



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

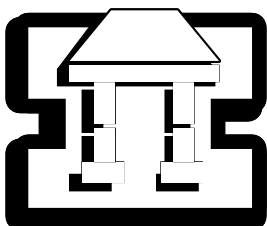
“PSICOLOGÍA DE LA SALUD: RELACIÓN DE LA  
HIPOCONDRIA CON LAS CREENCIAS Y  
ACTITUDES DE SALUD Y FORMAS DE  
AFRONTAMIENTO”

## TESIS EMPÍRICA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
LILIBETH REBOLLEDO RAMÍREZ

DIRECTOR:  
MTRO. ENRIQUE BERNABÉ CORTÉS VÁZQUEZ

DICTAMINADORES:  
MTRA. ESTHER MARÍA MARISELA RAMÍREZ GUERRERO  
LIC. JUANA OLVERA MÉNDEZ



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Agradecimientos

### A DIOS

Por acompañarme en todo momento, por las experiencias agradables y también por las desagradables, que sin duda, han hecho de mí, la persona que soy en este momento, por las lecciones de vida, por ayudarme a levantarme ante las adversidades...por los apoyos necesarios para mi crecimiento personal... en pocas palabras, por la VIDA.

### A mi Familia

A mis **Padres**, por el amor incondicional que me brindan, por todo el esfuerzo y sacrificios que hacen para proporcionarnos a mis hermanos y a mí, todo lo necesario para nuestras vidas y crecimiento personal, por la fortaleza que muestran ante las adversidades, por corregirme cuando es necesario... y sobretodo, por darme la vida, ¡GRACIAS!

A mis **Hermanos**, por su particular forma de estar en las buenas y en las malas, que aunque hay cosas que no se dicen, sabemos el cariño, confianza, y apoyo que existe entre nosotros.

A mi **Tía Gloria**, por el apoyo incondicional y todo cuanto has hecho por mis padres, hermanos y sobretodo por mí, por ser un ejemplo de superación y crecimiento personal, por tu entrega y dedicación a la familia, por tu calidad de ser humano, por demostrar cada día que el *“Querer es Poder”* y por lo tanto, *todo es posible con un poco de esfuerzo, dedicación y paciencia.*

### A mis Amigos: Mariela, Carmen y Oscar Hdz.

Por permitirme formar parte de sus vidas, por acompañarme en este proceso de crecimiento personal y profesional, por los momentos que cada uno compartió conmigo, por estar presentes cuando más los necesité, por la confianza de platicarme sus experiencias y por escuchar las mías. Por creer en mí, por la paciencia y tolerancia ante mis frustraciones y por su forma particular de hacerme ver las cosas de forma más realista...

*Por compartir conmigo la maravillosa experiencia de ser “universitarios”.*

### A mis Asesores

Juana Olvera, Marisela Ramírez y Enrique Cortés, por el apoyo y asesoramiento en el proceso de este trabajo, por la paciencia para aclarar las dudas y corregir los errores, por la libertad y confianza para realizar este proyecto.

Por último, pero no menos importante a **“mi misma”**, por los desvelos, dedicación y empeño necesarios para la realización de este proyecto.

# ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN .....	4
CAPÍTULO I. CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD	
1.1 Evolución de la noción de salud y la enfermedad.....	9
1.1.1 Modelos que explican la salud y la enfermedad .....	12
1.1.2 Definición de salud y enfermedad .....	15
1.2 Determinantes de la salud y enfermedad .....	17
1.2.1 Factores Externos.....	19
1.2.2 Factores Internos.....	25
1.3 Proceso salud – enfermedad .....	38
1.3.1 Fases del proceso de enfermedad .....	40
1.3.2 Formas en que reacciona el paciente ante la enfermedad .....	42
CAPÍTULO II. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD	
2.1 Surgimiento de la psicología de la salud .....	47
2.2 Áreas relacionadas con la psicología de la salud .....	53
2.3 Definición de la psicología de la salud .....	58
2.4 El papel del psicólogo en el ámbito de la salud .....	65
CAPÍTULO III. ACTITUDES HIPOCONDRIACAS	
3.1 El paciente ante la enfermedad.....	76
3.1.1 Estilos de afrontamiento y su papel en la salud y enfermedad .....	79

3.1.2 Papel de las creencias en la salud y enfermedad .....	84
3.1.3 Papel de las actitudes en la salud y enfermedad .....	87
3.1.4 Actitud ante la enfermedad.....	91
3.2 Definición de hipocondría .....	94
3.2.1 Factores que propician actitudes hipocondríacas .....	98
3.2.2 Hipocondría desde un enfoque cognitivo-conductual .....	100
3.2.3 Papel del psicólogo de la salud en el tratamiento de la hipocondría .....	103
 CAPÍTULO IV. MÉTODO	
4.1. Objetivo General .....	109
4.2. Objetivos Específicos .....	109
4.3. Hipótesis .....	110
4.4. Sujetos .....	110
4.5. Escenario.....	110
4.6. Definición de variables .....	111
4.7. Materiales e instrumentos .....	112
4.8. Procedimiento .....	113
 CAPÍTULO V. RESULTADOS	
5.1 Análisis General de la población .....	115
5.2 Historia de Salud.....	116
5.3 Creencias y actitudes de salud.....	124
5.4 Salud Psicológica.....	140
5.5 Afrontamiento.....	145
 CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES .....	
REFERENCIAS .....	169

## RESUMEN

Se investigó acerca de los factores relacionados con las actitudes hipocondríacas, entre éstos, las creencias y actitudes, el estado ansioso y depresión, las formas de afrontamiento, desde el ámbito de la psicología de la salud. Para ello, se seleccionó una muestra de 996 sujetos, de 17 a 70 años, pertenecientes a la zona metropolitana de México, a los que se les aplicaron dos instrumentos: Funcionamiento de Salud y Funcionamiento Psicosocial, de Ramírez y Cortés (2000). Los datos fueron analizados con la Chi cuadrada. Se encontraron relaciones significativas entre los reactivos que evalúan la hipocondría con la vigilancia de salud y confianza en el médico, así como con el estado ansioso y depresión. De igual forma, la hipocondría se relacionó con las formas de afrontamiento. Se concluyó que cuanto más al pendiente están del rendimiento de su cuerpo, más se preocupan por su salud; mientras que un estado ansioso y deprimido prolongado puede predisponer a las personas a desarrollar actitudes hipocondríacas. Por lo tanto, resulta necesario un afrontamiento adecuado de la ansiedad y temor a la enfermedad.

## INTRODUCCIÓN

El ser humano por naturaleza se preocupa por su salud y enfermedad; por lo que tiende a buscar explicación a este proceso con el fin de comprenderlo e intervenir para conservar un estado saludable. Sin embargo, no ha sido una tarea sencilla elaborar una delimitación clara de las nociones de salud y enfermedad debido a que, éstas cambian de acuerdo a los avances que existen en el plano de la investigación y ciencia, de modo que se han ido descubriendo nuevos factores que intervienen en el mantenimiento o deterioro de la salud. Como se explica a lo largo del primer capítulo, la concepción biológica permitió descubrir algunos de los microorganismos causantes de enfermedades y con ello, se desarrollaron fármacos para erradicarlas, sin embargo, existen casos en los que no se tiene una causa clara y por lo tanto, resulta casi imposible combatirlas.

Esto ocurre con las enfermedades crónicas, las cuales se encuentran influenciadas por múltiples causas ambientales, comportamientos, estilos de vida, entre otras, lo cual ha generado que el foco de atención se vuelva hacia los comportamientos y hábitos de las personas, los cuales pueden ser modificados y con ello, evitar complicaciones de las enfermedades o inclusive prevenirlas.

A pesar que desde la antigüedad se reconocía la influencia de elementos ambientales y la vinculación entre comportamiento con la salud, es hasta la entrada del modelo psicosocial cuando se reconoce de manera formal el papel de los factores psicológicos, sociales y medioambientales, además de los biológicos, en la salud y enfermedad. Es entonces, cuando comienza a reconocerse la salud como un proceso en el que cada individuo adquiere un papel activo en la recuperación y mantenimiento de su salud. Dicho proceso conlleva una serie de estados intermedios que son difíciles de identificar, debido a la variabilidad de los síntomas que se presentan.

Durante el proceso salud y enfermedad, suelen ocurrir varias fases en las que el individuo puede recuperar su salud o empeorarla, dependiendo de la interacción de múltiples factores y de la valoración que se haga de los síntomas, la gravedad

de los mismos y los recursos para hacerle frente. De esta manera, se generan distintas reacciones ante la situación de enfermedad, ya sea con ansiedad y temor, con negación, irritabilidad, o se tome como un reto que hay que superar.

Este reconocimiento de los aspectos psicosociales en la salud junto con la crisis en el sistema sanitario, permitió darle prioridad a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, por lo que surgió la necesidad de una disciplina que se encargara de estos aspectos, para promover estilos de vida saludables. Es así que surge la psicología de la salud ante la demanda de atender las enfermedades crónicas, convirtiéndose éste en un campo de acción de esta disciplina. Aunque cabe señalar que aún antes de que se reconociera de manera formal, la psicología ya había tenido algunas aportaciones en el campo de la salud, al explicar la relación entre el comportamiento y variables ambientales en los estados biológicos, así como el papel de los procesos psicológicos en la salud y enfermedad. De la misma forma, aportó distintas técnicas de modificación de conducta para el tratamiento de enfermedades crónicas y tratamiento de adicciones, entre otros padecimientos. Incluso algunos científicos conductuales ya contribuían en la formación profesional de psiquiatras y otras especialidades médicas.

La psicología de la salud a diferencia de otras áreas como la medicina conductual y la psicología clínica, cubre aspectos más amplios ya que centra su atención en la promoción y mantenimiento de la salud, más que en el tratamiento de la enfermedad, también contribuye en la prevención de riesgos para evitar recaídas promoviendo estilos de vida más sanos. Además, se interesa por los factores que intervienen en el sistema de cuidados sanitarios con el fin de formular políticas de cuidados de salud.

Dado lo anterior, las actividades del psicólogo de la salud van desde la investigación de aspectos psicosociales relacionados con la salud y enfermedad, la elaboración y aplicación de programas de intervención dirigidos a casos particulares o a una determinada población. Así también, participa en la formación



de profesionales de la salud e interviene para mejorar la relación entre profesionales así como entre el médico y paciente. Para lograr sus objetivos, la psicología de la salud comprende los factores que intervienen para que una persona atienda de forma adecuada su salud y prevenga enfermedades, en especial los factores psicológicos entre éstos, las creencias y actitudes de salud, así como las formas de afrontamiento, ya que cuando éstas no son adecuadas, pueden predisponer a las personas a deteriorar su salud o empeorar sus enfermedades.

Cabe señalar que, toda enfermedad genera un impacto psicológico, pero la intensidad del mismo depende de la valoración e interpretación que se hace de la situación de enfermedad así como del grado en que interfiere en la vida de la persona. Dicha valoración es determinada por el contenido de los valores, las creencias y actitudes, de modo que cuando se desconocen las causas de una enfermedad o las formas de tratarla, se forman creencias erróneas que pueden agravar el estado de salud, ya que éstas creencias determinan actitudes que pueden favorecer conductas de afrontamiento o de evitación.

Principalmente, las emociones que se generan ante la amenaza de alguna enfermedad, son el estrés, ansiedad y angustia, las cuales se desencadenan desde el momento en que se sospecha que algo anda mal. Tales emociones producen reacciones fisiológicas en el organismo que pueden ser percibidas como signo de enfermedad, aumentando los niveles de ansiedad, preocupación y temor hacia la enfermedad, que al permanecer en el tiempo, puede originar actitudes hipocondríacas. Por lo tanto, desde la perspectiva cognitivo conductual, se explica que la percepción distorsionada de las reacciones del cuerpo se genera a partir de una serie de creencias y actitudes disfuncionales sobre la salud, y del significado que se le atribuya a los síntomas, lo cual se ha ido consolidando mediante la experiencia previa.

Algunas de las creencias y actitudes presentes en la hipocondría se refieren a la atención excesiva de de las sensaciones corporales, desconfianza hacia el médico, creencia de ser más vulnerable que otras personas para contraer

enfermedades y preocupación constante sobre la salud a pesar de que el médico informa que se encuentra bien, por lo tanto, estas son las variables que se retoman en esta investigación.

Aún cuando ha existido un gran avance en la psicología de la salud y las actividades que realiza el psicólogo en el ámbito de salud, aún existen pocos estudios psicológicos que muestran las necesidades y características psicológicas en la población mexicana en salud integral y sobre todo que traten aspectos que se relacionan con la hipocondría, por lo tanto, el propósito de esta investigación es describir las creencias y actitudes de salud, formas de afrontamiento y salud psicológica de una población mexicana y determinar su relación con las actitudes hipocondríacas.

De esta manera, en el **Capítulo I**, se describe como ha evolucionado el concepto de salud y enfermedad, los factores que determinan el estado de salud o enfermedad de las personas y las fases por las que se pasa de un estado de salud a la enfermedad. En el **Capítulo II**, se describe la psicología de la salud como disciplina que surge a partir de las demandas por atender los aspectos psicosociales en torno a la experiencia de enfermedad y la salud, así también se tratan las actividades que lleva a cabo el psicólogo en el ámbito de la salud. Posteriormente se habla sobre formas en que las personas reaccionan ante la enfermedad en el **Capítulo III**, así como el papel de las creencias y actitudes de salud, y del afrontamiento, haciendo énfasis en las actitudes hipocondríacas y los factores que intervienen en su origen y mantenimiento. Terminando con el papel del psicólogo de la salud en el tratamiento de la hipocondría desde la perspectiva cognitivo conductual. En el **Capítulo IV**, se muestra el método que rige este estudio, presentando el objetivo general y los específicos, además de la metodología que se siguió. Mientras que en el **Capítulo V** se describen los resultados encontrados en la investigación para finalizar con las conclusiones sustentadas en los resultados y en el marco teórico expuesto en el **Capítulo VI**.

# CAPÍTULO I.

## CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD

En el intento por comprender la salud y enfermedad, se descubren cada vez, nuevos factores involucrados en los mismos, por lo que, la prevención y mantenimiento de la salud resultan ser una labor complicada. Desde la mitología griega se reconocía la vinculación entre comportamiento y salud, desde un enfoque holista, sin embargo, aún no se habían tomado medidas para modificar estos comportamientos y mantener la salud, por carecer de una definición de lo que es salud y lo que había que hacer para conservarla. Posteriormente con el desarrollo del modelo biomédico y biopsicosocial, fue posible delimitar las variables involucradas y la forma de intervenir en las mismas.

### **1.1 Evolución de la noción salud y enfermedad**

En la antigüedad, se consideraba que elementos como calor, frío, alimentación y otros elementos a los que se ve expuesto el ser humano originaban la enfermedad; por lo tanto, estar sano era evidencia de haber logrado y mantenido un estado de armonía o equilibrio consigo mismo y con el mundo exterior. Más tarde, a partir de la medicina hipocrática se descubrió que las alteraciones en el equilibrio humoral (la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra), así como los cambios corporales, tenían efectos en el comportamiento y en la personalidad del individuo, de tal forma que un exceso de bilis negra produciría una persona crónicamente melancólica. A su vez, la influencia de Platón proporcionó la idea de que la salud y la enfermedad se determinaban por un principio no material, donde había que actuar sobre el alma antes que el cuerpo, así, la medicina galénica continuó esta línea de práctica y pensamiento médico holista, partiendo del supuesto que pasiones como la pena, el odio, la codicia y el miedo se relacionan con varias enfermedades, por lo tanto, había que actuar de manera conjunta sobre la mente, cuerpo y espíritu por medio de distintas prácticas y técnicas de masajes, alimentación, ejercicio, baños, entre otras (Morales, 1999).

Estas diversas formas de tratamiento dependen de la forma en que son entendidas las causas del deterioro de la salud, por ejemplo, cuando la enfermedad es concebida como un castigo enviado por el cielo, no se trata con medicamentos sino por medio de ritos, himnos y música, tal como ocurría en los siglos IV y III a. de C., donde se pensaba que las enfermedades se debían a la ira de los dioses, a los cambios de clima, al incumplimiento de la dieta o de las reglas de higiene y modos de vida. Ideas que siguen conservando algunas poblaciones, especialmente las rurales.

Durante la edad media en Europa, la influencia de la religión ejerció un importante papel, ya que hizo prevalecer la interpretación mística de las causas de las enfermedades como asociadas a la ira de Dios o la acción de los demonios. Posteriormente, con la entrada del sistema feudal de producción, las estructuras sociales, las condiciones de vida y organizaciones sociales en el mundo occidental se vieron modificadas. Gran cantidad de personas comenzó a emigrar hacia las ciudades buscando mejores condiciones de vida, generando gran concentración en estas zonas y aunado a las pésimas condiciones sanitarias, produjeron grandes epidemias de cólera, peste y viruela. Mientras tanto, los avances culturales y científicos durante el Renacimiento, como la intromisión del microscopio, favoreció el surgimiento de la microbiología, permitiendo el descubrimiento de diversos microorganismos causantes de enfermedades infecciosas que en ese tiempo predominaban (Morales, 1999).

Esta idea acerca de que muchas de las enfermedades podían tener una etiología muy específica, generó el interés por descubrir nuevos agentes patógenos y el modo de combatirlos, lo cual resultó efectivo para algunas enfermedades infecciosas, pero no para todos los casos. Por su parte, el principio del dualismo cartesiano permitió la medicina llevar a cabo estudios en cadáveres para lograr una mejor comprensión sobre el funcionamiento humano y con ello dar explicación a diversas enfermedades. Así, al contemplar las entidades mente y cuerpo por separado, se dejó el estudio de lo espiritual a la teología y filosofía, y el estudio del cuerpo a la medicina (Roales, 2004).

De esta forma, el dualismo condujo a una aproximación mecanicista del cuerpo humano, cuyo funcionamiento y causas de la enfermedad se explicaban mediante leyes de la física, dando origen al modelo biomédico. Asimismo, favoreció la investigación y estudio de la anatomía y fisiología del cuerpo, permitiendo identificar lesiones en órganos y tejidos que se relacionan con determinados procesos patológicos (Roales, 2004).

Es entonces cuando la medicina asume un papel más protagónico, ya que junto con la disponibilidad de medios tecnológicos, combatió diversas enfermedades. También ha sido importante la labor de los médicos en la evolución de la noción de salud, como señala Rodríguez y Abecia, (2000), estos personajes son quienes han impulsado programas de salud pública, contribuyeron a la potabilización del agua y la correcta eliminación de residuos de ciudades y campos; han favorecido cambios culturales al promover la higiene personal y control de natalidad desde finales del siglo XIX.

Por su parte, la influencia de la teoría psicoanalítica, generó hipótesis sobre relaciones causales entre actividad mental y somática, haciendo énfasis en que no sólo debe tratarse la enfermedad desde el aspecto fisiológico sino también desde lo psicológico (mental). Mientras que los aportes conductuales establecieron que los eventos ambientales generan cambios orgánicos patológicos. Otras teorías explicaron la relación de ciertos tipos de personalidad con algunas enfermedades, por ejemplo, los hipertensos son considerados como personas tímidas, perfeccionistas, reservadas y volátiles (Rodríguez y Abecia, 2000). Estas explicaciones permitieron que no sólo se atendiera la parte física y biológica de la enfermedad sino también, los aspectos sociales y psicológicos.

Como puede observarse, cada vez fueron surgiendo nuevas explicaciones en torno a la salud y enfermedad, dando lugar a los modelos biomédico, ecológico, biopsicosocial y epidemiológico, los cuales se centraron en dar énfasis a ciertos aspectos, que se describen a continuación.

### **1.1.1 Modelos que explican la salud y la enfermedad**

Para comprender la salud y la enfermedad, se desarrollaron distintos modelos que explican estas nociones. Por un lado, León y Medina, (2002) explican los modelos biomédico y biopsicosocial como los principales que explican de forma clara y precisa los determinantes de la salud y enfermedad.

#### **Modelo biomédico**

Se implementó en la segunda mitad del siglo XVIII y XIX, comprende la enfermedad como un “fenómeno biológico”, que se explica por procesos fisiológicos ocasionados por desequilibrios bioquímicos internos e involuntarios o por estímulos externos nocivos como bacterias y virus. Desde este modelo, el individuo no tiene responsabilidad sobre su enfermedad, sólo es una víctima de la misma, mientras que el médico es quien tiene un papel activo al corregir la anomalía mediante la administración de un fármaco o intervención quirúrgica. El rol de enfermo se caracteriza por la incapacidad para desempeñar sus actividades cotidianas, su comportamiento cae en una situación de dependencia dado que requiere de ayuda para recuperar su salud.

Si bien es cierto, con la concepción biológica fue posible desarrollar fármacos y demás tecnología médica que contribuyó en la disminución rápida de la mortalidad por enfermedades infecciosas, sin embargo, existen casos en los que la enfermedad no tiene una causa clara, por lo que resulta casi imposible combatirlas, como es el caso de las enfermedades crónicas. Incluso, algunos estudios epidemiológicos han demostrado que aún antes de desarrollarse medidas eficaces por parte de la medicina, ya se habían reducido las tasas de mortalidad, lo cual corrobora que los determinantes de la salud no sólo eran biológicos, sino también de índole social, cuyo papel es facilitar o inhibir el efecto de agentes patógenos como las bacterias y los virus que provocan enfermedades (León y Medina, 2002). De esta manera, se fue reconociendo la influencia de aspectos psicológicos y emocionales en las enfermedades, y se comenzó a preparar el terreno para un nuevo modelo biopsicosocial que explicara de forma más amplia la salud y la enfermedad.

### **Modelo biopsicosocial**

Comprende a la salud no como un estado, sino como un proceso que varía según las condiciones y estilo de vida, así como variables sociales y ambientales, pudiendo o no, contribuir al surgimiento de alguna enfermedad. Este modelo reconoce que el comportamiento afecta el funcionamiento biológico y el papel de la *autorregulación* en el que participan las cogniciones y emociones para alcanzar el equilibrio en términos de funcionamiento orgánico. El rol de enfermo pasa a un ser activo que procesa la información de su cuerpo a partir de sus valores y creencias, con el fin de adaptarse a la enfermedad. Por lo tanto, la salud y enfermedad deja de ser un problema individual, convirtiéndose en social y político, cuya solución necesariamente requiere la participación activa y solidaria de la comunidad (León y Medina, 2002).

