (1980). The Experience and Reporting of Common Physical Complaints. En J Health Soc Behav, 21,146-155.
79. Mechanic D., (1995). Sociological Dimensions of Illness Behavior. En SociSci Med; 41, 1207-1216.
80. Meichenbaum D., Jaremko E. (1987). Prevención y Reducción de Estrés. Desclée de Brower. Bilbao.
81. Morales f., (1999). La Psicología en programas y servicios de la salud. Aspectos Generales. En: Morales (Ed). Introducción a ala Psicología de la Salud, Piados, México. (133-191)
82. Moscoso M, y Oblitas L.A., (1994)Hacia una Psicología de la saluden el año 2000: Retos y promesas. Psicología contemporánea 1, (75-15).
83. Moser, C., (1993) Gender Planning and Development: Theory, Practice and Training. Londres: Rutledge.
84. Moser, C., (1993). Gender Planning and Development: Theory, Practice and Training. Londres: Rutledge, 1993.
85. Moss R., (1989) El misterio de estar sano: En Dosey, N. Cossins, E Rubler-Ross. (eds). La nueva salud, Kairos, España, (55-61)
86. OMS, (1978) Atención primaria a la salud. Alma-Ata. Salud para todos, núm. 1.
87. Phares J.E., (1999). Psicología Clínica: conceptos, métodos y prácticas. Manual Moderno. México.
88. Penzo W., (1990). Licenciatura en Psicología Médica. Salvat. Editores. México.
89. Quill, Timothy (1985) Somatization Disorder. En JAMA, 254,3075-3080.
90. Ramírez (1996).Psicología Pediátrica. Tesis para obtener el título de Maestría en Modificación de Conducta. FES_Iztacala. UNAM. Méx.
91. Ramírez y Cortés (1999). Mecnograma, Pág. (79-101).
92. Ramírez M. y Cortés E., (2003). Evaluación de requerimientos de salud integral en la población mexicana. Psicología y ciencia Social. En Prensa.

93. Restrepo H.E., (2001). Promoción de a salud. Cómo construir una vida saludable. Ed. Medica Panamericana. Bogota.
94. Roa (1995). Marco teórico conceptual de la Psicología de la salud. E: Roa (Ed). Evaluación en Psicología clínica y de la salud. CEPE, España, (502-569).
95. Rodríguez J., (1995). Psicología Social de la Salud. Proyecto editorial. Síntesis psicológica. España.
96. Rodríguez j. Y Palacios J., (1989): en Urbina J. El psicólogo, formación, ejercicio profesional y perspectivas. Tesis. UNAM:
97. Rodríguez y Rojas (1996). Psicología de la Salud en América Latina. Fac. de Psicología. UNAM. Méx.
98. Rose, G., (1985). "Sick Individuals and Sick Populations". Epidemiological Bulletin, Organización Panamericana de la Salud, vol. 6, No. 3, p. 1-8.
99. Salinas. R. J.; (1995). El psicólogo en la atención a la salud. Tesis inédita para obtener el Grado de Maestro. UNAM.
100. Sánchez M., (1994). Economía, Cultura y Salud. En: M. Sánchez, (ed), Elementos de la salud publica. Méndez Editores S.A de C: V. Méx. D.F.
101. Sarafino, E., (1990) Health Psychology: Byopsychosocial Interactions. N.Y. Honh Wiley.
102. San Martín H., (1992a). Salud y Enfermedad. Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana S.A. México.
103. San Martín (1992b). La noción de salud y la noción de enfermedad. En: San Martín (Ed) Tratado General de la salud de las sociedades. Prensa médica. México (3-13).
104. Schneider (1985). Psicología aplicada a la prácticas médica. Paidos. México, D. F.
105. Schwartz G., (1977). Biofeedback and patterning of autonomic and centrta proceses: CNS cardiovascular interaction. In: Schwuartz G y Beatty (Eds). Biofeedback: Theory and research. NY. Academic Press.
106. Segall M. H., (1991). Human behavior in global perspective: an introduction to cross-cultural psychology. Ed. Allyn & Bacon. Boston.

107. Simonton C., (1989). La armonía de la salud. En: L. Dossey, M. Colins, E: Kübler-Ross. La nueva salud. Kairos. España.
108. Simon, M. A., (1993). Psicología de la Salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. Pirámide: Madrid.
109. Somolinos G., (1978). La medicina en las culturas mesoamericanas anteriores a la conquista. INAH, México, DF, (74-97).
110. Stone G., (1979) Psychology. Algunas consideraciones sobre Psicología y los Sistemas de Salud. En. Stone, Cobery, Adler (Eds). Health Psychology. San Francisco, CA, Jossey, Bass.
111. Taylor D., (2003). Somatization. Review provided by VeriMed Healthcere Network. Philadelphia, PA.
112. Urbina S. J.; y Ortega A.P., (1986) "Estrés ambiental urbano". Revista Mexicana de Psicología. 2, 2, 168-175.
113. Vega L, (2000). El concepto de Salud. En: La salud en el contexto de la nueva salud pública. Manual Moderno. Méx,DF., (3-13)
114. Vega C. M., (2002). Psicología de la salud: Hábitos positivos para conservar un estado saludable. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala, UNAM, México
115. Velásquez C. M., (2001). Psicología de la salud: estrés y afrontamiento.
116. Vásquez-Cañedo G., (2003). Trastornos somatomorfos. En red. Disponible en: <http://www.psinet-iberica.com/ear/articulo.html>.
117. Valdés, M., (1985). Psicología del estrés. Barcelona. Martínez Roca.
118. Vlassoff, C. and Garcia C., (2002) Placing gender at the centre of health programming: challenges and limitations. Social Science & Medicine 54:1713-1723.