Con este modelo se deja atrás los principios reduccionistas del dualismo, reemplazando las explicaciones simples causa-efecto de la enfermedad. Mientras que el modelo biomédico promueve la pasividad en el paciente, deja la responsabilidad en el médico sobre la salud y se enfoca al tratamiento de la enfermedad; el modelo biopsicosocial intenta promover la participación activa de la persona enferma y sana, en el proceso de curación y mantenimiento de la salud, asimismo, centra su atención en la salud como continuo y en el desarrollo de habilidades de autocuidado (Roales, 2004).

### **Modelo ecológico de la enfermedad**

Se conoce como tradicional; se basa en la idea que la exposición a un solo “agente” (que pueden ser biológicos, microorganismos infecciosos, físicos como el frío, calor, humedad, ruido, químicos, tóxicos), es suficiente para producir alguna enfermedad, mientras que el “huésped” (susceptibilidad del individuo a los agentes, por ejemplo, por herencia, inmunidad, grupo étnico al que pertenece, edad, sexo, hábitos y costumbres, así como el entorno en el que se desenvuelve), tiene la función de aminorar o incrementar el efecto del agente. Este modelo se desarrolló a finales del siglo XIX cuando las enfermedades infecciosas eran las principales causa de muerte, de ahí el énfasis que tienen los determinantes biológicos en los problemas de salud (Rodríguez y Abecia, 2000).

Es a partir de este modelo ecológico, que el binomio salud-enfermedad se entiende como un proceso dinámico de búsqueda de equilibrio entre el hombre y su medio reconociendo variables ambientales y biológicas.

### **Modelo epidemiológico**

Considera a la salud como resultado de la interacción de estilo de vida, medio ambiente, sistema de cuidados de salud, herencia genética y sistemas sanitarios. Más tarde, incorpora la influencia de la cultura, crecimiento de la población y el grado de satisfacción que las personas manifiestan sobre los recursos con los que cuentan, el cual se le denomina “bienestar mental” (Rodríguez y Abecia, 2000).

Tal como se describe en los modelos, nuevos elementos se han integrado a las concepciones de la salud y la enfermedad, de acuerdo a las situaciones que se viven en cada momento, dejan de considerarse como estados estáticos y se reconoce el papel del comportamiento en el mantenimiento de la salud y aparición de la enfermedad.

#### **1.1.2 Definición de Salud y Enfermedad**

Es común que la gente posea argumentos para definir la enfermedad ya que sus manifestaciones son dolorosas y por lo mismo, los limita para realizar sus actividades cotidianas, mientras que la salud solo se le reconoce como la ausencia de la enfermedad. Estas manifestaciones desagradables y limitantes que acompañan a la enfermedad han ocasionado que se busquen remedios para eliminarlos o disminuirlos.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la salud en tres de sus dimensiones: “*Es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades*” (OMS, 1974, citado en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1998, p. 12).



Esta definición que aporta la OMS, contempla tanto los aspectos físicos y biológicos que venía examinando el modelo biomédico y además retoma los aspectos psicológicos y sociales que aborda el modelo biopsicosocial, permitiendo tratar los problemas de salud de manera integral, no separada como sucedía antes. Además, al concebir la salud como sinónimo de bienestar permite rescatar el papel de la percepción que el individuo tiene sobre su propia salud, adquiere un papel más activo, siendo la propia persona quien toma conciencia de estar “enferma”, busca las alternativas para sanar e interviene en los determinantes de la salud para prevenir la enfermedad o evitar que se complique. De esta manera se entiende que:

*“Un individuo sano es aquel que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente, y se halla bien ajustado a su entorno físico y social; controla plenamente sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales- siempre que no excedan los límites normales- y contribuye al bienestar de la sociedad según su capacidad... es algo positivo, como una actitud hacia la vida y una aceptación optimista de las responsabilidades que la vida impone al individuo (Morales, 1999, p. 25).”*

De acuerdo con San Martín (1990), la definición que hace la OMS, puede considerarse como utópica, dado que, no existe un bienestar físico, mental y social pleno, resulta difícil medir el nivel de salud que tenemos y por lo tanto, determinar si tenemos más ó menos salud que otra persona, lo cual nos obliga a considerar la salud y enfermedad como un proceso dinámico y no como estados estáticos. Entonces, la salud y la enfermedad serían dos grados extremos en la variación biológica; resultado del éxito o fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones del ambiente.

De esta manera, este autor define la **salud** como un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno (diferencias genéticas) y el medio externo del individuo, (condiciones de vida); y la **enfermedad** como un estado de desequilibrio debido a la falta de mecanismos de adaptación a los estímulos exteriores a los que está expuesto, el cual genera distintas perturbaciones a nivel fisiológico y/o anatomía del individuo.

Con respecto a la *enfermedad*, Brannon y Feist (2001) agregan que se trata de un proceso de daño físico dentro del cuerpo, que se identifica mediante un diagnóstico médico. En ocasiones se acompaña de malestar físico, es decir, de una sensación de incomodidad y molestia, sin embargo no siempre se presenta, por ejemplo, algunas personas pueden sentir malestar físico sin presentar alguna enfermedad identificable o, al contrario, estar enfermos y no sentir malestar físico, como ocurre en el caso de la hipertensión, cuando no se encuentra muy avanzada.

Por esta razón, se dice que entre la salud y la enfermedad existen estados intermedios donde se presentan síntomas clínicos que pueden detectarse o pasar desapercibidos por el médico y por el mismo individuo. Dicha variabilidad de adaptación del ser humano, depende de las condiciones en que vivimos, por ejemplo: cada país, cada región cuenta con diferentes características desde lo económico, su organización, modos de producción, calidad de servicios sanitarios, atención hospitalaria, medidas de higiene, incluso, poseen diferentes características ambientales y demográficas, desencadenando diferentes tipos de enfermedades (San Martín, 1990).

Entonces, como argumenta Turubián (1994), la salud no sólo es un proceso natural y fisiológico que ocurre a nivel personal, sino un hecho cultural, dado que, la enfermedad al ser considerada como anormalidad, es indeseable, representa un fracaso social tanto del individuo como del sistema de salud, en el sentido que se cree que una sociedad ideal debe disfrutar de una salud perfecta, mientras que un sistema de salud perfecto debería estar en condiciones de curarlo todo.

De esta manera, la explicación sobre la causalidad de la salud – enfermedad así como la concepción de lo que implica el rol de enfermo y sano, se han modificado con el tiempo, al grado que el concepto de salud integra factores fisiológicos, cognitivos, interpersonales y ecológicos. A su vez, ya no se concibe la salud desde el aspecto individual, desde el tratamiento médico del enfermo, sino más a nivel social, por ello, la intervención se vuelve necesaria a nivel comunidad y más aún, a nivel prevención.

## 1.2 Determinantes de la salud y de la enfermedad

Una explicación que Álvarez (1998) hace con respecto a la salud y la enfermedad es que, ambas nociones surgen a partir de la interacción que el ser humano tiene con el medio en que vive, donde se expone a estímulos físicos como el clima, atmósfera, geografía, los cuales trata de modificar para poder adaptarse a éstos. Sin embargo, factores como la industrialización y urbanización generan riesgos para la salud al producir elementos químicos como pesticidas, fertilizantes, insecticidas, entre otros elementos, que además de contaminar el aire, el alimento, el suelo, tiene un efecto cancerígeno; sin olvidar la presencia de los elementos biológicos como bacterias, virus, parásitos en el ambiente natural. Por ello se dice que, el hombre tiene una actitud *ilógica* ante la salud y enfermedad porque a través de su funcionamiento fisiológico trata de mantener un equilibrio con el medio ambiente, pero al mismo tiempo, sus costumbres, hábitos inadecuados, estilo de vida, junto con factores demográficos, económicos y políticos, crean condiciones perjudiciales para la salud.

A su vez, factores psicológicos y culturales como la pobreza, la incultura, ignorancia y urbanización, generan un impacto emocional en las personas ocasionando diversos trastornos físicos y mentales como el estrés, neurosis, conductas antisociales, entre otros. En este sentido, para comprender la salud y enfermedad hay que tomar en cuenta múltiples factores que interactúan de manera conjunta por lo que, resulta complejo establecer una causalidad entre la enfermedad con algún determinante de la salud en particular.

Los determinantes de la salud son entendidos como los “precursores” de los procesos biológicos para que la enfermedad se manifieste y son los que condicionan los comportamientos individuales y colectivos; entre los cuales Turubián, (1994) destaca la *Educación*, las condiciones de *Vivienda*, el *Ambiente* y el *Sistema Nacional de Salud*. Al respecto, Sánchez, (2003) coincide en que el nivel de salud de una comunidad está condicionado por *factores sociales, económicos, legales, educativos, políticos y culturales*, además de los *biológicos y ambientales*.

Una vez que se conjugan estos factores, y de acuerdo al funcionamiento psicosomático que cada persona posee, puede que satisfagan las necesidades de salud o se desencadene alguna enfermedad.

Por su parte, Rivas y Fernández (1991) consideran que una forma práctica de analizar los determinantes de la salud, es clasificándolos en factores externos e internos; entendiendo a los *factores externos* como aquellos que se encuentran en el ambiente tanto físico como social, los cuales actúan como agentes que propician o facilitan la aparición de alguna enfermedad. Los *factores Internos*, son aquellos que se encuentran en la misma persona, como los factores biológicos, psicológicos y sociodemográficos, los cuales hacen susceptible al individuo a enfermar o la mantienen sana. Además de los patrones de conducta considerados como determinantes individuales de la salud, ya sean conductas de riesgo o preventivas de la salud.

### **1.2.1 Factores externos**

#### Medio Ambiente Físico

Dentro del ambiente físico se encuentran: las *condiciones climatológicas*, la situación geográfica; la *calidad del ambiente* en cuanto a la exposición a contaminantes atmosféricos por gases industriales y de vehículos; contaminación del agua, por productos de fábricas arrojados a mares y ríos, así como desechos fecales (drenaje); el suelo también es contaminado por desechos industriales, insecticidas y la basura que se produce por persona. Situación que afecta la salud de diversas formas, por una parte se encuentra la exposición directa a los contaminantes y por otro lado, la alimentación también se ve afectada, por ejemplo, la carne en ocasiones proviene de animales enfermos o que son contaminados en el proceso de ser transportada y manipulada, incluso, durante la elaboración de ciertas comidas; asimismo, las verduras y frutas son expuestas a insecticidas, regadas con aguas negras, y cuando los consumimos les agregamos aditivos insanos (Rivas y Fernández, 1991; Vargas y Palacios, 1993).

Dentro de los determinantes medioambientales, también se encuentran las características de *vivienda*, alimentación, *condiciones de saneamiento*, disposición de agua potable y alcantarillado, como factores que predisponen distintas enfermedades. Por ejemplo, si vemos las condiciones en México (Vargas y Palacios, 1993), encontramos que, en estados del norte disponen de agua potable más del 95% de las casas, mientras que en Guerrero, Chiapas y Tabasco, sólo la mitad cuentan con este recurso. Por otra parte, la mayoría de las viviendas de la república cuentan con excusado con agua corriente, pero estados como Guerrero y Oaxaca sólo un 28%. Asimismo, hay hogares donde cuentan con piso de tierra, más aún en los estados del sur, lo cual resulta nocivo para la salud por la higiene personal, de alimentos y la exposición de partículas suspendidas en el aire por el polvo; y si agregamos factores como la economía, disponibilidad y accesibilidad de servicios sanitarios, se vuelve una situación de alto riesgo para el desarrollo de enfermedades en la población.

Como puede observarse, el ambiente físico juega un papel importante en la salud, basta recordar que, al mejorar las condiciones de vida, de alimentación, suministro de agua e higiene, disminuyeron las enfermedades infecciosas como la tuberculosis y tifoidea; sin embargo otros factores como la contaminación ambiental, el nuevo estilo de vida de sociedades industrializadas y conductas inadecuadas de salud como la sobrealimentación, urbanización, aumento de la población, el estrés y las nuevas tecnologías, incrementaron las enfermedades crónico degenerativas (Sánchez, 2003).

Incluso en la actualidad, en países subdesarrollados caracterizados por presentar pobreza y condiciones sanitarias precarias, es posible visualizar altos índices de mortalidad infantil y preescolar a causa de la desnutrición, la carencia de agua potable y condiciones inadecuadas de vivienda, fomentando así las enfermedades transmisibles.

## Medio Ambiente Social

Se refiere a la cultura, el estatus socioeconómico, grupo de referencia, información de salud, la religión y el nivel educativo. En éste último, Vargas y Palacios, (1993) argumentan que, entre mayor es el *nivel educativo* de la población, mejor es su conocimiento sobre salud y por lo tanto, más adecuado es su comportamiento en favor de la misma. Por ello, la educación se ha considerado un medio que puede ayudar a eliminar los hábitos y costumbres dañinas, así como mejorar el ambiente y enseñar como usar los servicios médicos.

Sin embargo, el nivel de información por sí solo, no es una variable eficaz en la prevención de comportamientos insanos, ya que algunas investigaciones (Gil y Pons, 2000) muestran que a pesar de que las personas que tienen un mayor nivel educativo y económico tienden a realizar en mayor medida ejercicio físico, también son grupos en los que se observa más el consumo de tabaco; mientras que en niveles educativos bajos se ha encontrado que realizan más conductas de salud, como el cuidado buco dental y alimenticio en comparación de los de nivel educativo más alto.

En lo que respecta a los *patrones culturales* y creencias, éstos influyen sobre los problemas de salud a través de la información que transmiten los diferentes medios de comunicación como la televisión, la radio, cine, entre otros, los cuales influyen en la formación de hábitos y costumbres de la población (Sánchez, 2003). Tal es la influencia de estos medios que ha transformado comportamientos encaminados a la satisfacción de necesidades básicas de supervivencia y alimentación de la población, en conductas consumistas, ejerciendo una presión social para adquirir productos que no son necesarios y resultan poco favorables para la salud. Esto sucede con personas que poseen recursos necesarios para tener una buena alimentación, pero los utilizan para comprar productos como ropa de moda, automóvil y otros productos que no son tan necesarios, pero brindan prestigio social.

Es así como el *estatus socioeconómico*, se manifiesta a través de la calidad de vida, el alimento y la seguridad social, afectando directa e indirectamente las condiciones de salud, de tal forma que, si no hay dinero, es difícil satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vivienda e higiene; entonces la gente se enferma y cuando esto sucede, carece de recursos para curarse por el gasto de la consulta y medicamentos. Además de que las personas al no contar con recursos suficientes, junto con otras demandas sociales, generan estrés que a largo plazo, resulta perjudicial en su salud.

Tanto el nivel socioeconómico, las condiciones de vivienda, el nivel educativo y la cultura, condicionan la *clase social* de las personas, la cual según León y Medina (2002), influye en la percepción de los síntomas de las enfermedades; por ejemplo, en clases sociales bajas, es socialmente aceptable expresar sentimientos de frustración, pero a otra persona que pertenece a una clase social alta no se le permite porque se cree que cuenta con las condiciones para atender su problema de salud, lo cual lo lleva a percibir sus síntomas de forma diferente. Así, la forma de interpretar los síntomas corporales, depende de la historia del paciente y de patrones socioculturales, ya que es a través del proceso de socialización que aprendemos el nombre de la enfermedad y a identificar los síntomas junto con su significado.

De acuerdo a la forma en que se perciba la enfermedad, es como las personas deciden actuar para curarse, por ejemplo, la *religión y superstición* juegan un papel relevante debido a que, en ocasiones lo que una población sabe de la salud, se basa en creencias y tradiciones transmitidas de generación en generación, donde la enfermedad se atribuye a castigos divinos o fenómenos sobrenaturales y adopta una actitud pasiva y de resignación ante la enfermedad e incluso hacia la muerte. Asimismo, la religión, mediante la fe y la oración, genera en sus creyentes, seguridad, consuelo, sociabilidad y conformidad, por ello, es utilizada como estrategia de afrontamiento para superar sus problemas, por ejemplo, en los ancianos les ayuda a “aceptar” su envejecimiento y enfermedad, aumentan su autoestima y disminuye la depresión que presentan (González, 2004).

En ocasiones, la religión favorece la salud al imponer conductas saludables a sus creyentes, como la prohibición de ciertos alimentos y hábitos dañinos como fumar e ingerir alcohol. Sin embargo, no siempre aporta bienestar, origina también entre sus seguidores, sentimientos de culpa, miedo, ansiedad, e impide que la persona adopte una actitud de responsabilidad hacia su propia vida y salud, al creer que la enfermedad es voluntad de Dios.

Un ejemplo de esto es la investigación realizada por Pacheco (1998), en comunidades huicholes de la Sierra Madre Occidental de Nayarit y Jalisco, donde la enfermedad se considera “una expresión de los dioses”, un castigo por incumplimiento de alguna costumbre o alguna conducta inadecuada de la persona o el grupo al que pertenece; indica el rompimiento de la relación armónica entre lo sagrado y lo humano, considerándolo como un estado de impureza, que puede padecerlo la persona que comete la falta ó la esposa e hijos. La enfermedad es atendida entonces, por un miembro del grupo denominado *marakame*, quien posee un extenso conocimiento sobre herbolaria regional y realiza sus curaciones a través del canto, del viento, del humo de un tabaco ceremonial, de agua proveniente de lugares sagrados y plantas.

Cabe señalar que, en estas comunidades, se considera que el poder de curación proviene de los dioses y el marakame es sólo la vía de curación de la enfermedad del cuerpo. Además, la enfermedad no la padece sólo el individuo si no el grupo al que pertenece, por lo tanto, la responsabilidad de reestablecer la salud recae en todos los miembros porque “sólo existe salud personal si se tiene salud en la comunidad” (Pacheco, 1998).

Estos factores externos, son los que condicionan el *estilo de vida*, y sirven como base para que ciertas conductas y características personales contribuyan a un estado saludable o al desarrollo de enfermedades. Cabe destacar que el estilo de vida es considerado uno de los principales riesgos para la salud y es un factor que influye en la expectativa de vida, la cual en los últimos tiempos, ha ido en aumento y con ello, una sobrepoblación en distintos países y mayor predisposición a enfermedades crónicas.



## Sistema De Asistencia Sanitario

Los elementos a tomar en cuenta en el sistema de salud son, la calidad, cobertura y gratuidad, es decir, que los programas y centros de salud se encuentren disponibles y accesibles a las diversas zonas del país, que cuente con suficientes recursos médicos, desde mobiliario, camas en los hospitales, medicamentos, aparatos para estudios clínicos, hasta personal capacitado. También que sea gratuito, o por lo menos al alcance de todos los sectores de la población, acorde a la economía de las familias y del propio país, quien es el encargado de destinar los recursos financieros al sector salud. De manera que cuando de estos elementos no están disponibles, se dificulta el mantenimiento y recuperación de la salud de la población (Rodríguez y Abecia, 2000).

Como se puede observar, son diversas las situaciones externas las que desencadenan reacciones en el organismo y a su vez, estas reacciones producen conductas que influyen en el medio ambiente, desencadenando un tipo de círculo vicioso donde parece complicado intervenir en un elemento específico para romper las contingencias que mantienen los comportamientos nocivos hacia la salud o procurar establecer hábitos saludables, por ello, es importante descubrir los determinantes que influyen de manera directa e indirecta en el mantenimiento de la salud y aparición de la enfermedad para poder modificar los patrones nocivos. Por lo general, aquellas situaciones que se encuentran de fondo en la problemática de enfermedad, son las creencias, actitudes hacia la salud y formas de afrontamiento, ya que si estos no son adecuados, originan un mal cuidado de la salud o el descuido de la misma (Sánchez, 2003).

## 1.2.2 Factores Internos

Estos se refieren a aquellas características o rasgos que poseen las personas, haciéndolos susceptibles al deterioro de su salud, entre éstos se encuentran: los determinantes *biológicos*, que tienen que ver con el funcionamiento orgánico de la persona y la herencia; *sociodemográficos*, como la edad, sexo, grupo étnico al que pertenece; y los *psicológicos*, los cuales motivan o predisponen a la persona para que lleve a cabo conductas de salud ya sea positivas o negativas, éstos se refieren a los conocimientos, creencias y valores de salud, así como la motivación para mantenerla; las actitudes e intenciones en cuanto a comportamientos positivos y negativos para la salud; el grado de responsabilidad que las personas sienten de su propia salud y su capacidad para controlarla (locus de control). Así también, la autoestima, la competencia, la autoaceptación, la depresión y el estrés, inciden en la enfermedad o en prácticas de salud de la gente (Rivas y Fernández, 1991).

### Factores Biológicos

Cuando las personas se ven expuestas a microorganismos, puede ocasionar que algunas personas se enfermen, pero depende de factores biológicos como la *herencia* ya que a través del material genético se pueden transmitir enfermedades de padres a hijos. Cabe mencionar algunos padecimientos genéticos como la demencia senil ó la enfermedad de Alzheimer, aumento de colesterol sanguíneo, deficiencia de lactosa o mejor conocido como intolerancia a la leche, hemofilia (dificultad en coagulación de la sangre), ceguera de colores, epilepsia, diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, esquizofrenia, labio y paladar hendido, luxación congénita de cadera, entre otros. Algunos de estos padecimientos genéticos pueden ser ocasionados por agentes externos como la exposición a rayos x, radioterapia, o quimioterapia o también ser originados por el funcionamiento fisiológico de cada organismo (Vargas y Palacios, 1993).

Un ejemplo de ello, sucede con el sistema inmunitario que constituye uno de los principales mecanismos de defensa del organismo ante las agresiones del medio, cuya función es identificar y tratar de eliminar virus o bacterias provenientes del exterior como del propio organismo (Bayés y Borrás, 1999). Sin embargo, en algunos casos, el sistema inmunitario no responde de manera adecuada, desencadenando alergias u otro tipo de enfermedades más severas como el caso del Sida, donde el organismo se encuentra demasiado debilitado y vulnerable. También hay que considerar que existen enfermedades congénitas como las cardiopatías, bebés que nacen con malformaciones físicas, espina bífida, síndrome de dawn, hidrocefalia, entre otras (Smith, 1991), debidas a un inadecuado funcionamiento fisiológico.

### Sociodemográficos: Edad y Sexo

Estos se refieren a la cantidad y distribución de la población en relación al sexo y la edad, desigualdad social, migración, densidad urbana (sobrepoblación), nivel de estudios, situación laboral y nivel económico, los cuales ya han sido tratados dentro de los factores externos. Estos factores determinan la vulnerabilidad de las personas hacia determinadas problemas de salud.

Hay estudios que argumentan que existen más nacimientos de mujeres que de hombres por razones genéticas, donde las mujeres tienden a ser más resistentes a las enfermedades infecciosas debido a que el cromosoma X contiene resistencia inmunitaria. Incluso, se dice que las mujeres suelen vivir más que los hombres, pero también experimentan un mayor número de problemas de salud, dado que son más propensas a sufrir artritis, diabetes, reumatismo e hipertensión; además de los síntomas que experimentan con relación al estrés y otros problemas propios de su género, entre éstos, amenorrea, tensión premenstrual, cefaleas, depresión posparto, melancolía por menopausia, vaginismo, frigidez, anorgasmia, infertilidad (Rodríguez y Frías, 2005).

En otro estudio relacionado a las diferencias de *género* (Sapién, Espinosa, Del Valle y Treviño, 2004) muestra que los hombres tienden a consumir sustancias tóxicas institucionalizadas (alcohol y drogas) en mayor medida que las mujeres, y ellas parecen estar más atentas a sus síntomas corporales así como al cuidado de algunos hábitos, en especial en el mantenimiento de su peso, la higiene bucodental, el consumo moderado de café, ingieren alimentos más ricos en fibra, mientras que la alimentación de los hombres es más desfavorable; sin embargo, también son las mujeres quienes presentan mayor inactividad física. Esta situación puede deberse a la influencia social y las creencias culturales, que determinan el rol de cada género y las actividades que cada uno realiza, lo cual genera que los hombres comuniquen en menor medida, sus problemas de salud, busquen menor apoyo social y asistencia médica.

En lo que respecta a la *edad*, se tiene que algunas enfermedades se presentan en ciertas etapas evolutivas (Smith, 1991), como es el caso de la osteoporosis, hipertensión, diabetes, en la edad adulta; mientras que en la infancia, con frecuencia se presenta la viruela, sarampión, paperas, rubéola y en los ancianos: demencia senil y enfermedades crónicas desarrolladas en etapas anteriores. La adolescencia por su parte, se considera un período crítico donde los problemas psicológicos y conductas de riesgo, acompañan cambios físicos como ocurre en mujeres adolescentes que tienden a la anorexia y bulimia, ó varones hacia el consumo de alcohol y drogas, así como embarazos no deseados y conductas sexuales inadecuadas en ambos casos, que sin duda, conllevan a problemas de salud.

Al respecto, Barra, Cancino, Lagos y San Martín, (2005) mencionan que los problemas de salud más frecuentes reportados en adolescentes son ciertos episodios leves de carácter psicossomático como cefaleas y dolores abdominales y resfriados, desencadenados por situaciones de estrés como la problemas familiares de escuela y en sus relaciones interpersonales, además de poseer una mayor sensibilización fisiológica, que los predispone a estar atentos a sus síntomas corporales.

En lo que se refiere a la edad adulta, entre los 30 y 59 años suelen tener una situación laboral activa y, curiosamente, son quienes presentan mayor consumo de tóxicos, más hábitos insanos y conductas de riesgo, en cambio, los adolescentes muestran mayor inactividad física y los ancianos debido a su vulnerabilidad a enfermar, tienden a realizar más conductas de salud (Gil y Pons, 2004).

Estos son aspectos que deben ser tomados en cuenta para elaborar estrategias para prevenir la enfermedad y promover la salud, cuando va dirigida a una determinada población, con el fin de que sean efectivas y tengan un impacto positivo en el cambio de comportamientos de riesgo.

### Factores Psicológicos

Con el paso del tiempo, se ha ido descubriendo que los aspectos psicológicos y en especial las emociones, contribuyen en el desarrollo de enfermedades, obstaculizando o facilitando el proceso de recuperación de la salud. Los factores internos, en especial los psicológicos, dependen de las propias personas, de lo que pueden hacer por y para su salud; de ahí la importancia de actuar sobre ellos para contrarrestar la influencia de los factores ambientales que escapan de nuestro control.

Además del desgaste de un órgano o sistema y la influencia del ambiente externo, se dice que el hombre es responsable de su propia enfermedad, en la medida en que su estilo de vida, sus emociones y tipo de personalidad contribuyen en sus prácticas de salud, por ello, es necesario comprender:

*“hasta qué punto el hombre es responsable de su enfermedad, sea que se trate de anginas, de apendicitis, hipersensibilidad o predisposición al catarro, se debe saber por qué tal personalidad humana ha contribuido a la aparición de su dolencia, ya que en ocasiones la enfermedad es un refugio que se debe respetar: la necesidad particular de estar enfermo” (Diez, 1976, p. 17).*

### a. Conocimiento y creencias acerca de la salud

Amigo, Fernández y Pérez (1998), señalan que las creencias se ven influenciadas por variables demográficas como la edad, sexo, raza y por otras variables psicosociales como la personalidad y clase social. De acuerdo con Ortiz (1996), Rivas y Fernández (1991), las creencias sobre la salud se forman por un conjunto de actitudes, valores, conocimientos sobre las causas y formas de transmisión de las enfermedades que poseen las personas, y se manifiestan en comportamientos que pueden ser saludables o nocivos.

Tanto las creencias como los comportamientos relacionados con la salud son socialmente aprendidos y reflejan la pertenencia de un individuo a su grupo social y cultural de tal forma que, todo tipo de creencias son difíciles de modificar debido a que proceden de la familia, de nuestros padres y abuelos, por lo tanto, las aceptamos sin intentar demostrar que sean ciertas y se vuelven aún más resistentes al ser respaldadas por la comunidad y el país al que se pertenece.

Puede ser que una persona padezca alguna enfermedad y con base en sus propios conocimientos y su experiencia, comience a crear significados de los cambios que va experimentando, creándose una representación de la enfermedad, lo cual va a influir en sus conductas de salud. Sin embargo, aún cuando se le informe a la persona que ciertas conductas de riesgo pueden desarrollar en un futuro alguna enfermedad, puede no producir algún efecto para modificarlos ya que creen que existe muy poca posibilidad de que ocurra.

En ocasiones, las creencias y el conocimiento de las causas de distintas enfermedades están determinadas por estereotipos de *clase* u *ocupación laboral*, tal como lo muestra un estudio realizado por Álvarez, (2001) donde a una persona cuya ocupación es "ejecutivo" se le atribuyen más enfermedades de tipo cardiovascular y se considera de gravedad intermedia, porque se cree que continuamente se preocupan por sus negocios, generándoles estrés, y a largo plazo, un infarto.

Por otro lado, se cree que un “obrero” está más propenso a las enfermedades respiratorias y se consideran de mayor gravedad que las percibidas en un ama de casa y un ejecutivo; su causa se explica por sus condiciones de trabajo: exposición a humo, tóxicos, cambios de temperatura e incluso exceso de trabajo, al igual que por alimentación inadecuada por los pocos ingresos y horarios de comida. Mientras que a un “ama de casa” se le considera más susceptible a enfermedades psicológicas, las cuales se creen de menor gravedad y cuya causa la refieren al modo de vida que lleva y a problemas personales, lo cual muestra que se infravalora su trabajo (Álvarez, 2001).

Este estudio muestra que cuando se desconocen los factores involucrados en el desarrollo de enfermedades o se tienen creencias erróneas sobre la salud, se generan prejuicios que empeoran la situación. Existen casos en que las personas, independientemente de su ocupación, poseen creencias donde aminoran la gravedad de su malestar, evitan recibir atención médica y no se realizan estudios clínicos; pero también hay personas que creen que sus síntomas son señal de enfermedades graves a pesar de que los médicos indican lo contrario, dando como resultado desconfianza hacia el personal de salud y actitudes hipocondríacas.

#### *b. El valor de la salud*

Los valores se refieren a las creencias y normas más importantes para nosotros, las cuales son compartidas por los miembros de una misma comunidad. De acuerdo con Turubián, (1994), tendemos a interpretar acontecimientos y comportarnos de distinta manera según hemos aprendido a hacerlo, de tal forma que la idea que nos hacemos sobre la salud y el valor que le damos, influye en lo que decidamos hacer para mantenernos sanos. Todo lo que hacemos conlleva algún riesgo para la salud, pero la forma de percibir el riesgo varía de un individuo a otro, tal es el caso de conductas como: andar en bicicleta trae consigo el riesgo de accidentarse, pero si se evita realizar este ejercicio, también se corre el riesgo de generar a largo plazo, alguna enfermedad cardiovascular.

Entonces, depende de la valoración que se hace de la salud que las personas actúen en función de la misma. Se dice que si una persona valora su salud, acudirá al médico para atender su enfermedad, pero con frecuencia esto no ocurre debido a la influencia de múltiples factores que actúan de manera simultánea. Para algunos, es importante tener una buena salud para conseguir sus propósitos en la vida e incluso para poder tener una vida feliz. Sin embargo, existen ideas que se nos han inculcado en nuestra sociedad donde se da prioridad a factores como el dinero, status social, bienes materiales para alcanzar la felicidad y se aminora la importancia de un buen estado de salud, incluso cuando la gente llega a tener mayores recursos económicos los utiliza para solventar deudas, ropa, autos, cosas que le dan cierto prestigio social, dejando en última instancia el cuidado de su salud.

### *c. Las actitudes de salud*

Las actitudes se refieren a un “*sistema más o menos duradero de valoraciones positivas o negativas, estados emotivos y tendencias a actuar en pro o en contra, con respecto a un objeto social*” (Krech, citado en Sánchez, Ramos y Marset, 1994, p. 80).

De acuerdo con Rivas y Fernández, (1991) las *actitudes* se forman en primer lugar, por la motivación o el deseo de satisfacer una necesidad y los incentivos recibidos; en segundo lugar, por la imitación de modelos, en especial de personas cercanas del grupo social al que pertenece, y también por la experiencia, al realizarse en repetidas ocasiones, estableciendo una forma constante de responder ante una situación. Asimismo, las actitudes reflejan nuestros gustos y aversiones; tal es el caso de un hombre que acude a un centro de salud donde constantemente es tratado de manera déspota por médicos, enfermeras ó secretarias, entonces genera una actitud negativa hacia el personal sanitario y en sucesivas ocasiones evita acudir al médico cuando se enferma.



Se considera que las actitudes tienen una mayor influencia sobre la conducta cuando son adquiridas a través de la experiencia directa y son de interés para la persona. Algunos ejemplos de actitudes son el sedentarismo, forma de utilizar los servicios médicos, actitud negativa ante la enfermedad como desconfiar del personal, asumir rol de enfermo y actuar en consecuencia, lo cual va a depender de lo susceptible que la persona crea ser para enfermar y también de la severidad que perciba del padecimiento. Es por ello que, Turubián, (1994), Amigo, Fernández y Pérez (1998) coinciden al decir que es necesario realizar cambios en las actitudes y creencias tanto individuales como sociales para modificar las conductas de salud, ya sea mediante la adquisición de conocimientos de salud y habilidades de afrontamiento.

#### *d. Estrés y Depresión*

La sensación que tenemos de control sobre nuestra salud y la enfermedad, se le conoce como *locus de control* y éste depende de las creencias sobre nuestro poder de controlar los resultados del problema de salud. Este factor es de suma importancia, ya que de él depende que una persona responda de manera adecuada ante situaciones estresantes y hacia la enfermedad.

Existen situaciones como el caso de enfermedad que generan un impacto en la sensación de control y valoración de los propios recursos para hacerle frente, produciendo estrés en las personas. Dicho estrés depende tanto de las características de la situación como de variables personales, entre éstas, patrones de conducta, estilos de afrontamiento, valores, creencias y actitudes. Al respecto, Buceta y Bueno, (2001) explican que el estrés es una respuesta adaptativa del organismo ante demandas internas o externas que en principio resultan amenazantes, puede ser benéfica cuando moviliza a las personas para afrontar estas situaciones de forma saludable, pero cuando el individuo está demasiado expuesto a situaciones estresantes o carece de recursos para afrontarlas, puede perjudicar su rendimiento y salud, ya que tiende a aumentar la vulnerabilidad del organismo a desarrollar enfermedades o por lo menos, deteriora su funcionamiento y bienestar de las personas.

Por su parte, Phares, (1996) explica que el estrés guarda una estrecha relación con la enfermedad porque tiene el poder de afectar directamente a los sistemas hormonal, autónomo e inmunológico. Como se sabe, algunas hormonas y neurotransmisores cerebrales ayudan a regular la presión sanguínea, frecuencia cardíaca y niveles de glucosa en la sangre, de tal forma que al existir alguna alteración, hace susceptible a la persona para contraer alguna enfermedad. Se dice que afecta el sistema inmunológico inhibiéndolo, evitando que destruya de manera efectiva los virus, bacterias, tumores y células anormales presentes en el organismo, e incrementa la vulnerabilidad del cuerpo a una serie de problemas, desde los más leves como alergias o resfriados, hasta los más severos como el cáncer.

En el caso de la *depresión*, el nivel de activación es bajo, disminuye las defensas del organismo, los cambios fisiológicos producen síntomas físicos, donde el sujeto deprimido con frecuencia al no encontrar un estímulo externo que justifique su malestar, reacciona con ansiedad acrecentando tales síntomas, además de que tiene una pobre sensación de control de la situación. Pierde el interés por actividades que antes le gustaban, realiza conductas que muestran pasividad, lentitud, inhibición e indiferencia, perjudicando su rendimiento y posteriormente su salud (Buceta y Bueno, 2001). Además hay que tomar en cuenta que cuando la gente está aburrida llega a ser más consciente de sus sensaciones corporales que cuando está concentrado en una actividad.

Considerando todos los factores antes mencionados y reconociendo la interrelación entre estos, es fácil comprender como se generan círculos viciosos en diferentes poblaciones; por ejemplo, la presencia de creencias y actitudes de salud inadecuadas, condiciones de vida donde la desnutrición es frecuente, escasos ingresos que no permitan solventar los gastos de la atención médica y los servicios médicos son inaccesibles o no cuentan con calidad que se requiere, se dificulta aún más la recuperación y mantenimiento de la salud (Sánchez, 2003).

Tanto los factores externos como internos tienden a influir de diferente manera sobre las conductas de salud, por una parte, los factores psicológicos, entre ellos, los pensamientos, sentimientos, conocimientos, creencias, actitudes y valores, proveen racionalidad o motivación para la conducta; son factores que predisponen al individuo a contraer alguna enfermedad, mientras que los factores externos (apoyo social, status socioeconómico, cultura, influencia del grupo de referencia, nivel educativo) facilitan el deterioro de la salud o la adquisición de alguna enfermedad, dado que determinan el estilo de vida del sujeto influyendo en sus patrones de comportamiento.

### Patrones de conducta

Son comportamientos vinculados a situaciones y actividades significativas, necesario para la adaptación social. Según reporta Fernández del Valle (1996, citado en Rodríguez y Rojas, 1998), las principales conductas que se encuentran relacionadas con los estilos de vida y salud se encuentran: la alimentación, consumo de alcohol y tabaco, el ejercicio físico, los ritmos de sueño, uso de cinturón de seguridad, contactos sexuales riesgosos, accidentes domésticos y riesgos prenatales. De igual manera, la participación en programas preventivos para detectar a tiempo las enfermedades, el cumplimiento de recomendaciones del médico y el uso adecuado de recursos de los servicios sanitarios de la comunidad son considerados conductas de salud, las cuales si se llevaran a cabo con frecuencia y de forma constante, podrían convertirse en hábitos positivos, sin embargo predominan las conductas insanas que son difíciles de modificar.

En la actualidad, dos terceras partes de las enfermedades y muertes prematuras se deben a variables sociales y comportamientos más que a elementos genéticos o biológicos. Entre las principales enfermedades consideradas como causas de muerte publicadas de manera oficial por la Secretaría de Salud, (citado en Aburto y Gamundi, 1996), están: las enfermedades del corazón, tumores malignos, accidentes, diabetes mellitus, afecciones perinatales, cirrosis, neumonías e influenza, homicidio e infecciones gastrointestinales, las cuales tienen alguna relación con la conducta.

Por ejemplo, detrás del coma diabético del obeso y de enfermedades cardiovasculares, está la ingesta excesiva de comida y/o dietas hipergrasas, incluso antes de la caries (problema de menor gravedad) está el consumo excesivo de azúcares y falta de higiene dental. Además hay que tomar en cuenta conductas de violencia, malos tratos, violaciones, conductas políticas y de instituciones que provocan la pobreza, marginación, y corrupción que influyen en la salud de la población (Turubián, 1994).

Lo anterior puede corroborarse en las principales causas de muerte en México registradas en 1993 (citadas en Aburto, 2001) que se muestran a continuación:

1. *Tabaquismo* debido a que favorece la muerte por cáncer de pulmón, de esófago, cavidad oral, páncreas, riñón y también contribuye a la enfermedad cardiovascular, bajo peso al nacer, y otros problemas en la infancia.
2. Patrones de *alimentación y sedentarismo*, los cuales contribuyen a la obesidad, la cual se considera un factor de riesgo para las enfermedades del corazón e hipertensión.
3. *Abuso del alcohol*, principalmente por las consecuencias sociales, económicas. Ocasiona de forma directa la cirrosis, accidentes de vehículos, lesiones en el hogar y accidentes de trabajo.
4. *Agentes microbianos* por ser consecuencia de consumo de tabaco, alcohol o drogas ocasionando neumonía, infecciones por estreptococos, entre otros.
5. *Agentes tóxicos* presentes en la contaminación de alimentos, agua y ambiente, lo cual ocasiona algunos cánceres y otras enfermedades.
6. *Armas de fuego*, cuyo uso produce índices altos de homicidios, suicidios y muertes accidentales.
7. *Comportamiento sexual*, del cual dependen embarazos no deseados y con ello el aborto, muertes por cáncer cervicouterino, VIH, y demás enfermedades venéreas.

Después se encuentran las lesiones por accidentes de vehículos, drogas y homicidios.

Cabe mencionar que, conductas como fumar, beber, alimentación excesiva, hábitos y estilos de vida, no son la causa directa de la enfermedad, sino por los elementos que están involucrados; por ejemplo detrás del tabaquismo, del consumo de alimentos chatarra y otros hábitos insanos, se encuentran implicados pensamientos y sentimientos individuales, que a su vez, fueron moldeados por conocimientos, creencias, actitudes, valores provenientes de la cultura a la que pertenecemos, sus costumbres y modo de vida (Phares, 1996; Turabián, 1994).

Además hay que considerar que estas conductas son determinadas por la influencia de personas cercanas e importantes para nosotros (familiares y amigos), así como de los recursos con que dispone el sujeto, llámese dinero, bienes materiales y tiempo. A partir de estos elementos se hace una valoración de la salud, donde si es favorable y cuentan con recursos necesarios, se emiten conductas saludables, pero cuando no aprecian la gravedad de su enfermedad o de sus hábitos de riesgo, ocasiona que sigan realizando tales conductas y no busquen ayuda médica a tiempo o que después de obtener algún consejo médico, no lo sigan.

De esta manera, el comportamiento sólo adquiere el papel de agente causal cuando se lleva a cabo de manera constante y bajo determinadas condiciones, haciendo más compleja la causalidad entre conducta y enfermedad. De ahí que se haya incrementado el interés por encontrar alternativas de prevención, sobretodo en las variables involucradas en la emisión de conductas de riesgo, como son las creencias y actitudes de salud.

Al respecto, Rodríguez y Abecia, (2000), suponen que para reducir la incidencia de cáncer de pulmón, no basta en controlar el tabaquismo, es necesario actuar sobre los determinantes del consumo del tabaco, como el precio y la publicidad, el control social del fumador, la información que se expone sobre los efectos contraproducentes del tabaco, las habilidades del sujeto para dejar de fumar entre otros aspectos psicosociales involucrados.

Otras conductas que tiene un efecto negativo sobre la salud, es el inadecuado consumo de fármacos y la falta de cooperación por parte de los pacientes con el tratamiento médico. La explicación que Roales (2004) hace con al respecto, es que se debe en primer lugar al empleo masivo de fármacos aún sin receta médica y porque en muchos hogares se tiende a acumular numerosos medicamentos al no cumplir con el tratamiento recetado por el médico o que al ver mejoría, dejan de tomarlos.

En lo que se refiere a la falta de cooperación de los pacientes, Aburto y Gamundi, (1997) argumentan que en cierta forma se debe al largo proceso por el que deben pasar para ser atendidos, entre ellas, hacer cita, transportarse al servicio de salud, llenar formas, comunicar información personal, esperar para ser atendidos; someterse a un examen físico y pruebas diagnósticas (algunas de las cuales resultan dolorosas y riesgosas), y por último deben pagar por el servicio médico. Por lo tanto, se considera que mientras más complejo y prolongado sea el tratamiento, mayor es la falta de cooperación del paciente.

Después de haber examinado a grandes rasgos los determinantes de la salud, es posible entender lo complejo que resulta definir en qué momento una persona pasa de un estado de salud a la enfermedad, ya que entre estos dos estados existen una serie de síntomas y momentos donde el funcionamiento del organismo se ve alterado de forma progresiva, que en muchas ocasiones pasa inadvertido hasta que el deterioro se vuelve severo y difícil de tratar con medicamentos e incluso intervenciones quirúrgicas.

Para comprender la salud, es necesario referirnos a la enfermedad y viceversa, dado que se trata de un proceso en el que continuamente interaccionan variables que facilitan el desarrollo de alguna enfermedad o mantenimiento de la salud. Puede ser que el individuo posea genes que lo hagan susceptible a no adaptarse a determinados ambientes, tal como ocurre en las enfermedades hereditarias, o que se desarrolle a partir de elementos presentes en el ambiente físico y social.

### 1.3 Proceso salud – enfermedad

Con el estudio de diversas enfermedades crónicas e infecciosas ha sido posible comprender las fases en las que una persona pasa de un estado saludable a la enfermedad. Comúnmente se ha recurrido a estudiar la enfermedad crónica en sus diferentes momentos para conocer los factores (psicosociales) involucrados en las mismas y comprender el proceso salud – enfermedad, debido a que se caracterizan por un periodo largo donde aparentemente se goza de buena salud, pero en realidad, se va desarrollando una serie de anomalías en el funcionamiento orgánico de la persona, pudiéndose percibir cada etapa de la misma hasta culminar con la muerte y en algunos casos, la recuperación.

Durante el proceso de enfermedad, el organismo experimenta constantes cambios y síntomas que varían de acuerdo al grado en que el organismo es afectado, sin embargo, existen casos de personas aparentemente sanas donde se descubren síntomas patológicos o anormalidades.

En este sentido, San Martín, (1990) explica que el proceso salud – enfermedad comienza con un *periodo silencioso de incubación*, donde la propia persona, ni los médicos detectan algún problema, dado que aún no presenta síntomas claros, su duración varía, puede ser muy corto o muy largo. En una segunda etapa, es posible detectar la enfermedad mediante algún *diagnóstico médico* con pruebas de laboratorio, pero con frecuencia, las personas al no presentar alguna molestia física, no acuden al médico. En una tercera etapa, algunos *síntomas* son *manifiestos*, a los cuales el paciente puede o no dar importancia, ya que, a pesar de presentar molestias, pueden no creerlas de gravedad y por lo tanto, no se atienden. En la etapa final, la *desadaptación* ocurrida por el estado de enfermedad, provoca una reacción intensa en el organismo, interfiriendo con la función normal del mismo y dependiendo de su gravedad puede ocasionar la muerte, pero también si es atendida puede ser controlada.

Durante cada etapa del proceso de la enfermedad, quien la padece tiene un papel activo y es quien realiza diferentes conductas de salud con el fin de mejorar su condición, siempre y cuando cuente con los recursos para hacerlo, de no ser así, puede llevarlo a tener complicaciones, incluso el hecho de no hacer nada con respecto a su problema de salud puede agravar su situación.

### **1.3.1 Fases del proceso de enfermedad**

De manera más clara, Gallar, (1998) describe las fases del proceso de la enfermedad, donde se producen ciertas conductas en el individuo, las cuales pueden contribuir a la recuperación progresiva de la salud o al empeoramiento de la misma. Estas se ejemplifican en las siguientes fases:

- 1 *Inicial.* Ocurre desde el momento en que se experimentan algunos síntomas o signos, a los cuales se les atribuye algún significado y a partir de esto, la persona manifiesta alguna conducta de afrontamiento dirigida a tales síntomas físicos o a las emociones generadas.
- 2 *Conciencia de enfermedad.* Cuando la persona admite sentirse enfermo e interpreta sus síntomas basándose en sus conocimientos, creencias y actitudes. Puede que asuma el rol de enfermo y opte por acudir al médico, recurra a métodos de medicina popular, se automedique o ignore sus signos.
- 3 *Contacto con la asistencia sanitaria.* Cuando acude a un médico para confirmar o descartar la existencia de alguna enfermedad real, mediante pruebas de diagnóstico. En el caso de ser corroborada, la persona puede aceptar el diagnóstico y acatar el tratamiento, o puede no aceptarlo. Pero también, cuando las pruebas descartan alguna enfermedad, el paciente puede tranquilizarse y aceptarlo, o puede seguir creyendo que tiene alguna enfermedad, lo cual puede llevarlo a tener actitudes hipocondríacas y acudir con diferentes especialistas.
- 4 *Fase de Estado de enfermedad.* Aquí la persona asume el rol de enfermo, sus limitaciones y derechos; y dependiendo de la evolución de la enfermedad puede lograr recuperarse o agravar su situación.



- 5 *Convalecencia*. Se refiere a la superación progresiva de su estado hasta la curación o presentar complicaciones en el transcurso del mismo.
- 6 *Curación/ Muerte /Secuelas*. Esta última fase puede ser la curación total de la enfermedad, el control de secuelas que hayan quedado después del tratamiento médico con ayuda de intervención psicológica, o incluso puede culminar este proceso con la muerte.

Una vez que las personas interpretan los mensajes de su cuerpo, pueden asumir el rol de enfermo, manifestando sus síntomas corporales, las emociones que le generan ó llevando a cabo conductas de enfermo, por ejemplo, permanecer en cama, cambiar alimentación, solicitar ayuda y dejar de hacer actividades cotidianas. Cuando asume este rol, adquiere derechos como: tomar decisiones sobre su salud, dejar sus responsabilidades acostumbradas, y que otras personas lo atiendan pero también, tiene la obligación de buscar conservar su salud y recuperarse, realizando conductas saludables, utilizando recursos sanitarios, y mediante ayuda profesional.

Como puede observarse, durante todo el proceso de enfermedad, el individuo realiza valoraciones de los síntomas que presenta, analiza las consecuencias de los mismos, busca las causas de su estado de salud y le da un significado. Asimismo, evalúa las habilidades y capacidades de afrontamiento que posee, los compara con otras formas de responder al mismo problema y analiza los recursos de apoyo social que posee. De ello va a depender que se lleven a cabo conductas de afrontamiento de autocuidado, búsqueda de ayuda profesional o incluso no hacer nada al respecto (León y Medina, 2002).

Hay ocasiones en que las personas carecen de motivación para curarse como es el caso de las personas depresivas o los ancianos, quienes tienen una actitud de dejación y resignación hacia su malestar y también, hay quienes por ignorancia, no saben como afrontar su enfermedad.

### 1.3.2 Formas en que reacciona el paciente ante la enfermedad

Existen diversas formas de reaccionar a la enfermedad, lo cual va a depender del modo en que las personas perciben y valoren sus síntomas, ya sea que los lleve a realizar conductas para remediarlos, busquen ayuda, o simplemente actúen para adaptarse a la enfermedad. Algunas de estas reacciones según Rodríguez y Zurriaga, (1997); León y Medina, (2002) son:

- ◆ Con *ansiedad y miedo*. Hay que recordar la ansiedad a parece en todo momento en el proceso de enfermedad, antes y después del diagnóstico, incluso durante el desarrollo de la misma. Por lo general, tienden a mostrarse incapaces para transmitir los propios sentimientos, especialmente los negativos, presentando ansiedad, depresión y tensión.
- ◆ *Convicción de enfermedad*: donde se tiene la creencia firme de la presencia de alguna enfermedad somática, pero puede resistirse a aceptar información tranquilizadora sobre su salud. Al ser conciente de la enfermedad como pérdida real o simbólica acompañada de sentimiento de aflicción, puede llegar a un síndrome depresivo; pero también puede llegar a la aceptación de la misma y ajuste.
- ◆ *Hipocondría general*, caracterizada por actitudes temerosas hacia la enfermedad, acompañadas de ansiedad y reconocimiento de naturaleza excesiva de preocupación. Cuando responden con extrema ansiedad, tienden a cambiar radicalmente su patrón de conducta, por ejemplo, cambian su dieta, guardan mayor reposo, revisan con frecuencia su temperatura o presión arterial, y están más atentos a signos corporales.
- ◆ Hay pacientes que reaccionan con *negación y actitudes poco realistas*, aprecian sus síntomas como sólo una molestia y pueden afrontarla mejor, pero hay otros que tienen una reacción vaga, se quejan de los síntomas pero, al mismo tiempo, niegan la enfermedad, adjudicándolos a causas psicológicas.

También suele suceder de forma contraria, es decir, que consideran que sus síntomas corporales y demás dificultades se deben a sus problemas somáticos. Por lo general, tienden reaccionar con irritabilidad o tener dificultades con otras personas en distintos ámbitos de su vida.

Algunas de estas formas de reaccionar a la enfermedad, son modos inapropiados de percibir, evaluar y actuar en relación al propio estado de salud, dado que se llevan a cabo a pesar de que el médico haya ofrecido una explicación razonable de la naturaleza de la enfermedad y del tratamiento a seguir.

Cabe señalar que, la presencia de síntomas físicos no es suficiente para que el individuo busque *ayuda médica*; esto depende de las características de los síntomas que experimenta, la importancia o gravedad percibida de la enfermedad, la disposición a reportar su malestar según las partes del cuerpo afectadas, ya que algunas partes son consideradas como privadas; el costo y beneficio que obtenga de la ayuda; además de factores sociales y demográficos, los cuales determinan la disposición para atenderse, según la edad y género, por ejemplo: las mujeres parecen ser más sensibles a detectar síntomas y manifestarlos, mientras que los hombres y adolescentes lo hacen en menor medida, situación que es fomentada por el contexto sociocultural (Brannon y Feist, 2001).

Asimismo, la atribución de la causa de la enfermedad puede generar una menor o mayor disposición a buscar ayuda médica, más aún cuando se consideran causas emocionales y naturales. Por lo tanto, dentro del proceso de enfermedad se concibe una participación constante de valores, conocimientos y creencias, las cuales tienden a generar actitudes y conductas que favorezcan la salud, o incluso resultar nocivas, por ejemplo, puede que se desatienda su estado de salud o se preocupen de forma excesiva como ocurre en casos de hipocondría.

El desarrollo de la enfermedad, puede incluso verse influenciado por las *creencias populares*, por ejemplo, puede ser atribuida al “mal de ojo”, a la sensación de culpa por excesos que cometió como el consumo de tabaco y otros hábitos, injusticias cometidas en su vida o por influencia de malos espíritus. Según Gallar (1998), éstas y otras creencias determinan el tipo de búsqueda de ayuda profesional, por ejemplo, si se cree que las causas de la enfermedad son el mal de ojo y otras ideas esotéricas, las personas acuden a un curandero o un brujo.

De igual manera, la búsqueda de varias fuentes de salud depende de las creencias y expectativas de las personas, quienes a toda costa desean sentirse mejor. Entonces, la medicina alternativa, acupuntura, consumo de fármacos, suplementos alimenticios, entre otros medios, al encontrarse disponibles, ser de fácil acceso y el costo de los mismos no es alto, aumenta la probabilidad de que sean usados por los enfermos, además de que resultan muy persuasivos los testimonios de casos en que han resultado efectivos, lo cual tiende a incrementar la curiosidad de las personas para probar algo nuevo y por sentirse insatisfechos con los resultados de la medicina ortodoxa (Turubián, 1994).

Por otra parte, la satisfacción del enfermo ante la asistencia sanitaria depende de la cantidad y calidad de información que le fue proporcionada, además del interés que percibieron en el médico por su estado de salud: por ejemplo, en pacientes que requieren hospitalización, les genera mayor estrés el que no reciban información suficiente sobre su enfermedad y las pruebas clínicas que le realizan, más cuando resultan dolorosas. Esta incertidumbre, incluso en enfermedades leves, ocasiona que las personas pierdan el control de su propia enfermedad, de tal forma que mientras mayor ansiedad experimentan, mayor es su tendencia a informar y manifestar síntomas clínicos.

En el caso de las enfermedades crónicas, incluso después de ser controladas adecuadamente, quedan secuelas que requieren ser tratadas en ocasiones con tratamiento psicológico, como el cáncer de mama, o ser supervisadas por el médico para evitar recaídas o contrarrestar otros malestares.

Sin embargo, hay personas que tratan de distanciarse del malestar emocional que les genera la enfermedad, mediante estrategias de evasión cognitivas y conductuales, por ejemplo el consumo de fármacos o abuso de alcohol, entre otros hábitos negativos, generando un círculo vicioso que lo mantiene en un mal funcionamiento de su salud o al empeoramiento del mismo, llevándolo a la muerte, lo cual también va a depender de la gravedad de la enfermedad y las defensas biológicas del individuo (Roales, 2004).

Como puede observarse, son diferentes las formas en que una persona responde a la enfermedad y de estas dependerá la evolución de la misma, pero no hay que olvidar que también existen otros factores que salen de lo que uno puede hacer, como es el caso del ambiente donde uno se encuentra, ya que las condiciones sanitarias y disposición de servicios médicos también juegan un papel importante en el proceso de la salud y enfermedad. Inclusive se ha visto como la concepción de la salud cambia de acuerdo con la época, con las condiciones e ideas de la población, puede ser que consideren que tienen una buena salud sólo porque no presentan molestias físicas u orgánicas, sin embargo, como se menciona en las etapas que conllevan a la enfermedad, puede ser que uno esté enfermo y no se dé cuenta de ello.

De ahí la necesidad de que exista una disciplina destinada a la investigación de factores relacionados a la salud y enfermedad, y a la actuación sobre los mismos para fomentar en la población conductas saludables dentro de las posibilidades y condiciones de las personas. Objetivos que han sido procurados por la psicología de la salud, sobretodo porque trabaja con las creencias, actitudes en relación a la salud, las formas de afrontamiento hacia la enfermedad e interviene en situaciones que pudieran desencadenar problemas de salud.

## CAPÍTULO II

### LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Desde hace tiempo, ha existido el interés por temas relacionados a la salud, sin embargo, es hasta los años setenta cuando la psicología de la salud comienza a ser reconocida como una disciplina que explica la relación de aspectos psicológicos y sociales con los problemas de salud. Al encargarse del estudio del comportamiento y de dar explicación de los procesos psicológicos involucrados en la emisión del mismo, ha sido una de las disciplinas que más ha contribuido en la prevención de las enfermedades y promoción de la salud.

La dimensión psicosocial en el proceso de la salud–enfermedad ha contribuido tanto en lo conceptual y metodológico de los cuidados de salud de la población, ya que gracias a que se descubrieron factores psicológicos y sociales, entre ellos, las conductas como principales determinantes de la salud y la enfermedad, se comenzó a dar prioridad a lo que la gente hace para mantener su salud, inclusive, la salud se convierte en algo que hay que desarrollar y promover, no sólo conservar. Además, la aparición de nuevas enfermedades crónicas degenerativas como principales causas de muerte y la demanda de sistema sanitario por atender la problemática de salud, son situaciones que permitieron el rápido desarrollo de la psicología de la salud (León y Medina, 2002; Roales, 2004).

En este sentido, la psicología de la salud surge a partir de las demandas de la práctica y no de la teoría, es decir, de los cambios en el estado de salud de la población y de las prioridades de los servicios de salud según la situación de cada país. Como menciona Morales, (1999) los países con mayor desarrollo económico, por lo general, han sido los más productivos en investigaciones, formación académica y obras literarias, asimismo, son los que más han integrado a los

psicólogos en los servicios de salud; por ello, en ocasiones, los países subdesarrollados han intentado retomar los avances de la psicología de la salud y hacen una réplica de sus investigaciones para atender sus propia situación de salud y enfermedad.

Sin embargo, cada país requiere de su propio desarrollo de psicología de la salud, basado en su determinado contexto sociocultural que influye en el proceso de salud de sus habitantes, para responder a los objetivos que necesita un país subdesarrollado.

## **2.1. Surgimiento de la psicología de la salud**

De acuerdo con León y Medina (2002), existen tres factores importantes que sentaron las bases para el surgimiento de la psicología de la salud y estos fueron: la evolución del concepto de salud, el reconocimiento de aspectos psicosociales en el proceso salud–enfermedad y la crisis en el sistema sanitario. Por una parte, la demanda de atender la problemática de salud ha ido en aumento en el intento de cubrir los aspectos biopsicosociales de manera integral, incluso, con mayor frecuencia se estudian las creencias, conductas y factores personales relacionados con el proceso de salud. De igual forma, el incremento de enfermedades crónicas y la estrecha relación que guardan con los estilos de vida y comportamientos, ha generado la necesidad de atender de forma preventiva estas situaciones.

Como consecuencia del incremento de las enfermedades crónicas como principal causa de muerte y al progresivo envejecimiento de la población, está la crisis del sistema sanitario debido al descenso de la productividad, al incremento de los gastos de pensiones, subsidios de desempleo, asistencia sanitaria, al aumento del

gasto farmacéutico y hospitalario. Cabe señalar que, el gasto destinado al tratamiento de la enfermedad se considera un derroche de dinero si se toma en cuenta que por lo general, se consumen los fármacos de manera inadecuada, no siguiendo la prescripción médica y a la venta masiva de los mismos y lo más importante, porque las enfermedades pueden evitarse con cambios en los estilos de vida, o mediante la adquisición de patrones preventivos de salud (Roales, 2004).

Es así como el problema de las enfermedades crónicas, se ha convertido en un campo de trabajo de la psicología de la salud, al contribuir con la medicina para tratar distintos aspectos de la enfermedad y sobretodo para prevenirla.

Hay que recordar que aún cuando desde la civilización griega se reconocía que ciertos procesos psicológicos originaban algunas enfermedades físicas, fue la medicina la que mayor aportación ha tenido en este campo, con la invención de fármacos, técnicas quirúrgicas y demás tecnología médica, centrándose en la curación y rehabilitación del enfermo. Situación que se sustentaba en un modelo molecularista que igualaba a todas las enfermedades por sus causas debidas a la alteración de moléculas en el organismo y agentes biológicos. Sin embargo, en la década de los cincuentas, con el fin de comprender los aspectos relacionados en la práctica médica, se realizaron estudios sobre la relación médico-paciente, la adaptación de los enfermos a las condiciones del hospital, donde se descubrió que la preparación psicológica de los pacientes, facilita su rehabilitación y evita complicaciones. (Morales y Piña, 1995 y Roales, 2004).

Una década antes, en los años cuarenta, el campo de la *medicina psicosomática*, fue uno de los primeros intentos por comprender la relación de los procesos psicológicos y el funcionamiento somático, de tal forma que pudieron clasificar a las enfermedades según sus causas orgánicas o psicológicas, permitiendo comprender que las emociones generan cambios fisiológicos, y que existen ciertas



características de personalidad que hacen vulnerables a los individuos para desarrollar cierto tipo de enfermedades (Phares, 1996).

De acuerdo con Roales, (2004) la medicina psicosomática por una parte, se vio influenciada por la teoría psicoanalítica y fue quien sentó las bases para relacionar la actividad somática y mental, más tarde los estudios psicofisiológicos permitieron explicar una variedad de procesos conductuales a través de la interacción de componentes psicológicos y biológicos, un ejemplo de ello, son los trabajos de Pavlov, que junto con otros estudios descubrieron que la alteración en los sistemas fisiológicos se asociaba con las emociones. Esto dio lugar a la conceptualización de la salud y enfermedad a partir de un nivel biológico, psicológico y social.

Al respecto, Diez (1976) explica que este enfoque psicosomático surgió como demanda de los dramáticos cambios sociales hacia los trabajadores de la salud, donde se observó que cada vez, un mayor número de personas requerían ayuda psiquiátrica, por lo que adquirió mayor conciencia el papel de los factores biológicos, psicológicos y sociales en la enfermedad. Se interesó más por lo que una persona siente, e investiga el qué y cómo sentimos nuestro cuerpo y percibimos la realidad con nuestros sentidos. Consideró que la medicina se ha deshumanizado al descuidar el tiempo para dialogar con el enfermo por darle prioridad al hecho de poner al alcance de pobres y ricos los servicios tecnológicos como aparatos y estudios de laboratorio.

Esto aunado con el hecho de que las enfermedades infecciosas se habían superado en los sesentas, los profesionales dirigieron su atención a las enfermedades cardiovasculares, cáncer, hábitos hacia el alcohol, tabaquismo, alimentación excesiva, identificando al estilo de vida y personalidad como factores de riesgo.

Por su parte la psicología, desde sus inicios, comenzó con el estudio de las diferencias individuales y la elaboración de pruebas mentales para su medición, dando lugar a las pruebas de inteligencia y de personalidad, las cuales, fueron diseñadas desde distintos enfoques, las primeras por lo general eran de tipo conductual y los de personalidad, proyectivos. Dichas pruebas tuvieron mayor auge en el período entre las guerras mundiales, por las repercusiones de las mismas en la población. Ya finalizada la segunda guerra mundial, hubo una mejor aceptación de los psicólogos como profesionales de la salud “mental”, siendo éste un campo específico de la *psicología clínica* (Phares y Trull, 1999).

Con ello, se asumió que en ocasiones los problemas mentales se relacionaban con algún problema de tipo físico, lo cual contribuyó a superar la dicotomía mente- cuerpo planteada por Descartes. Esta situación junto con la aparición de las técnicas de modificación de conducta permitió el surgimiento de la medicina comportamental y de la psicología de la salud.

Una vez que la teoría psicósomática fue perdiendo autoridad, la *psicología médica*, mediante trabajos psicofisiológicos y la aplicación conocimiento psicológico en la práctica médica, explicó el comportamiento, la relación médico – paciente, las emociones del enfermo y su repercusión somática. Esta área fue la primera en trabajar con los padecimientos del cuerpo de la gente, a diferencia de la psicología clínica que se centra en la enfermedad mental. Posteriormente surgió la *medicina conductual*, a finales de los años setentas, enfatizando el papel del comportamiento en el origen y manifestación de la enfermedad y mediante el conocimiento biomédico y técnicas conductuales buscó medios para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Tuvo mayor auge en Estados Unidos y su mayor aportación fue el análisis experimental de la conducta, el cual permitió diseñar técnicas para cambiar el comportamiento en problemas médicos, por ejemplo casos de obesidad, tabaquismo y alimentación excesiva,

métodos que antes habían sido utilizados en enfermos mentales con éxito (Morales, 1999; Roales, 2004).

De esta manera, la modificación de la conducta fue utilizada como tratamiento y prevención de enfermedades crónicas, gracias también a la aportación del campo de la biorretroalimentación que permitió controlar los cambios fisiológicos de trastornos psicósomáticos, cardiovasculares, cefaleas tensionales, migraña y crisis epilépticas. Es en ese momento cuando la salud se comienza a ver como multifactorial, por lo que acepta la interdisciplinariedad con otras áreas de la salud, como complemento del tratamiento médico. Sin embargo, las aplicaciones en el campo de la salud seguían una línea de pensamiento clínico – individual al igual que la medicina, por lo que hacia falta desarrollar un enfoque social (Morales, 1999).

Diversos estudios sobre dinámica de grupos y procesos de toma de decisiones fueron antecedentes de la *psicología comunitaria*, enfoque que comenzó a darle prioridad a la prevención de la enfermedad, viendo a la comunidad como objeto de intervención. Consideró los factores orgánicos, estrés ambiental, autoestima y sistema de apoyo, como causas de los problemas de salud y es el primer modelo que incluye acciones para la promoción de la salud.

Como puede observarse, el origen de la psicología de la salud ha sido resultado de la evolución de la práctica, y sobre todo por las necesidades que los servicios de salud han demandado a los psicólogos. Desde 1911, el APA (American Psychological Association) consideró de forma oficial la contribución de la psicología en la educación y la práctica médica, acordando que los estudiantes de medicina debían recibir alguna instrucción en psicología como parte de su formación, lo cual permitió que la psicología comenzará a interactuar con la medicina y realizar investigaciones sobre aspectos psicológicos de la salud –

enfermedad como el efecto del estrés de la vida, la preparación psicológica de los pacientes para prácticas quirúrgicas, los efectos de la personalidad sobre la salud, estudios sobre variables psicosociales implicadas en el dolor, el cumplimiento de tratamiento médico, así como la relación entre actitudes y salud (Brannon y Feist, 2001; Roales, 2004).

Mientras tanto, los científicos conductuales formaron parte de los departamentos de psiquiatría en varias universidades estadounidenses y canadienses, para aportarles habilidades de intervención conductual, evaluación e investigación; con ello, la psiquiatría ganaría credibilidad académica frente al resto de las especialidades médicas. De esta manera, en los años sesentas y setentas se abordaban aspectos del cuidado de la salud desde la perspectiva del comportamiento.

Asimismo, en los setentas cuando surgió la evaluación conductual, la temática relacionada a la cognición comenzó a cobrar interés, aportando métodos cognoscitivo-conductuales al tratamiento de diversos trastornos mentales y físicos. En 1978, surge de manera oficial la medicina conductual y la psicología de la salud, donde varias disciplinas de la psicología, entre ellas, la clínica, social, experimental y fisiológica, que estaban interesadas en el ámbito de la salud, se reunieron para formar la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), naciendo institucional y profesionalmente la *Psicología de la Salud* (Becoña, Vázquez y Oblitas, 1998).

En los años ochenta, en América Latina, se establecen los primeros programas de formación de psicólogos de la salud de posgrado en atención primaria, salud reproductiva, ocupacional, psicología comunitaria, atención de pacientes crónicos y adicciones. Por lo tanto los psicólogos dejaron de considerarse como únicamente administradores de tests o terapeutas con conocimientos limitados al tratamiento de enfermedades psicosomáticas; de forma que fueron aceptados para trabajar en hospitales conjuntamente con otros profesionales de la salud.

Es así es como la psicología ha tenido un rápido crecimiento a tal grado que, miles de psicólogos se dedican al desarrollo de investigaciones de salud, se integran a asociaciones nacionales e internacionales y se incorporan en especialidades médicas, además de que existen muchas publicaciones especializadas que tratan temas de salud desde el punto de vista psicológico (Rodríguez y Rojas, 1998).

Sin lugar a dudas, como señala Roales (2004), la aproximación biopsicosocial a la salud y enfermedad, al incorporar evidencias de que el comportamiento es un factor implicado en todos los procesos de enfermedad; y al considerar el papel activo del paciente en el tratamiento y prevención de la enfermedad, ha demandado una disciplina encargada de trabajar con estos aspectos. De igual forma, el hecho de que muchos casos de enfermedades crónicas, exijan de una intervención psicológica, ha generado la aparición de la medicina conductual y el surgimiento de la psicología de la salud.

Cabe enfatizar que es a partir de la *medicina conductual* que comienza a tratarse la prevención, diagnóstico, tratamiento de la enfermedad, así como su rehabilitación, desde un enfoque biopsicosocial; y por otro lado, la *salud comportamental* fue la que dio un giro para dedicarse al mantenimiento de la salud y tratar las disfunciones de las personas “sanas” y es en este contexto que surge la psicología de la salud como un intento de homogenizar todos los términos anteriores (Bazán, 2003).

## **2.2. Áreas relacionadas a la psicología de la salud**

La psicología como disciplina y profesión no se desarrollaron de igual forma, sobre todo, no correspondía con su aplicación en el campo de los problemas sociales; incluso, las áreas de aplicación de la psicología (clínica, educativa, social, laboral,

de la salud entre otras), también han respondido a demandas sociales y no necesariamente corresponde con el sustento teórico desarrollado en ese tiempo.

El problema de las enfermedades crónicas al convertirse un importante campo de trabajo para la psicología de la salud, ha ocasionado que la relación de la psicología con la medicina haya evolucionado a tal grado que la interdisciplinariedad entre éstas, es indispensable para la pronta recuperación del paciente. Incluso, aún antes de que la psicología de la salud fuera reconocida formalmente, han aparecido diversas áreas interesadas en el proceso salud – enfermedad, las cuales en ocasiones llegan a confundirse por los objetivos que persiguen.

A continuación se muestra un listado de áreas de aplicación en el ámbito de la salud, que nos proporcionan autores como Becoña, Vázquez y Oblitas (1998); Morales (1999) y Brannon y Feist (2001), con la finalidad de diferenciarlas de la psicología de la salud:

### **Medicina psicosomática**

Sus raíces se localizan en las ciencias biomédicas, no de la Psicología. Sin embargo, se centró en el papel de los factores sociales y psicológicos, en especial los estados emocionales y el estrés, en el origen y mantenimiento de muchas enfermedades. Tuvo la influencia del psicoanálisis y la observación de los cambios fisiológicos, donde se descubrió la presencia de factores personales que hacen susceptible a una persona a contraer algún tipo de enfermedad. Su principal aportación fue haber establecido la relación entre actividad mental y somática al explicar que, las emociones generan reacciones fisiológicas y desencadenan enfermedades.

### **Psicología clínica**

Es un campo encargado del cuidado de la *salud mental*. Sus actividades están encaminadas en la evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación psicológica de la conducta anormal o trastornos psicológicos, por ejemplo: trastornos de ansiedad, depresión, esquizofrenia, fobias, entre otros. Se centra en la enfermedad, más que en la salud, trabaja en una línea individual, más que a nivel grupo o comunidad.

### **Psicología médica**

Es una subespecialidad de la psicología clínica, caracterizada por la aplicación de métodos psicológicos clínicos a los problemas de enfermedad física. Surgió en Europa por la fuerte influencia de la medicina psicosomática y posteriormente por trabajos psicofisiológicos. Se interesó por la relación médico–paciente y la adaptación de los enfermos a las condiciones del hospital.

La aportación de ésta área fue reclamar como objeto de trabajo a las personas con padecimientos del cuerpo, a diferencia de la psicología clínica que se interesó por la enfermedad mental. Su principal interés es la comprensión de la enfermedad médica en su contexto social, en lugar del tratamiento, para lo cual, realiza evaluación psicométrica mediante pruebas proyectivas y retomando la teoría de la personalidad.

### **Psicofisiología experimental**

Es una disciplina que intenta explicar los procesos conductuales mediante la interacción de componentes psicológicos (emoción y cognición) y biológicos (fisiológico). Su principal aportación fue el desarrollo de técnicas de *biofeedback*.

### **Sociología médica**

Especialidad dentro de la sociología que surgió en los años cuarenta y cincuenta, estudia los aspectos sociales y respuestas culturales en la salud y enfermedad como los efectos del estrés en la salud.

### **Medicina conductual**

Es un campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de las ciencias comportamental y biomédica, relacionadas con la salud y la enfermedad. Comenzó como una continuidad de la psicología médica, pero enfatiza el papel del comportamiento en el origen y la manifestación de las enfermedades, aplica éste conocimiento y la biorretroalimentación para hacer un diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las mismas.

### **Salud comportamental**

Campo interdisciplinario y subespecialidad de la medicina conductual que acentúa la responsabilidad del individuo en la aplicación del conocimiento, técnicas conductuales y biomédicas para prevenir enfermedades en individuos que actualmente gozan de buena salud; por lo tanto, los comportamientos y el estilo de vida son su objeto de estudio.

### **Antropología médica**

Se centra en aspectos culturales de la salud y cómo la gente dentro de una cultura comprende las cuestiones de salud, por tanto, su objeto de interés son las creencias provenientes de la cultura a la que pertenece una población.

### **Psicoimmunología**

Es una de las subáreas de la psicología de la salud y la medicina conductual que estudia la relación entre comportamiento y la actividad del sistema inmunológico. Ha demostrado que el estrés y la depresión pueden reducir la respuesta inmune, donde las variables comportamentales tienen un papel importante en los procesos inmunológicos y por lo tanto con el desarrollo de diversas enfermedades.



## **Psicología de la salud**

Se considera una rama de la psicología encargada de analizar los comportamientos y estilos de vida que afectan la salud física de las personas, con el fin de prevenir la enfermedad. Reconoce la influencia de las creencias individuales y patrones de conducta en la forma en que las personas tratan sus problemas de salud. Trabaja con los procesos psicológicos que participan en trastornos relacionados con la enfermedad física, por ejemplo, actúa sobre la depresión que resulta del diagnóstico de una enfermedad crónica, la ansiedad ante la hospitalización o cirugía, y lo hace mediante procedimientos de intervención de la psicología clínica, donde destacan las técnicas conductuales y cognoscitivas (Latorre y Beneit, 1992; Becoña, Vázquez y Oblitas, 1998; Brannon y Feist, 2001).

La Psicología de la salud difiere de las otras áreas por los objetivos que persigue cada una. Su campo de acción de la mayoría, se orienta hacia la enfermedad física, y en el caso de la psicología clínica hacia la enfermedad mental; ya sea que solo busquen la comprensión de los aspectos sociales, biológicos y psicológicos en el proceso de enfermedad o se dirijan al tratamiento, rehabilitación o eliminación de la misma como es el caso de la medicina conductual. En cambio, la psicología de la salud se orienta hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, propone estrategias de intervención en ámbitos macrosociales; es decir, no solo trabaja de forma individual con las personas o en pequeños grupos, sino a nivel comunidad.

Cabe señalar que, antes de que la psicología de la salud existiera formalmente como área de investigación e intervención, los psicólogos aplicaron largo tiempo sus conocimientos al cuidado conductual de la salud, por ejemplo: en la rehabilitación del enfermo, en la eliminación de comportamientos que dificultan su recuperación, en

facilitar la adherencia al tratamiento y seguimiento de prescripciones médicas, en ayudar a superar dolencias y ajustarse a situaciones estresantes como la hospitalización y otras prácticas clínicas (Rodríguez y Rojas, 1998).

Esta situación se debe a las principales aportaciones de la psicología en el ámbito de la salud, entre las que Morales y Piña (1995), Latorre y Beneit (1992), mencionan: la forma en que el comportamiento y variables ambientales participan en la modulación de estados biológicos, el conocimiento sobre los procesos psicológicos tanto del individuo sano y el enfermo, los determinantes del comportamiento y los mecanismos necesarios para su modificación. También contribuyó en la comprensión de la relación interpersonal entre el médico y el paciente, así como el conocimiento de aspectos psicosociales en el sistema familiar y entorno comunitario en relación a la salud.

Otra de las contribuciones de la psicología, son sus técnicas de modificación de conducta en la aparición de enfermedades crónicas, para sustituir conductas no saludables, aliviar dolores, reducir estrés, aumentar el cumplimiento del tratamiento médico e intervenir en los familiares de pacientes crónicos. Convirtiéndose en el campo de la psicología de la salud, los aspectos psicosociales relacionados con el proceso salud-enfermedad, como el ajuste de los pacientes hacia su enfermedad y a los tratamientos médicos, así como las reacciones de la familia hacia la condición del paciente.

### **2.3. Definición de Psicología de la salud**

El papel que se le había reconocido a la psicología en el ámbito de la salud había sido como colaborador de la medicina para la curación y mejoría de la enfermedad, por lo que, sus actividades estaban orientadas a la práctica médica.

Sin embargo, al desarrollarse la psicología de la salud, logró convertirse según Morales, (1999), en un campo dentro de la psicología que intenta comprender los procesos psicológicos que participan en el estado de salud, el riesgo de enfermar, en la propia condición de enfermedad y en la recuperación. Además se interesa por estudiar variables implicadas en el desarrollo de hábitos de salud y la relación entre profesionales de la salud y el paciente.

En este sentido, una definición que más ha sido aceptada, es la que comprende a la psicología de la salud como:

“la suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias” (Matarazzo, 1980, p. 815, citado en Latorre y Beneit, 1992, Becoña, Vázquez y Oblitas, 1998; Phares, 1996).

Esta definición supone que es una disciplina que se ocupa principalmente de la promoción y el mantenimiento de la salud; pero también, una vez establecida la enfermedad, contribuye en su rehabilitación. Para ello, realiza investigaciones para identificar las causas de la enfermedad, centrándose en los aspectos psicológicos, comportamientos y estilos de vida que afectan la salud física. Elabora programas de intervención en diferentes ámbitos donde se requiera, los cuales aplica directamente sobre el paciente ó en colaboración con otras disciplinas, en especial con la medicina.

Su campo de acción es más amplio que el de la medicina conductual en cuanto al rango de problemas y escenarios ya que abarca la aplicación de conceptos y métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de atención, planeación, financiamiento de la salud, legislación de la misma y otros componentes del sistema sanitario; por ejemplo, los efectos de hospitalización, personal y atención médica sobre el comportamiento de los pacientes, por lo cual, una de sus funciones es formular políticas de cuidados de salud, basándose en investigación básica y clínica que realiza, además de que tiene gran influencia en la opinión pública, por lo que juega un papel importante en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Matarazzo, 1994).

En cuanto a la *promoción* de la salud, Amigo, Fernández y Pérez, (1998) explican que tiene como objetivo de sus intervenciones, la adquisición y mantenimiento de comportamientos saludables, por lo tanto, enfatiza el papel de individuos, grupos y organizaciones para que desarrollen prácticas de salud que permitan el bienestar tanto individual como colectivo; esto mediante programas escolares de Educación para la salud y campañas para motivar estilos de vida saludables. Mientras que la *prevención* de la enfermedad, implica la reducción o eliminación de conductas de riesgo, y para ello, destaca el papel de profesionales y administraciones públicas de salud como agentes encargados de este ámbito.

Existen diferentes niveles de prevención en los que interviene la psicología de la salud (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997), éstas son:

- *Prevención primaria:* Va dirigida a personas sanas y cuya finalidad es detectar los factores de riesgo, mediante estudios epidemiológicos, haciendo pública la información a la población para que actúen de forma que reduzcan el riesgo de enfermar, y hacerles saber los comportamientos

saludables, por ejemplo: consultar periódicamente al dentista, revisar la vista y realizar demás estudios de chequeo.

- *Prevención secundaria:* Es toda actuación para detener el proceso de enfermedad e impedir el daño cuando éste ya se inició, cuando el diagnóstico no es muy claro o la enfermedad transcurre con lentitud; por lo tanto, va dirigido a una población identificada de riesgo. Las actividades van encaminadas a la modificación de comportamientos que puedan agravar el desarrollo de la enfermedad.

Algunas de las conductas que contribuyen a la prevención secundaria son: hacer ejercicio con regularidad, vacunarse cuando se han expuesto a factores de riesgo, exista cierta predisposición genética a una enfermedad.

- *Prevención terciaria:* Son procedimientos de tratamiento y rehabilitación para controlar enfermedades cuando ya han aparecido los primeros síntomas, y su propósito es prevenir estados más avanzados. Un ejemplo, que el enfermo aprenda a reconocer su nivel de glucosa, tensión arterial y sepa actuar en consecuencia, así como llevar un control alimenticio, además de seguir la prescripción médica.
- *Prevención cuaternaria:* Se realiza cuando el sujeto ya padece o ha padecido alguna enfermedad y ha sido tratado con resultados favorables o por lo menos ha sido controlada, y su objetivo es evitar una recaída.

De esta manera, lo que distingue la actuación preventiva es el daño o enfermedad que se tiene como objetivo prevenir en personas que en el momento de la intervención no lo padecen, por ejemplo, se previene el tabaquismo en personas que no fuman, pero se encuentran en riesgo ya sea por convivir en un ambiente

de fumadores; mientras que un programa para dejar de fumar, dirigido obviamente a una población de fumadores, se convierte en una intervención preventiva cuando tiene como finalidad, prevenir la bronquitis o enfisema pulmonar.

Al respecto, García (1993) enfatiza que la prevención a nivel primario va dirigido especialmente a colectivos estructurados como asociaciones de padres, maestros, o personal de empresas que a su vez tiene a su cargo otro tipo de población a quienes puedan transmitir y crear hábitos saludables. Es en este nivel de prevención donde la *educación para la salud* entra en acción, dado que prepara a la población en técnicas de autodiagnóstico, permitiéndoles detectar tempranamente factores de riesgo.

La educación para la salud como proceso educativo de intervención social, según Aibar (2000), facilita cambios de conducta, responsabilizando a los individuos y grupos sociales sobre su propia salud. Puede dirigirse a la población en general por profesionales de la salud o mediante campañas informativas en diferentes medios de comunicación.

Incluso, las actividades de educación de la salud pueden centrarse en la capacitación de trabajadores, con el fin de atender temas de salud y sobretodo, fomentando estilos de vida saludables, dieta, ejercicio, entre otros, por medio de técnicas que permitan la participación activa y el autoaprendizaje.

En lo que se refiere a la actuación de prevención secundaria, al dirigirse a individuos donde ya existen factores de riesgo, en ocasiones surgen casos de neurosis como la hipocondría, donde manifiestan miedo o preocupación por padecer alguna complicación de alguna enfermedad, debido a la interpretación que hacen de sus sensaciones físicas; por ello, es conveniente que junto al cambio de hábitos e información médica, se eliminen temores y ansiedad

mediante técnicas de autocontrol cognitivas y se asesore a la familia del paciente para facilitar su recuperación (García, 1993).

En la actualidad, se llevan a cabo programas de prevención en distintas poblaciones, en escuelas, lugares de trabajo, hogares, hospitales y otras que se promueven en los medios de comunicación. No obstante, existen obstáculos que limitan la prevención de la enfermedad, en ocasiones, la salud no es valorada lo suficiente y dan mayor importancia a aspectos como: tener éxito en la vida y vivir cómodamente. Esto porque existen creencias acerca de que una buena vida se asocia con hábitos poco saludables, por ejemplo, la comida alta en colesterol resulta ser rica en sabor, el sedentarismo es mucho más cómodo que el ejercicio físico. Además, la publicidad promueve la eliminación del dolor y malestar físico mediante fármacos, incluso fomentan el trasplante de órganos para solucionar problemas de salud, lo cual sirve como justificación para no llevar a cabo medidas preventivas (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

También, hay que tomar en cuenta que conductas de riesgo como fumar, consumir alcohol o drogas, producen una gratificación inmediata y su eliminación conlleva malestar; en cambio, los hábitos de salud generan bienestar a largo plazo y, por lo regular, sólo reducen la posibilidad de enfermar, por lo que resulta menos probable que las personas emitan conductas saludables.

Por otra parte, se considera que los programas de salud y medidas preventivas no resultan favorables en diferentes lugares o países porque, modificar estilos de vida o hábitos de salud implica la alteración de valores, creencias y actitudes tanto individuales como los de toda una comunidad. Del mismo modo, hay que considerar que la población en general, no está educada para demandar un servicio en busca de orientación o atención para mantenerse sanos, sólo acuden a un centro de salud en caso de enfermedad, incluso, los programas de salud están

más orientados hacia el tratamiento de la enfermedad que en la promoción de la salud.

Ante esta situación, González, (2004), argumenta que mientras más conocimientos se tenga sobre las creencias y otras cogniciones que tienen las personas con respecto a la salud, mayor colaboración y resultados se obtendrán en la prevención y promoción de la salud. A su vez, para modificar creencias y actitudes negativas ante la salud, es necesario identificar variables como la religión, edad, género, ocupación y escolaridad, entre otros datos personales, por ser factores que condicionan el estilo de vida y muchas de las enfermedades crónicas.

Son diversas las tareas que le corresponden a la psicología de la salud para lograr que una persona mantenga su estado de salud o atienda de forma adecuada su enfermedad, y crear conciencia sobre los factores ambientales que afectan a la salud para que, en la medida de lo posible, puedan ser cambiados y, con ello, disminuir los índices de mortalidad debidas a patrones de conducta. Algunas de estas tareas son (Rodríguez y Rojas, 1998):

- Sustituir comportamientos de riesgo por conductas de protección.
- Mejorar la adherencia terapéutica y médica.
- Manejo de estrés
- Disminuir trastornos crónicos del sueño y optimizar el descanso
- Reducir la hiperreactividad asociada a emociones negativas
- Incrementar el apoyo social – familiar y comunitario
- Perfeccionar medios de diagnóstico y tratamiento de problemas psicológicos asociados al dolor, a la invalidez y rehabilitación



- Contribuir en la atención hospitalaria, en cuanto a la preparación y calificación de recursos profesionales como médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, y con ello, optimizar servicios de salud e instituciones.
- Realizar estudios de calidad de atención y satisfacción de los servicios
- Intervenir con otras disciplinas para investigar y tratar distintas enfermedades.

Para lograr tales propósitos, la psicología de la salud utiliza técnicas como el biofeedback, condicionamiento operante, técnicas cognitivas y de autocontrol, habilidades sociales, relajación, programas de manejo del estrés, para disminuir la ansiedad que se genera ante prácticas médicas, preparar a los pacientes ante una cirugía o acelerar la recuperación del enfermo (Phares, 1996). Estas técnicas, al resultar efectivas en muchos casos clínicos, se han vuelto necesarias en el ámbito médico, por lo que el psicólogo de la salud entre sus funciones, está la enseñanza de estas técnicas a otros profesionales de la salud, especialmente médicos y enfermeras, que son quienes interaccionan directamente con el paciente.

## **2.4 El papel del psicólogo en el ámbito de la salud**

En el ámbito de la salud, el psicólogo trabaja de manera conjunta con otras disciplinas, pero su papel y el del equipo de salud es de facilitadores o asesores del proceso, siendo los usuarios de los servicios médicos quienes participan activamente. El psicólogo posee una formación profesional, que le permite facilitar la vivencia de enfermedad tanto para el paciente como para sus familiares, ya que como se sabe, involucra nociones subjetivas como la interpretación de la enfermedad y su influencia en sus prácticas de salud, así como procesos autorreguladores como las creencias, atuevaluaciones, percepciones del entorno, los cuales actúan como mediadores motivaciones de las conductas de salud.

De acuerdo con Becoña, Vázquez y Oblitas, (1998) para cubrir los objetivos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el psicólogo de la salud realiza actividades de *investigación* sobre alguna temática de salud, se encarga de la *aplicación* directa de sus técnicas y procedimientos sobre las personas de manera individual o sobre una determinada población, y participa en la *formación* de otros profesionales de la salud, transmitiéndoles sus conocimientos acerca de los factores psicológicos involucrados en la salud.

### ❖ **Investigación**

El psicólogo de la salud realiza investigación sobre los distintos aspectos relacionados al proceso salud- enfermedad, desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, hasta la rehabilitación y el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas. Algunos de los temas que Rodríguez y Rojas, (1998) señalan como los más desarrollados en América Latina por la psicología de la salud son: la salud reproductiva y materno infantil, las enfermedades crónico degenerativas y los factores que intervienen; la repercusión del estrés, la salud ocupacional, la preparación de recursos profesionales de la salud, la evaluación de la calidad de los servicios en instituciones y el grado de satisfacción de los usuarios.

La información que se obtiene de la investigación en ocasiones sirve para crear políticas de salud o simplemente para dar cuenta de la situación de salud que vive cada país, por ejemplo: se ha descubierto que la reducción de los índices de fecundidad en México ocurrió a partir de 1970, pero los programas de planificación familiar se iniciaron a principios de este decenio, lo que significa que antes de que se pusieran en acción estos programas, ya existía una proporción de la población que había optado por el control de la natalidad, lo cual indica que se debió a otros factores psicosociales como el cambio en la conducta social de las mujeres,

quienes deciden posponer el casamiento para obtener un mayor grado de educación (Kumate, Selpúlveda y Gutiérrez, 1993).

De igual manera, la investigación ha contribuido en los programas de prevención y tratamiento de diversas enfermedades, como el caso del SIDA, el cual al tomar en cuenta las fechas de inicio de sus síntomas y considerando que tienen un período de incubación de 5 a 6 años, se ha descubierto que tanto hombres como mujeres notificados con este diagnóstico, inician prácticas de riesgo en edades tempranas, lo cual sugiere que el psicólogo debe elaborar estrategias e intervenir en la población joven y adolescente para evitar el contagio de ésta enfermedad.

En el ámbito clínico, tras haber investigado sobre los factores que participan en el hábito de fumar o el problema de la obesidad, es posible modificar estas conductas y así prevenir enfermedades; incluso, el psicólogo de la salud desarrolla estrategias de afrontamiento para el dolor y distintas enfermedades como el asma, trastornos gastrointestinales, entre otros, para contribuir en el tratamiento del paciente. Asimismo, investiga sobre los cuidados y las políticas de salud, por ejemplo el efecto de la hospitalización, el impacto del cuidado del personal médico y los resultados los utiliza para desarrollar programas incorporando algún entrenamiento sobre habilidades sociales, técnicas conductuales y efectos psicológicos de las enfermedades dirigido al personal hospitalario (Becoña y Vázquez y Oblitas, 1998).

Otros datos han permitido conocer las variables que intervienen en la adherencia terapéutica, para después intervenir y facilitar la recuperación del paciente. Por ejemplo, un estudio realizado por Aburto y Gamundi, (1997) encontró que de 169 pacientes, el 35% siguió las indicaciones del médico, en especial abstenerse de tomar alcohol y fumar, mientras que el 65% no siguió el tratamiento, en particular, con la toma de medicamentos, entre sus causas, la falta de recursos para

adquirirlos, olvidaban tomarlos o por los efectos secundarios producidos. Estos autores mencionan que otros factores que hay que tomar en cuenta en la adherencia terapéutica son las cogniciones del paciente hacia la enfermedad y su tratamiento, la información incompleta o poco comprensible que proporciona el médico, así como la relación entre el paciente y el médico.

Una vez que se obtienen datos relevantes sobre temas relacionados a la salud, la siguiente labor del psicólogo es elaborar programas y estrategias para prevenir la enfermedad o mantener la salud, ya sea actuando de forma directa sobre una población en particular o tratando casos individuales.

En toda investigación en psicología de la salud, según Ortega, Torres y Salguero (1998), es necesario incorporar la ética profesional, donde se tome en cuenta el contexto psicológico de la problemática de salud, las necesidades, emociones y sentimientos de los participantes, de tal forma que, se les de libertad de decidir si participan o no en dicha investigación, brindándoles información suficiente sobre los costos y beneficios que obtienen, sobretodo, asegurar la confidencialidad de los datos y de ser requeridos, se les devuelva los resultados obtenidos. Por lo tanto, el psicólogo de la salud debe contar con ciertas habilidades sociales para motivar a las personas a participar en la investigación, y se comprometan con la misma.

### ❖ **Aplicación Directa Sobre Poblaciones**

En las actividades que son dirigidas directamente sobre individuos o sobre alguna población, García, (1993) y Durán, (1998) explican que el psicólogo de la salud, realiza distintas funciones, entre ellas las *Actividades de evaluación*, donde por medio de un análisis funcional de la conducta se identifican los factores de riesgo sobre la comunidad y/o el individuo, obtiene información de su situación de salud,

sus características y necesidades, para planear estrategias educativas. Asimismo, el psicólogo *diseña y comprueba instrumentos* válidos y fiables para la detección de comportamientos de riesgo y de variables que los mantienen.

Una vez que obtiene información suficiente, *elabora programas* definiendo objetivos y contenidos de acuerdo a las necesidades del individuo o de la población; elige técnicas y procedimientos de enseñanza, material y otros métodos para continuar su intervención.

También, lleva a cabo *Actividades de educación y promoción de la salud*, donde transmite conocimientos que permitan prevenir la enfermedad, y promover conductas de autocuidado por medio de manuales, y materiales educativos. El psicólogo, puede ser quien aplique directamente los programas y actividades, ó disponerlo a otros profesionales de la salud, médicos, enfermeras, trabajadores sociales. Finalmente, evalúa las acciones desarrolladas, la participación de la comunidad, los cambios de conductas y actitudes logradas; así como la participación del personal encargado de actividades, y la efectividad de los métodos y material empleados (García, 1993 y Durán, 1998).

Cuando la atención se dirige a la población, realiza acciones de *prevención* de amplia cobertura que permitan influir sobre las actitudes mayoritarias en cuanto a costumbres, tradiciones y conceptos erróneos que mantienen las conductas de riesgo de cada individuo. Según Durán (1998), la atención primaria de la salud, es donde el psicólogo destaca su importante labor, ya que detecta las necesidades y características de la población para establecer objetivos de intervención, por ejemplo: en población adulta, donde comienzan aparecer los síntomas de enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial; la intervención va encaminada al autocontrol de estos padecimientos, al establecimiento de hábitos dietéticos, actividad física y control emocional. Para esto, se les capacita para

registrar e interpretar la evolución de su problema, identificando síntomas de alarma y puedan tomar decisiones al respecto, lo cual les permite adquirir un sentido de control sobre su enfermedad y sobre su calidad de vida.

Es importante que al llevar a cabo programas preventivos o de educación para la salud, se conozca el nivel de desarrollo cognitivo de la población para asegurarse de no sobrecargarlos con información no esencial, incluso, según García y Peralbo, (1999), esto puede ayudar al personal sanitario a reducir la ansiedad y el miedo de los pacientes hacia la enfermedad, aumenta el grado de adherencia terapéutica y le permite establecer empatía con el paciente, facilitando la explicación tanto de la enfermedad como de procedimientos médicos.

Del mismo modo, los programas de salud deben elaborarse de acuerdo al contexto socio-cultural, donde se respeten las creencias y valores de la población, ya sea de medios rurales, indígenas o urbanos marginales. Para ello, Ortiz, (1996) argumenta que la metodología participativa ha mostrado ser una estrategia eficaz, debido a que permite que las personas expresen libremente sus necesidades y creencias en cuanto a su salud, porque la participación del experto es temporal, lo cual favorece la autogestión y autonomía del grupo. Por lo tanto, la intervención en el ámbito de salud requiere de personal capacitado para implementar cambios en las conductas de la población y para atraer líderes de opinión que tengan influencia en la comunidad.

En este sentido, la promoción de salud es donde el psicólogo tiene su principal campo de acción, siendo un recurso humano importante en la medida en que puede promover la participación de la comunidad en el autocuidado de la salud y ser el enlace entre la comunidad y el equipo de salud.

### ❖ **Intervención con pacientes y familiares**

En la atención individual, el psicólogo de la salud trabaja con casos particulares como disfunciones sexuales, problemas de pareja, habilidades sociales y comunicativas, manejo de problemas de lenguaje, tratamiento de cesación o deshabituación del tabaquismo y otras adicciones, además presta su servicio a pacientes con alguna enfermedad crónica y contribuye en el tratamiento de trastornos neurológicos, odontológicos, visuales, y oncológicos. Mediante el empleo de diversas técnicas conductuales, interviene con éxito en el control del dolor, adherencia terapéutica, rehabilitación física, manejo de prótesis, preparación quirúrgica y recuperación de la misma, alteraciones del aparato respiratorio y por métodos psicoterapéuticos trata numerosos trastornos desde la obesidad hasta enfermedades cardiovasculares. (Rodríguez y Rojas, 1998; Roales, 2004).

Sin lugar a dudas, toda enfermedad física ocasiona malestar psicológico debido a la forma en que interviene en las actividades de su vida diaria y más aún cuando se trata de una enfermedad crónica, por lo tanto la intervención psicológica se ha vuelto necesaria como complemento del tratamiento médico, principalmente para manejar las emociones negativas generadas en los pacientes.

Según García, Martínez y Cáceres (2001), la mayor contribución de los psicólogos de la salud en casos oncológicos ha sido la elaboración de programas con terapias cognitivos conductuales, junto con técnicas psicoeducativas, familiares y de apoyo grupal. Entre las más conocidas, la terapia cognitiva de Beck, manejo de ansiedad por medio de relajación, terapia racional emotiva de Albert Ellis, considerando que el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad crónica produce distorsiones cognitivas y creencias irracionales.

En pacientes con cáncer, el psicólogo le ayuda a dominar técnicas de relajación para reducir el dolor, mitigar el insomnio y náuseas; para incrementar la sensación de control personal se le enseña autoinstrucciones y habilidades de solución de problemas. En pacientes diabéticos, se pretende mejorar la adherencia a prescripciones médicas, para controlar niveles de glucosa en la sangre y minimizar complicaciones. Mientras que en el manejo del VIH y SIDA, el psicólogo interviene desde la prevención primaria para modificar el comportamiento y reducir el contagio; y desde la prevención secundaria, ayuda a los seropositivos a convivir con la infección, les ayuda a manejar aspectos sociales e interpersonales de la enfermedad y adherirse al tratamiento médico (Brannon y Feist, 2001).

En lo que respecta al tratamiento de adicciones, a pesar de que los programas de salud en general y los relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas, se llevan a cabo en instituciones donde participan distintos profesionales, sólo se le pide la colaboración del psicólogo cuando el problema o comportamiento no puede ser atendido por el médico.

Sin embargo, el papel del psicólogo tiene mayor importancia tanto en la forma de concebir el fenómeno de la adicción, como en la manera de intervenir para su rehabilitación. Por ejemplo, en las intervenciones breves denominadas de autocontrol dirigido para bebedores, Carrascoza y Ayala (2000) describen, que se llevan a cabo desde la prevención a nivel secundario, con el fin de evitar una dependencia severa, desde una aproximación cognitivo conductual. Consta de cuatro sesiones donde el psicólogo de manera conjunta con el usuario, detectan las situaciones de riesgo mediante un análisis funcional identificando los antecedentes y consecuencias, juntos proponen alternativas para evitar el consumo excesivo, analizan sus habilidades de afrontamiento y apoyos sociales con los que cuenta, y evalúan los logros de las metas propuestas.



En este tipo de intervención, el papel del psicólogo es de apoyo y guía, cuya finalidad es fortalecer la capacidad de la gente para resolver sus problemas utilizando sus propios recursos.

Aún cuando la participación del psicólogo en la atención tanto individual como en grupo ha resultado efectiva en el tratamiento de las adicciones, Becoña y Vázquez (2001), consideran que solo alcanza a un pequeño número de personas de riesgo, por lo que proponen los programas de autoayuda de mínimo contacto (enviados por correspondencia) como adecuados para personas fumadoras que no pueden acudir a las clínicas. Estos autores realizaron un estudio donde enviaron por correo, manuales y folletos con tareas a realizar en cada semana, autorregistros y autoevaluaciones para dejar de fumar. Al final del tratamiento entre un 23% a un 35% se mostraron abstinentes, aún después de 12 meses, mientras que aquellos que no dejaron de fumar y los que volvieron a hacerlo, reportaron haber reducido el número de cigarrillos, disminuyendo así el riesgo de enfermar por consumo de tabaco.

Esto sugiere que los programas de autoayuda de mínimo contacto resultan ser una alternativa para la prevención de adicciones y con ello, disminuir los índices de enfermedades crónicas en poblaciones de riesgo, lo cual contribuye en los objetivos que la psicología de la salud pretende abarcar.

Hasta el momento se puede decir que, el psicólogo de la salud tiene un papel de asesor tanto en la evaluación como el tratamiento de un caso clínico y trabaja en conjunto con otros profesionales de la salud. Como investigador, aplica los principios psicológicos a las enfermedades en sus distintas circunstancias para producir datos y preguntas que retroalimenten la teoría y por otra parte, contribuye a mejorar la calidad de vida del enfermo en el ámbito hospitalario, en la familia y comunidad (Bazán, 2003).

### ❖ **Intervención con el equipo al cuidado de la salud**

El psicólogo de la salud además de su formación en psicología, debe ser capacitado en otras ciencias biomédicas para comprender los síntomas clínicos, los efectos de las enfermedades y sus fundamentos biológicos. Asimismo, otros especialistas de la salud se benefician de los conocimientos del ámbito de la psicología al entender por qué cada individuo actúa de distinta manera ante la enfermedad, los motivos de las recaídas y por qué hay personas que después de graves afecciones siguen actuando como lo hacían previamente.

Por ejemplo, en los ambientes hospitalarios, los profesionales de la salud pueden padecer efectos negativos de su trabajo por la implicación emocional que la enfermedad tiene en los pacientes, entonces, el psicólogo puede enseñarle al personal sanitario a desarrollar habilidades sociales como empatía, motivación, para mejorar su relación con los pacientes y conseguir el cambio de conductas de riesgo o mantener hábitos saludables, así como una mejor relación interpersonal entre el equipo de salud (García, 1993).

De acuerdo con Bazán (2003), mediante un entrenamiento en afrontamiento, solución de problemas, habilidades sociales y técnicas de autocontrol dirigidas a los profesionales de la salud, se pretende que puedan manejar el estrés sin dañarse emocionalmente y orgánicamente. De esta manera, se estaría elevando la calidad de vida del personal sanitario, incidiendo a su vez en la calidad del servicio que ofrecen a los pacientes.

De igual forma, el psicólogo de la salud, apoya a otros profesionales de la salud, interviniendo en la hospitalización y las actuaciones médico–sanitarias, en factores psicológicos generados en el paciente; colabora en los programas de educación

de los usuarios para que usen de forma adecuada el sistema sanitario, realicen chequeos periódicos, y comprendan mejor sus síntomas (Bayes y Borrás, 1999).

Como puede observarse, las tareas del psicólogo son amplias, desde el estudio de factores psicosociales y variables comportamentales, hasta la prevención y promoción de nuevos hábitos y estilos de vida, lo cual la ha llevado a constituirse una disciplina de apoyo al trabajo médico. De acuerdo con Rodríguez y Rojas (1998), los escenarios donde trabaja el psicólogo de la salud depende del tipo de actividad que realiza, por ejemplo, en instituciones de enseñanza superior se dedica a la docencia e investigación, en centros asistenciales, clínicas, hospitales e institutos de salud, interviene en cualquiera de los tres niveles de prevención, con actividades planeación, servicio e investigación, ó en atención individual y de pequeños grupos. También, en empresas públicas y privadas, realiza funciones asistenciales, de asesoría, investigación y capacitación en salud ocupacional.

En países como Estados Unidos, el psicólogo es parte fundamental del equipo de salud, pero en México, sólo presta sus servicios en ocasiones por convenios interinstitucionales, por lo que es común que su trabajo no tenga gran impacto en los programas de salud, o por lo menos así se percibe. Por lo tanto, Bazán (2003), sugiere que es necesario insistir en la inserción del psicólogo en el sector salud, permitiéndole una mejor formación profesional en materia de políticas de salud, intervención primaria y educación para la salud.

## CAPÍTULO III

### ACTITUDES HIPOCONDRIÁICAS

#### **3.1 El paciente ante la enfermedad**

Toda enfermedad física genera cierto malestar psicológico por la forma en que interfiere en las actividades de la vida diaria de la persona, más aún cuando se trata de enfermedades crónicas y aquellas que conllevan un alto grado de dolencias físicas. Produce estrés, temor e incertidumbre desde el momento en que esperan y reciben el diagnóstico de una enfermedad crónica, hasta el inicio del tratamiento porque experimentan una sensación de pérdida de control de los acontecimientos relacionados a la enfermedad.

De acuerdo con Rodríguez y Zurriaga (1997), la enfermedad por sí sola, es una situación estresante porque constituye una pérdida o daño funcional del organismo, genera incertidumbre porque se desconoce lo que ocurrirá, creando una sensación de falta de control de la situación porque muchas veces no se conoce lo suficiente sobre la enfermedad, sus causas, su tratamiento y sus consecuencias. No solo produce estrés en la persona que la padece, también en la familia del enfermo. Aunque cabe señalar que la presencia de estrés depende de las características de la situación de enfermedad, su gravedad y grado de discapacidad ó dolor percibido, pero principalmente de la valoración que se hace de la misma y de los propios recursos para hacerle frente. Dicha valoración se ve influenciada por factores personales como la inteligencia, estilos de afrontamiento, variables de personalidad, patrones de conducta, experiencia previa, estilo perceptivo moldeado por valores, creencias y actitudes, variables sociales, apoyo social, estatus socioeconómico.

Ante esta situación, García, Martínez y Cáceres (2001), sugieren que proporcionar información clara sobre la enfermedad junto con el manejo adecuado de emociones, la eliminación de ideas erróneas sobre la enfermedad y el apoyo familiar, son elementos importantes para el afrontamiento del estado ansioso y depresivo que desencadena la experiencia de enfermedad.

Así también, la evaluación de la enfermedad varía según el significado que se le atribuya, de los recursos disponibles para afrontarla y la apreciación de control. Puede que se evalúe como algo pasajero o irrelevante, como algo estresante e incontrolable, o como algo positivo, lo cual va a determinar la forma en que decida actuar cada individuo ante su situación de enfermedad. Si lo visualiza como un reto, es posible que busque superarla en la medida de lo posible, pero al considerarla estresante, según la cantidad de daño que le produce, puede optar por desarrollar nuevos recursos ó reaccionar con miedo, preocupación e inseguridad y actuar con irritabilidad, indiferencia ó frustración (Rodríguez y Frías, 2005).

No hay que olvidar que, el valor que le demos a los síntomas corporales depende del conocimiento que tenemos de la enfermedad y de nuestra resistencia a continuar nuestra conducta normal a pesar de los síntomas. De esta manera:

“La percepción que cada individuo tiene de un síntoma de enfermedad es el resultado de la experiencia pasada, de las características de personalidad, del entrenamiento que el individuo haya tenido previamente respecto a la enfermedad y del contexto general y sistema social en el que la enfermedad se produzca” (Rodríguez y Zurriaga, 1997, p. 52).

Un ejemplo sobre la interpretación de los síntomas corporales, son los dolores de cabeza o la irritación de la piel, los cuales, en ocasiones, no son atendidos de manera inmediata al no considerarse como enfermedad o de gravedad, en cambio, un dolor agudo y una hemorragia es difícil que sean ignorados, más cuando por experiencia previa y el conocimiento que se tiene al respecto, indican que puede ser peligroso por la zona del cuerpo que se encuentre afectada. Además, el dolor de cabeza generalmente es tratado mediante analgésicos que se venden sin receta médica, lo cual hace pensar que no es de gravedad y no acuden al médico.

Según sea la interpretación de los síntomas corporales experimentados, la persona suele asumir el papel de enfermo, lo cual determina su actitud hacia la enfermedad, ya sea que busque asistencia médica, se someta a procedimientos médicos, acepte el diagnóstico y tratamiento recomendado, o ignore tales síntomas, los atribuya a otras causas y busque otras alternativas para atender su malestar. Sin embargo, no todos los enfermos se comportan como si lo estuvieran, incluso, hay personas sanas que actúan como si estuvieran enfermas. Situación que nos conduce a la *conducta de enfermedad*, la cual es considerada una respuesta de afrontamiento.

Dicho término se refiere a la forma en que las personas responden a sus signos corporales y las actividades que llevan a cabo para descubrir los remedios adecuados. Por lo tanto, una conducta anormal de enfermedad es definida como *“la persistencia de un modo inapropiado de percibir evaluar y actuar en relación al propio estado de salud, a pesar de que el médico haya ofrecido una explicación razonable de la naturaleza de la enfermedad”* (Pilowsky, 1993, citado en Galán, Pérez y Blanco, 2001, p. 62).

La conducta de enfermedad se ha utilizado para buscar elementos comunes en individuos que sufren patologías diversas como hipocondríaco, de conversión o distímico o también según el tipo de enfermedades padecidas, entre éstas las

cotidianas, agudas, crónicas y en urgencias. En este sentido, Galán, Pérez, y Blanco, (2001) estudiaron a personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en tres condiciones distintas: con estabilidad clínica, pacientes hospitalizados y con cáncer de pulmón; donde encontraron que el grupo de estabilidad clínica tiende a creer que las demás personas no toman su enfermedad con suficiente seriedad; sienten a menudo los síntomas de una enfermedad muy grave y muestran mayor conducta anormal junto con los pacientes hospitalizados a diferencia de los que tienen cáncer de pulmón, quienes tienden a mostrar mayor adaptación a la enfermedad. Por lo tanto, los dos primeros grupos muestran mayor impacto psicosocial por la enfermedad, mientras más sienten que interfiere en sus vidas, piensan que son más propensos a enfermar y desconfían del médico.

El anterior estudio corrobora que hay distintas formas de responder a la enfermedad y a las emociones generadas por la misma, por ejemplo, hay quienes responden con vigilancia constante, ansiedad abierta y sensibilidad a señales de dolor, reconocen las emociones negativas que acompañan a la enfermedad, pero hay otros que reprimen los pensamientos relacionados al dolor y niegan el estrés potencial. Sin embargo, como menciona Brannon y Feist (2001), la principal defensa contra la enfermedad, no es la ausencia de estrés o malestar emocional, sino el afrontamiento eficaz del mismo.

### **3.1.1 Papel de los estilos de afrontamiento en la salud y enfermedad**

Los estilos de afrontamiento son las formas específicas en que el individuo pone en juego sus propios recursos para enfrentar alguna situación amenazante. Estas respuestas de afrontamiento tienden a disminuir el impacto de la enfermedad y pueden dirigirse al problema de enfermedad o a las emociones que se generan. Cuando los estilos de afrontamiento se dirigen al problema, se pretende cambiar la

fuente de estrés o, por lo menos, controlar el significado de la situación. Entre los estilos de afrontamiento que Rodríguez y Zurriaga, (1997); Rodríguez y Frías, (2005), destacan están los siguientes:

- *Confrontación* de la situación, ya sea que se tomen acciones directas sobre el entorno para cambiar la situación o se actúe sobre las emociones generadas por la enfermedad para buscar o mantener la sensación de control.
- *Negación* de los hechos, del significado de los mismos (minimizando la enfermedad) o, el estado emocional, en especial el miedo y ansiedad.
- *Evitación* o *distanciamiento*, donde se acepta la enfermedad pero se esfuerza por no pensar en ello y se comporta como si nada hubiera ocurrido.
- *Acción de escape o evitación*, realizando conductas que ayuden a escapar de la situación, como ver televisión, dormir más de lo acostumbrado, beber alcohol, ingerir drogas, mantenerse ocupado, pero también pueden ser conductas saludables de prevención como cambiar hábitos alimenticios y de higiene, entre otros.
- *Autocontrol*: cuando guarda los problemas para sí mismo.
- *Resignación o aceptación de la enfermedad*, donde al asumir el rol de enfermo, realiza conductas de enfermedad como buscar ayuda del médico y someterse a las indicaciones, o puede tomar una actitud de resignación y actuar pasivamente.
- *Búsqueda de apoyo social*: pedir consejo, exponer el problema a un amigo o familiares.
- *Búsqueda de información*, reduce la incertidumbre o ambigüedad, restaura el sentido de control, proporciona algo que hacer y en ésta puede encontrar respuestas razonables sobre su situación.



- *Reinterpretación positiva*, donde se le atribuye un nuevo significado a la crisis para entenderla y actuar en consecuencia. Puede servirse de frases como “la experiencia enseña” o “lo que no mata te hace más fuerte”.
- *Uso de imágenes mentales* de la enfermedad para tener efectos en las respuestas fisiológicas, incluso puede acompañarse de relajación.
- *Planificación de solución del problema*: donde se establece un plan de acción para después seguirlo.

Algunos estilos resultan más adecuados que otros según la situación, por ejemplo, la negación de la enfermedad puede ser un estilo de afrontamiento adaptativo, al motivar a la persona a restarle importancia a las consecuencias negativas y puede conducirlo hacia otro estilo de afrontamiento como la reinterpretación positiva. En cambio, otros pueden asumir el rol de enfermo, buscan información y apoyo social, pero mantienen una actitud de resignación, por lo que se vuelven pasivos y dependientes de los demás con respecto a su estado de salud (Gallar, 1998).

Como puede observarse, se puede afrontar la enfermedad evitando consecuencias perjudiciales a corto ó largo plazo, al analizar la gravedad de la misma y buscando apoyo social, asesoramiento e información profesional, valorando las alternativas de tratamiento y por último, mediante la adopción de hábitos de vida saludables.

Cabe mencionar, que si las respuestas de afrontamiento no se encuentran dentro del repertorio comportamental del individuo, no puede llevarlas a cabo, pero sí puede adquirirlas mediante la intervención psicológica. De acuerdo con León y Medina (2002), la conducta de enfermedad puede autorregularse en tres etapas, por lo tanto puede enseñársele al paciente primero a elaborar una definición o representación del problema y de la emoción que le acompaña. Después se planea, selecciona y ejecutan respuestas alternativas para afrontar la amenaza

objetiva de la enfermedad y las reacciones emocionales involucradas. Por último, se evalúa si las estrategias de afrontamiento resultaron efectivas, lo cual va a determinar si las estrategias se vuelven a utilizar en otra ocasión ó si la forma de representar el problema será la misma.

En el caso de enfermedades crónicas, se crean múltiples estresores que exceden las capacidades de afrontamiento de las personas ya que tiene un impacto en el estado físico, inmunológico, afectivo y social; por lo tanto, requiere de habilidades de afrontamiento que involucren una reevaluación de la situación en términos más positivos y se tomen acciones apropiadas. En un estudio realizado por Pernas, Iraurgi, Bermejo, Basabe, Carou, Paez y Cabarcos (2001), examinaron las formas de afrontamiento de personas seropositivas de una edad promedio de 29 años, y encontraron que estos sujetos utilizan en mayor medida métodos activo-cognitivos, seguido por formas activas conductuales, y en menor medida, formas evitantes, de los cuales predominaron estilos de afrontamiento como el crecimiento personal, la resignación y la rumiación. Siendo las menos usadas la evitación y la distracción, lo cual indica que sí existe una adaptación a la enfermedad, por lo menos en los participantes de este estudio.

En otro estudio realizado por Montiel, Urquidi y Gálvez, (1999) identificaron la relación entre afrontamiento, ansiedad, depresión y ajuste psicosocial, en pacientes con cáncer cervicouterino y de mama. Las participantes mostraron problemas de ajuste a partir de su enfermedad, presentaron depresión, y ansiedad como tendencia a responder a situaciones estresantes y su situación de enfermedad, continuamente se culpan por su padecimiento y evitan o niegan cualquier situación que se relacione con su enfermedad.

Se descubrió también, que la depresión y ansiedad son variables que predicen el ajuste psicosocial, por determinar la percepción de pérdida de control, característico de los padecimientos crónicos. A su vez, dichas emociones de ansiedad y depresión según Lazarus y Folkman (1984, citados en Montiel, Urquidi y Gálvez, 1999) son producto de la valoración cognoscitiva del evento y de las estrategias de afrontamiento.

Ambos estudios muestran que el proceso de afrontamiento inicia con la apreciación o percepción de una enfermedad, dichas atribuciones causales de la enfermedad pueden ser optimistas o pesimistas, las cuales llegan a generar emociones negativas empeorando la situación. Entonces, las creencias relacionadas, son las determinan la estrategia de afrontamiento a utilizar.

De acuerdo con Buceta, Bueno y Mas (2001), el estrés en general y el que resulta por alguna enfermedad crónica, activa cogniciones estables (valores, creencias y actitudes) propiciando una valoración sesgada de la situación y de los recursos de afrontamiento. De forma similar, los estilos de afrontamiento relativamente estables influyen en la valoración de la situación y de los propios recursos, e indica una disposición para hacerle frente, por ejemplo: la negación, la huida, evitación, autoculpación, confrontación irracional son estilos que tienden a aumentar la vulnerabilidad al estrés; mientras que el afrontamiento activo, la búsqueda de soluciones, autocontrol y la reevaluación positiva de la situación, tienden a incrementar la inmunidad hacia el estrés.

Lo anterior sugiere una interrelación entre variables psicológicas como los estados emocionales, el afrontamiento, valoración cognoscitiva (creencias y actitudes) y ajuste psicosocial a la enfermedad.

### **3.1.2 Papel de las Creencias en la salud y enfermedad**

Según Rodríguez y Zurriaga (1997), las *creencias* son “configuraciones cognitivas” sobre la realidad, que son moldeadas culturalmente. Al valorar alguna situación, las creencias son las que determinan como son las cosas en el entorno, le da un sentido y, junto con los valores y actitudes, se manifiestan en formas de comportamiento.

Cabe recordar que, las actitudes junto con las creencias, valores y conocimientos de salud forman parte de los factores psicológicos que participan para conservar un estado saludable o predisponen al organismo a contraer alguna enfermedad, debido a que determinan la emisión de conductas saludables y de riesgo para la salud. Estos factores psicológicos actúan de manera conjunta, por lo que, para dar cuenta de uno es necesario referirnos a otros, por ejemplo, el conocimiento que se tenga sobre alguna enfermedad, su formas de transmisión y prevención, generan creencias que pueden contribuir tanto hacia una actitud positiva como negativa, según la ambigüedad de la información y de los valores personales y culturales; además de la influencia de factores ambientales y predisposición genética.

Las creencias, principalmente, se forman a partir del conocimiento sobre un determinado fenómeno, la experiencia previa en relación con el mismo, normas sociales y actitudes, todos éstos moldean el significado que se le atribuye. Sin olvidar la influencia de variables demográficas como la edad, sexo, raza, y otras variables psicosociales como la personalidad, clase social, por mencionar algunos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). Se dice que las creencias desempeñan un papel importante en las conductas de salud, porque una persona decide actuar a favor de su salud depende de sus valores generales de salud, sus creencias sobre su vulnerabilidad ante la enfermedad y sobre la gravedad de la misma, así también de las creencias sobre la eficacia de algunas medidas concretas a utilizar.

Sin embargo, las creencias de salud por sí solas, no aseguran que se lleven a cabo conductas saludables, esto lo corroboran Meda, Torres, Cano y Vargas, (2004), en un estudio donde exploraron las creencias salud y enfermedad en estudiantes universitarios y sus estilos de vida. Los resultados mostraron que aún cuando ocho de cada diez estudiantes universitarios tienen creencias orientadas a la salud, dado que creen importante hacer ejercicio físico, tener conductas de autocuidado, acudir al médico periódicamente, evitar consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias; esto no coincide con sus estilos de vida, ya que no realizan ejercicio físico, desconocen su peso y estatura adecuada a su sexo, no llevan a cabo conductas de autocuidado, tal vez por las creencias predominantes en los jóvenes acerca de que los adultos son quienes más se enferman. En el caso de las mujeres, tuvieron más creencias protectoras en lo sexual que los hombres, y son ellos quienes presentan mayor actividad física, pero también mayor consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias.

En ocasiones, se generan creencias erróneas sobre la salud al desconocer los factores involucrados en el desarrollo de enfermedades, lo que dificulta que éstas puedan prevenirse, por ejemplo, el SIDA con frecuencia se asocian con diversas creencias, mitos y comportamientos que han generado actitudes negativas debido a que no se llevan a cabo medidas preventivas a tiempo, así como diagnóstico y tratamiento oportuno.

En este sentido, De León, Pelcastre y Rojas, (1999) al investigar sobre los conocimientos y creencias que poseen los adolescentes sobre el SIDA, encontraron que, un porcentaje bajo reportó haber tenido relaciones sexuales, consideran que conocen poco sobre el tema y que los medios por los que reciben información al respecto es la televisión, centros de salud y carteles. Esta población, no posee información suficiente sobre VIH, pero la mayoría lo relaciona con la muerte y creen que la población homosexual es la responsable de adquirirla

y transmitirlo. Desconocen las prácticas preventivas como sexo seguro y protegido, así como las formas de transmisión, y tienden a hablar sobre sexualidad más con amigos y muy poco con sus padres.

En cuanto a la percepción de riesgo, en su mayoría no creen que puedan padecer SIDA, pero sí les preocupa contraerlo, poco menos de la mitad creen improbable que puedan adquirirlo y otros manifestaron creencias religiosas al considerar que la posibilidad está en manos de Dios.

Tomando en cuenta lo anterior, puede deducirse que los adolescentes de este estudio son una población de riesgo, dado que sus creencias sobre el SIDA son erróneas al estar basadas en conocimientos inadecuados e insuficientes, por lo tanto, no saben como actuar para prevenir esta enfermedad. De ahí la importancia de la psicología de la salud dirigida al ámbito escolar para implementar programas de educación para la salud y/o para proporcionar herramientas necesarias a los profesores o personal responsable sobre como tratar estos temas de salud. Por otro lado, saber que los medios por los que se informan los adolescentes es la televisión, centros de salud y carteles, permite planear programas de salud que involucre estos medios para poder llegar a una mayor cantidad de personas e influir en sus creencias y actitudes de salud.

Algo similar ocurre en casos de pacientes con diabetes, donde presentan una baja adherencia al tratamiento médico debido a sus creencias donde aminoran la gravedad de la enfermedad e ignoran la necesidad de restringir su dieta y la toma de medicamentos. Mientras que en pacientes con cáncer, es común que relacionen esta enfermedad con la muerte, lo cual genera mayor preocupación y ansiedad ante los estudios clínicos, las intervenciones quirúrgicas y los efectos secundarios del tratamiento. Incluso, aún después de haber concluido el tratamiento, siguen manifestando ansiedad por la creencia persistente de

recurrencia de la enfermedad y por lo tanto, se vuelven más pendientes de cualquier síntoma físico para determinar un posible signo de cáncer (Brannon y Fesit, 2001).

Por lo tanto, las creencias son factores que el psicólogo de la salud debe tomar en cuenta para modificar conductas de riesgo para la salud y al tratar las repercusiones psicológicas de enfermedades físicas como crónicas; porque tienen una influencia directa sobre la percepción de la enfermedad, el dolor percibido y las estrategias de afrontamiento.

Según Camacho y Anarte (2003), a mayor creencias de recursos para hacerle frente a la enfermedad, es menor la intensidad de dolor percibido, mientras que, si prevalecen creencias de indefensión, genera mayor uso de autoafirmaciones catastróficas, las cuales tienden a aumentar la percepción del dolor, dicha percepción intensifica el malestar emocional del paciente y éste incrementa la sensibilidad al dolor, manteniendo las creencias de indefensión, formando un círculo de perpetuación donde el afrontamiento se ve influenciado por las creencias y estado de ánimo deprimido.

### **3.1.3 Papel de las actitudes en la salud y enfermedad**

Si se toma la definición elaborada por Krench (citado en Sánchez, Ramos y Marset, 1994, p. 80) una actitud es entendida como *“un sistema más o menos duradero de valoraciones positivas o negativas, estados emotivos y tendencias a actuar en pro o en contra, con respecto a un objeto social”*. En términos generales se trata de una organización de varias creencias, opiniones, sentimientos y conductas que expresan una predisposición a responder de manera favorable o desfavorable hacia un objeto, persona o situación.

Para comprender una actitud requiere remitirnos a sus componentes; conocimiento, información, percepción, opinión, creencia y pensamiento que se tenga hacia diferentes actividades u objetos. A partir de estos elementos, se genera un sentimiento a favor o en contra de los mismos, lo cual marca la tendencia a reaccionar hacia el objeto de una determinada manera.

Por ejemplo, la actitud hacia la participación ciudadana sería la predisposición del individuo para asistir a reuniones donde se traten temas de salud, tener hábitos saludables o incorporarse a un grupo de voluntariado (Sánchez, Ramos y Marset, 1994). No es la conducta misma, sino lo que la gente estaría dispuesta hacer según las normas sociales.

Entonces, el que una persona asista o participe en reuniones y programas de salud, va a depender de su actitud individual (sea favorable o no, hacia éstas actividades), de lo que cree que piensan los demás (sus vecinos, compañeros, centros de salud y familia) que debe hacer, convirtiéndose en una norma que orienta su conducta.

De esta manera, las *actitudes* se forman en primer lugar por la motivación o el deseo de satisfacer una necesidad personal y por los incentivos que recibe por ello, después tiende a imitar modelos de su grupo de referencia, es decir, aquellos con los que coincide en actitudes y se encuentran expuestos a la misma información y situaciones similares. Así, al realizarse en repetidas ocasiones, se establece una forma constante de responder ante una situación, (Rivas y Fernández, 1991).

Debido que en la actualidad se le está dando mayor importancia a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, resulta indispensable la participación de la población y por ello se ha buscado identificar aquellos grupos más ó menos participativos según sus características sociodemográficas y hábitos de salud. Al respecto, Sánchez, Ramos y Marset, (1994) encontraron que las personas que suelen tener mayor actitud participativa hacia la salud, son hombres y mujeres de



una edad entre los 18 a 35 años, de zona urbana, solteros y de un estatus socioeconómico elevado, y preferentemente con estudios universitarios. También, quienes manifiestan cierta preocupación por temas culturales, políticos y colectivos, así como por aspectos relacionados con su propia salud.

Este tipo de población puede ser aprovechada para implementar programas de salud, para modificar hábitos negativos y con ello, prevenir enfermedades; sobretodo porque en este rango de edad es donde prevalecen conductas de riesgo, como tomar, alcohol, drogas, accidentes automovilísticos, relaciones sexuales de riesgo, hábitos de alimentación insanos, cuya consecuencias se muestran en edades más avanzadas con la manifestación de enfermedades crónicas.

Son diversos los estudios que se han hecho entorno a las actitudes de salud, por su parte, la Secretaria de Salud de México, preocupada por la prevalencia de las enteritis y otras enfermedades diarreicas como causas principales de morbilidad y mortalidad en población infantil; por medio de la encuesta sobre práctica y prevalencia de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO), se propuso determinar los conocimientos y prácticas en torno al uso de la terapia de rehidratación y su manejo domiciliario que influyen en las actitudes y conductas de las madres ante un episodio de diarrea de sus hijos, y los factores que determinan el uso de las sales de rehidratación oral (SRO).

En esta investigación, Lezana, (1993) reporta que existe una prevalencia de creencias populares respecto a las causas de la diarrea, entre ellas, “empacho”, efecto de la leche y la más importante, la falta higiene en alimentos o que se encuentran en mal estado. En cuanto a las medidas que deben tomarse en casos de diarrea, el 40% indicó que deben recibir líquidos adicionales como agua de arroz, atoles o té, mientras que una tercera parte de las personas conoce las sales de rehidratación oral (SRO) y las ha utilizado.

Otra costumbre popular fue que tienden a suspender uno o varios alimentos en sus hijos, para evitar las evacuaciones frecuentes de sus hijos, pero esto es erróneo ya que se debe continuar la alimentación habitual. El 63.5% conocen el término deshidratación o ha escuchado sobre éste, principalmente a través de la televisión y en segundo lugar por el médico.

Lo anterior muestra que los conocimientos determinan las creencias de las personas, y éstas a su vez contribuyen a la formación de actitudes hacia la salud. Cuando se desconocen las causas de una enfermedad o formas de tratarla, se forman creencias erróneas que pueden agravar el estado de salud; entonces, la calidad del conocimiento que reciben y según la fuente de la información, es lo que permite manifestar una actitud favorable o desfavorable hacia la administración de algún tratamiento, en éste caso, las sales de rehidratación oral.

En otro estudio sobre las actitudes hacia la sexualidad (Ramírez, Lizarraga, Félix, Campa, y Montaña, 1998), se encontró que en la ciudad de México, más de la mitad de los jóvenes de preparatoria son sexualmente activos, iniciando desde 14 o 16 años, sin embargo, se encuentran poco informados con respecto a la sexualidad y al uso de métodos anticonceptivos. En cuanto a sus actitudes hacia las relaciones prematrimoniales, los jóvenes manifestaron que para los hombres es más aceptable y casi exigida una iniciación temprana en la actividad sexual, y en mujeres está casi prohibido tenerlas. Dicho desconocimiento genera actitudes poco favorables hacia conductas de prevención de enfermedades sexuales y embarazos, ocasionándoles problemas emocionales.

De ahí la importancia de tratar las actitudes que las personas tienen sobre su salud, lo cual va a depender de la valoración que hagan de la misma, de las creencias y conocimientos que tengan sobre las causas que originan las enfermedades o las razones por las que lleven a cabo conductas saludables o de riesgo para la salud.

### **3.1.4 Actitud ante la enfermedad**

Gallar, (1998) explica que de acuerdo a la valoración cognitiva de la enfermedad y según el grado de alteración, pueden darse dos actitudes: cuando se considera la enfermedad como un reto, favorece conductas de afrontamiento, pero cuando es vista como amenaza, favorece conductas de evitación. Una vez que la persona decide afrontar el estrés producido por la enfermedad, aplica y desarrolla sus propios recursos, ya sea para aminorar las consecuencias negativas o disminuir la ansiedad que provoca y de ser posible eliminar ambas. De forma que cuando las respuestas de afrontamiento son positivas, favorece el control de enfermedad disminuyendo la ansiedad, pero si son negativas tiende a aumentar ésta última. Finalmente, evalúa si ha actuado correcta e incorrectamente, si recurrió a la opción terapéutica adecuada y a partir de ello, modifica su conducta o estrategia de afrontamiento.

Por lo tanto, puede decirse que las actitudes hacia la enfermedad son relativamente estables en la persona, son aprendidas y pueden generarse o reactivarse por experiencias relacionadas con situaciones de amenaza de la salud personal. Asimismo, las actitudes y expectativas creadas ante la enfermedad hacen anticipar reacciones emocionales, más cuando se trata de un diagnóstico de enfermedad crónica como el cáncer.

En este sentido, Torrico, Santín, López y Andrés (2002) señalan que las actitudes que se generan ante el cáncer de mama y las repercusiones psicológicas que anticipan el evento difieren en mujeres sanas y en mujeres enfermas de cáncer. En las mujeres con cáncer se observa más espíritu de lucha, tal vez porque consideran dicho diagnóstico como un reto a superar, tienden a darle un nuevo sentido a sus valores donde las críticas ajenas no ocupan un lugar relevante; mientras que las mujeres sanas al no haber vivenciado el diagnóstico del cáncer, se muestran más desadaptadas emocionalmente, al imaginarse tener cáncer no son capaces de

desarrollar estrategias cognitivas efectivas para luchar contra una enfermedad que socialmente es vivida como insuperable.

Este hecho se explica porque el diagnóstico de cáncer tiende a percibirse como algo perturbador, que altera anímicamente a una persona, induciéndola a la depresión, ansiedad, con poca energía, pero sin llegar a una patología psicológica severa. Dicho conocimiento, se relaciona con la representación cultural que se tiene del cáncer como una enfermedad dolorosa y mutiladora, con pocas posibilidades de curación y con consecuencias físicas estéticas extremadamente desagradables.

Las reacciones emocionales ante la amenaza de alguna enfermedad son principalmente, estrés, ansiedad y angustia, éstas se desencadenan desde el momento en que se sospecha que algo anda mal y cuando las personas se realizan pruebas clínicas para obtener un diagnóstico o descartar algún problema de salud.

De acuerdo con la investigación realizada por Sandín, Chorot, Valiente, Lostao, Santed, y Fernández, (2000), el que las mujeres participen en programas preventivos de detección de cáncer de mama, las llamadas mamografías, implica varios "costes", entre ellos: la pérdida de tiempo, la interrupción de sus actividades laborales y cotidianas, además de que algunas pruebas resultan incómodas, producen estrés, y temor de adquirir cáncer. De igual forma, las pruebas complementarias generan un impacto psicológico, e incluso suele ser mayor porque la repetición de algunas pruebas u otras nuevas, representa la existencia de un "falso positivo", que hace creer a la persona que puede padecer la enfermedad temida. Esta afectación psicológica y la percepción de riesgo, caracterizada por ansiedad y preocupación por la posibilidad de padecer cáncer de mama, puede permanecer en el tiempo, a pesar de que se les haya informado a las mujeres la inexistencia de cáncer, originando actitudes hipocondríacas.

Con respecto a las actitudes hipocondríacas, cabe señalar que éstas guardan una estrecha relación con la ansiedad, sobre todo con ciertas manifestaciones como las reacciones de miedo, fobia a la enfermedad, preocupaciones y miedo a los síntomas corporales. Esto porque al generarse ansiedad, fisiológicamente se producen cambios, aumenta la frecuencia cardíaca y respiratoria, la secreción de hormonas, entre otras respuestas fisiológicas; con el fin de optimizar la fuerza muscular, los reflejos, la capacidad de atención y concentración, para responder al estímulo amenazante. Dicha ansiedad, actúa sobre el sistema nervioso motivando el aprendizaje y mejorando la ejecución de actividades, pero también puede tener un efecto contrario, paralizando la conducta debido a la sensación de que poco o nada puede hacerse para controlar la situación (Gallar, 1998).

Estos síntomas experimentados por la ansiedad, llegan a ser confundidos con signos de alguna enfermedad, en especial cuando se tiene conocimiento sobre los síntomas corporales que caracterizan las enfermedades actuales o aquellas que son temidas, generando miedo o preocupación por su estado de salud, y con ello se produce mayor ansiedad, intensificando la presencia de los síntomas somáticos, formando un círculo vicioso.

Con respecto a la ansiedad, Diez (1976), explica que se trata de un estado emocional natural que puede llegar a ser una experiencia desagradable y en estados graves puede ser insoportable y patológico cuando afecta el bienestar general y eficacia personal. Implica una vivencia subjetiva que involucra componentes cognoscitivos (activación de creencias, valores, actitudes, etc.) y alteraciones corporales. De forma similar actúan otras emociones sobre el funcionamiento orgánico y psicológico de las personas.

Así como una enfermedad física genera un impacto psicológico, también un mal funcionamiento psicológico predispone a las personas a adquirir alguna enfermedad física, por ejemplo, el estrés al generar ansiedad tiende a aumentar la

vulnerabilidad del organismo a desarrollar trastornos de salud. Esto no significa que la simple presencia de emociones negativas o un mal funcionamiento psicológico producen de forma directa alguna enfermedad, sólo adquiere un papel que predispone al organismo a enfermar, sin lugar a dudas, requiere que exista un daño orgánico, además de los factores sociales y medioambientales como se mencionó en el primer capítulo.

Dado lo anterior, se dice que existen enfermedades pueden ser *padecidas* o *percibidas*, en las primeras hay evidencia de algún daño orgánico y son corroboradas con el diagnóstico médico; mientras que las segundas son subjetivas, donde se tiene la sensación y creencia de estar enfermo, manifestándolo mediante conductas propias de una persona enferma, incluso, experimentan estrés de igual forma que en las enfermedades reales y en ocasiones en mayor grado.

Entre las enfermedades padecidas se encuentran todas aquellas enfermedades crónicas, agudas, psicogenéticas y terminales, las cuales según sus características y formas en que interfieren en la vida de quien las padece determina las actitudes que adopten ante la misma, así como las de sus familiares. Mientras que entre las enfermedades percibidas se encuentra la hipocondría y los trastornos somatoformes, incluso, existen pacientes que simulan un dolor crónico o enfermedad para obtener una compensación y evitar responsabilidades (Hendler y Talo, 1992).

### **3.2 Definición de Hipocondría**

Desde la antigüedad, en la era hipocrática, se creía que los órganos del abdomen, una región denominada hipocondrio, era donde se originaban las enfermedades anímicas, incluso los griegos asociaban los cambios mentales con variaciones orgánicas en esta zona. Muy pronto toda clase de dolores de estómago y molestias digestivas acabaron mezclándose confusamente con otros síntomas de

carácter psíquico. Mas tarde, la sintomatología se fue extendiendo a los atributos típicamente hipocondríacos, como ansiedad extrema, observación excesiva de los procesos corporales y en el siglo XVII, un inglés llamado Burton acuñó el término *hipocondriasis* como un miedo aprensivo a padecer enfermedades que se escuchan o leen, aplicándolos a uno mismo. Durante el siglo XVIII se publicaron numerosos tratados sobre este tema e instrucciones para médicos acerca de cómo tratar a este tipo de pacientes (Farré, 1997).

Desde el punto de vista psicológico, la hipocondría es una actitud que el individuo adopta ante la enfermedad, un trastorno en el que la persona interpreta síntomas somáticos de depresión y ansiedad como enfermedad. Se refiere a un problema que se encuentra entre la salud mental y la física, el cual puede llegar a ser muy severo debido a que afecta la calidad de vida de quienes lo padecen y de sus familiares, por sentirse impotentes e incapaces de dar ayuda al enfermo. El diagnóstico no es sencillo, porque suelen referir sus síntomas con tanto detalle con relación al lugar afectado, intensidad de las molestias y al momento de su aparición, que para descartar cualquier problema verdadero, los médicos tienen que realizar varios estudios clínicos.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) y el DSM IV, consideran a la hipocondría dentro de los trastornos somatoformes, debido a la presencia de síntomas vagos, variables y generalizados, sin alteración orgánica, que no son fingidos, ni producidos a voluntad. Parece ser que las personas hipocondríacas poseen un umbral bajo a la sensación somática y tienden a usar más los servicios de salud.

Las sensaciones normales y perturbadoras, así como la atención suele centrarse sólo en uno o dos órganos o sistema corporales. Con frecuencia hay síntomas

depresivos y ansiosos que pueden justificar un diagnóstico adicional. Su definición se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la hipocondría en las clasificaciones de las psicopatologías actuales

<b>DSM – IV</b>	<b>CIE - 10</b>
<p>A. Preocupación por el miedo a tener, o la idea de que se tienen una enfermedad grave que se basa en la interpretación errónea que hace la persona de los síntomas corporales</p> <p>B. La preocupación persiste a pesar de la evaluación y explicación médicas apropiadas.</p> <p>C. La creencia del criterio A no es de intensidad delirante (como en el trastorno delirante, subtipo somático) y no se restringe a una preocupación circunscrita acerca de la apariencia (como el trastorno dismórfico corporal).</p> <p>D. La preocupación origina angustia o un deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>E. La duración de la alteración es de por lo menos seis meses.</p> <p>F. La preocupación no se explica mejor por un trastorno por ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico, un episodio depresivo mayor, ansiedad de separación u otro trastorno somatoforme.</p>	<p>A. Creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyace al síntoma o síntomas presentes, aun cuando exploraciones y exámenes repetidos no hayan conseguido encontrar una explicación somática adecuada para ellos, o una preocupación persistente por una deformidad supuesta.</p> <p>B. La preocupación secundaria a este convencimiento y a los síntomas son causa de malestar o invalidez social, y llevan al enfermo a buscar tratamiento médico o pruebas de diagnósticas.</p> <p>C. Rechazo continuado por parte del sujeto a aceptar las aclaraciones de los médicos sobre que los síntomas carecen de causa somática, excepto durante o inmediatamente después de los chequeos y por cortos períodos de tiempo que no exceden las pocas semanas.</p>

Fuente: Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, (2003), p. 283 y CIE – 10, (1993), p. 140.



Se considera dentro de los trastornos somatoformes según Caballo, y Simón (1998) por presentar una tendencia a experimentar y comunicar sensaciones somáticas para las que no hay una explicación patológica conocida. Tiene su origen en un problema o conflicto de orden psicológico, como la experiencia de sucesos vitales estresantes, incluso la ansiedad puede provocar una somatización directa, como tensión del cuello, dolor de cabeza. Por ello se dice que, una persona que somatiza, convierte sus miedos y preocupaciones en síntomas físicos: jaquecas, dolores musculares, de espalda o gástricos que, al ser reales para él, los interpreta como enfermedades y acude al médico buscando el origen de su mal.

De forma similar, la persona hipocondríaca según Pilowsky, 1987, (citado en Avia 1993), es aquella que a pesar de que el médico le ha ofrecido una explicación precisa de lo que le pasa, insiste en percibir, evaluar y actuar de forma inadecuada respecto a su propio estado de salud. Pero a diferencia de los trastornos de somatización, un hipocondríaco, no suele automedicarse, debido a que le teme a los efectos adversos, pero puede llegar a hacerlo. Tiene miedo no a los síntomas, sino a que sean signos de alguna enfermedad, por ello, a veces no va al médico por temor a que le confirme que realmente tiene algo.

Considerando lo anterior, todos en algún momento somatizamos ó podemos tener una hipocondría transitoria, luego de la muerte de un familiar o un conocido, y pasar por un periodo durante el cual podamos sentir temor a sufrir un problema similar, por ejemplo, suele ocurrir en los estudiantes de medicina por la información que recibe en clase sobre los síntomas característicos de las enfermedades, o cualquier persona después de haber leído folletos y libros sobre salud; pero también, en otras ocasiones, la hipocondría se vuelve un trastorno crónico, al estar preocupado todo el tiempo por estar enfermo y que eso cause una muerte inevitable.

### **3.2.1. Factores que propician actitudes hipocondríacas**

Farré (1997), explica que intervienen factores genéticos y bioquímicos, debido se ha corroborado que al tomar antidepresivos, se incrementa la acción de una sustancia cerebral denominada serotonina, produciendo una mejoría en personas hipocondríacas, lo cual sugiere que presentan un posible déficit de esta sustancia en el sistema nervioso. Otros factores que afectan la probabilidad de que una persona se vuelva hipocondríaca son la raza, sexo, religión y la edad. Suele presentarse en personas adultas, con mayor frecuencia en hombres de 30 a 40 años de edad y en mujeres entre los 40 y 50 años, y en menor proporción en jóvenes y niños.

También, juega un papel importante el tipo de personalidad, ya que aquellas que tienden a ser más obsesivas de lo normal, son vulnerables a situaciones de estrés ó tienden a experimentar con facilidad ansiedad, reacciones depresivas y hostiles, suelen estar más propensos a la hipocondría. Parece ser que el 15 o 20 por ciento de los pacientes que consultan a los médicos, son hipocondríacos, y en población en general este porcentaje podría aumentar a 34%, lo cual es preocupante si se piensa en los costes tanto personales como familiares y somáticos que produce (Farré, 1997).

Incluso, factores sociales como la industrialización y la urbanización han contribuido con actitudes hipocondríacas en las personas, porque por una parte se nos bombardea de publicidad sobre hábitos insanos, nos insita a consumir y adquirir productos que no cubren nuestras necesidades básicas pero si brindan prestigio social y, por otro lado, se expone gran cantidad de información sobre varias enfermedades y síntomas característicos, muchos de los cuales aparecen en condiciones físicas menores y pasajeras, lo cual produce preocupación en la

población. Además de los múltiples factores provenientes del estilo de vida que se mencionaron como factores externos de la salud en el primer capítulo.

De acuerdo con Fernández y Fernández (2003), las *variables predictoras* del mantenimiento de preocupación hipocondríaca son:

- Haber recibido atenciones especiales a lo largo de la infancia a causa de la salud o que éstos hayan interferido en su funcionamiento diario. Asimismo, haber asistido a frecuentes consultas médicas.
- Cuando desde la infancia se ha tenido contacto con enfermedades físicas ya sea en uno mismo o en personas cercanas, aumenta la probabilidad de que aparezcan preocupaciones por la salud.
- Que en la familia existan actitudes y creencias hipocondríacas.
- Que una persona importante haya padecido alguna enfermedad grave o haya muerto a causa de la misma.

Mientras que los *factores que desencadenan* actitudes hipocondríacas según Avia, (1993) son:

- La enfermedad o muerte de un allegado.
- Niveles de ansiedad elevados y/o frecuentes
- Ocurrencia de acontecimientos estresantes o circunstancias vitales actuales que perturben el bienestar persona, predisponen a problemas somatoformes.
- La información alarmante sobre enfermedades, incluyendo los síntomas que las caracterizan, que se transmite en los diferentes medios de comunicación, en ámbitos escolares y centros de salud.
- Que haya discrepancias entre lo que el médico informa y las molestias del paciente. Así como que un diagnóstico con el que llega el paciente sea

refutado por otro profesional de la salud, lo cual genera desconfianza hacia el personal médico

Sin embargo, las variables que se consideran relevantes en el origen, desarrollo y mantenimiento de actitudes hipocondríacas son las creencias de salud, la presencia de acontecimientos vitales estresantes y la experiencia de aprendizaje, ya sea directo, observacional ó simbólico.

Asimismo tiene un papel importante la Afectividad Negativa, que se refiere a una característica de personalidad donde se tiende a valorar de forma negativa las situaciones (pesimismo); en el caso de la hipocondría, los predispone a exagerar sus alteraciones fisiológicas, informar un mayor nivel de molestias corporales y a experimentar estados emocionales negativos (Fernández y Fernández, 1998).

Estas situaciones, cuando actúan de manera conjunta van moldeando actitudes y respuestas ante la salud y la enfermedad. De forma que, las personas con actitudes hipocondríacas, tienden a amplificar cualquier estímulo o sensación percibida en su cuerpo, desde una mancha en la piel, hasta un dolor de cabeza, los cuales pueden deberse a la ansiedad, pero al relacionarlos con creencias y pensamientos negativos, tienden a considerarlos como signo de enfermedad y con ello, se genera mayor ansiedad, formando un círculo vicioso difícil de romper.

### **3.2.2 Hipocondría desde un enfoque cognitivo – conductual**

Desde la perspectiva conductual, el medio es el que condiciona al individuo, por lo tanto, las neurosis son considerados como hábitos aprendidos de índole mal adaptativa, entonces, la hipocondría junto con las enfermedades psicósomáticas y las demás manifestaciones físicas del estrés emocional son en esencia malos hábitos, una respuesta somática aprendida al estrés (Baur, 1989).

Según Avia (1993), el modelo conductual estudia la hipocondría como una fobia a la enfermedad, donde el temor a la enfermedad impulsa la conducta de solicitar tratamiento, y al hacerlo de manera repetida, es similar a un trastorno obsesivo-compulsivo. Por esta razón, su tratamiento exige el desaprendizaje del mal hábito y su reemplazo por una respuesta más apropiada.

Mientras que el enfoque cognitivo-conductual, explica que el problema hipocondríaco se debe principalmente a la percepción exagerada de peligro de las propias sensaciones corporales, la creencia de tener una elevada probabilidad de riesgo ante posibles enfermedades y a una pobre sensación de control o eficacia ante situaciones amenazantes. Esta situación es determinada por un conjunto de creencias disfuncionales sobre salud, la enfermedad y el significado de los síntomas; elementos que se han ido consolidando a partir de la experiencia previa, errores médicos, muerte o enfermedad de personas relevantes. Así, cuando ocurre algún incidente crítico, se activan creencias y pensamientos negativos de forma automática, ocasionando que el individuo atienda de forma prioritaria hacia todo aquello que pueda ser indicativo de enfermedad y pase por alto las sensaciones normales (Avia, 1993).

Los procesos cognitivos que participan son abstracción selectiva, generalización, inferencia arbitraria, maximalización–minimalización, pensamiento dicotómico y personalización. Este proceso es explicado por Martínez y Botella, (1997) de la siguiente manera: una persona a partir de su contexto sociofamiliar, realiza un aprendizaje por observación de los comportamientos, actitudes, y formas de afrontamiento a la enfermedad, entonces, va desarrollando un esquema cognitivo sobre la creencia de tener una enfermedad física o la posibilidad de padecerla a partir de ciertos indicios físicos. Situación que es reforzada por diagnósticos erróneos sobre enfermedades detectadas por los médicos. Además hay que tomar en cuenta que, esta persona aprende a prestar atención (percepción selectiva) a

los síntomas corporales y a darles una interpretación según su propia experiencia de enfermedad o de acuerdo a lo que ha observado en otros.

Este esquema cognitivo es activado por sensaciones internas normales como la digestión, respiración, cansancio físico, entre otros, y por procesos patológicos menores como cefaleas de tensión; variaciones emocionales como ansiedad, ira o tristeza, y por estímulos externos como noticias o información sobre enfermedad.

Entonces, se lleva a cabo un proceso selectivo de la información, centrándose en las señales internas y externas desagradables, interpretándolas como amenaza para la salud a partir de una visión catastrófica y temor a las consecuencias del malestar, originando una sensación de malestar personal real, que el sujeto atribuye a una enfermedad (Martínez y Botella, 1997).

Dicha interpretación de las sensaciones corporales origina diferentes reacciones comportamentales, por ejemplo, pueden buscar información relacionada con la enfermedad a través de amigos y familiares que hayan padecido síntomas similares. Incrementan sus quejas y preocupaciones por temas de enfermedad, al igual que el número de consultas a médicos y especialistas, y se someten a distintos pruebas clínicas. Además, pueden adoptar conductas típicas de un enfermo, como guardar reposo, medir su temperatura, el pulso, modificar dieta, utilizar fármacos paliativos o preventivos, realizar autoinspecciones de la zona o función corporal alterada; al mismo tiempo, disminuyen otras conductas como consumir alimentos variados, beber vino, salir de casa, hacer deporte, viajar, entre otras actividades sociales y laborales cotidianas (Avia, 1993).

Lo anterior supone que, el proceso de desarrollo de las preocupaciones hipocondríacas conforman un círculo vicioso donde: el paciente experimenta una sensación corporal y la interpreta erróneamente como signo de enfermedad,

entonces se dispara un aumento de las sensaciones corporales, junto con la ansiedad asociada, lo cual desemboca en acciones de autoinspección corporal y la búsqueda de información tranquilizadora que produce un efecto de tranquilidad pasajera, pero después contribuye a la preservación de las preocupaciones y pensamientos negativos, impidiendo que el sujeto aprenda que aquello que teme no le está ocurriendo.

### **3.2.3 Papel del psicólogo de la salud en el tratamiento de la hipocondría**

Es importante que junto con el tratamiento médico se lleve a cabo una intervención psicológica para atender el trastorno hipocondríaco de manera integral. Mientras los sedantes y antidepresivos alivian algunos de los síntomas físicos, la psicoterapia acelera el proceso iniciado por el tratamiento médico. Hay que recordar que los factores que propician la hipocondría, son factores psicológicos (creencias de salud, acontecimientos vitales estresantes, experiencia de aprendizaje, actitudes, estado emocional, ansiedad, entre otros), por lo tanto, requiere de una intervención donde el paciente se involucre activamente en su propia recuperación.

Cuanto más pronto se inicia el tratamiento, su probabilidad de mejoría es mayor, pero cuando la hipocondría va acompañada de algún trastorno de la personalidad, es más difícil de tratar. Parece ser que quienes sufren depresiones y estados de ansiedad están más predispuestos a desarrollar síntomas hipocondríacos, por lo que se dice que el desencadenante es un conflicto interno. De ser así, la hipocondría sería solo el síntoma de un trastorno anímico más profundo (Baur, 1989). Por eso es importante descartar a los hipocondríacos falsos, los cuales manifiestan otros miedos y síntomas, como agarofobia y ciertas afecciones psicósomáticas.

Hay que recordar que la hipocondría difiere de cualquier otro trastorno por tener la convicción de presencia de enfermedad a pesar de que el médico explique lo contrario y por el temor de que sus síntomas se deban a una enfermedad progresiva como el cáncer. En este sentido, Martínez y Botella, (1997) sugieren que se debe comenzar con una evaluación psicológica donde se realice un diagnóstico diferencial para cerciorarse que el paciente padece un trastorno hipocondríaco, descartando enfermedades orgánicas que con frecuencia acompañan las quejas somáticas, así como la presencia de otros desórdenes psicológicos, como los trastornos del estado de ánimo, somatoformes y psicóticos.

Durante la evaluación del problema, se requiere obtener información detallada sobre las actitudes y expectativas del paciente hacia el tratamiento psicológico, los factores responsables del inicio del problema y de su mantenimiento. El psicólogo explora los síntomas físicos que son mal interpretados, los pensamientos negativos que mantienen la ansiedad por la salud, las emociones involucradas y detecta las conductas que desencadenan la preocupación por la salud. Asimismo las variables que hacen que el problema empeore y las que consiguen mejorarlo; e indaga sobre las consecuencias del problema en cuanto al grado en que interfiere en la vida del paciente. Para ello, pueden usarse distintas pruebas psicométricas como cuestionarios y escalas.

El papel del psicólogo de la salud es intervenir de manera directa con el paciente o mediante un entrenamiento al personal médico para enseñarles a identificar las variables involucradas en la hipocondría. Entre las variables cognitivas, destacan las actitudes hacia la enfermedad, sus ideas, valores, creencias, conocimientos sobre la enfermedad, el dolor y su curso, la habilidad para ejercer control sobre los acontecimientos (locus de control) y estilos de afrontamiento. Dichas variables son explicadas para hacer consciente al paciente que sus respuestas fisiológicas son afectadas por las cogniciones, y las emociones influyen a su vez en la percepción



de salud, originando distintas conductas que favorecen su estado de salud o los lleva a incrementar su preocupación por su salud (Andrasik, Otis, Turner, y Simón, 1999; Avia 1993).

No obstante, Baur, (1989) argumenta que no existe un hipocondríaco curado, que jamás vuelva a preocuparse por sufrir una enfermedad, sólo modifica su *actitud* ante la ocurrencia del hecho, por lo tanto, lo que se busca es mejorar el componente de la ansiedad por la salud. Para disminuir la ansiedad, se utilizan técnicas conductuales como la desensibilización sistemática, exposición/ imaginación o en vivo, entrenamiento de respiración lenta y relajación progresiva. La elección de las técnicas depende de la problemática específica del paciente, por ejemplo, el desaprendizaje de hábitos de focalización suele usarse en las sensaciones corporales, para dejar de atenderlos de forma excesiva y, mediante ejercicios cognitivos se sustituyen autoinstrucciones catastróficas por otras tranquilizadoras (Fernández y Fernández, 2001).

En términos generales, el tratamiento de la hipocondría desde la perspectiva cognitivo-conductual, consiste principalmente en el reaprendizaje del paciente, se identifican las distorsiones cognitivas y se sustituyen por creencias, pensamientos y habilidades sociales más adaptativos. Se trata de separarlo de todo aquello que le recuerde las enfermedades temidas, así que se sugiere que no acuda a ningún médico, deje de hablar de enfermedades, y no consulte publicaciones medicas, libros, revistas, que traten temas de salud. Con esto, se pretende que se rompa el círculo vicioso de ansiedad, para lo cual, es importante la colaboración de la familia y personas cercanas. Mediante técnicas de manejo de ansiedad, se le ayuda a reinterpretar las sensaciones corporales y estimular aquellas que son agradables o neutras. Finalmente se tratan otros aspectos de la vida cotidiana del paciente para que pueda enfrentar de forma efectiva otros problemas y con ello,

evitar que en el futuro desencadene situaciones de depresión o angustia que le pueden hacer recaer en problemas hipocondríacos (Avia, 1993; Baur, 1989).

En este sentido, Otto, Reilly, y Harrington (2005) argumentan que la terapia cognitivo –conductual, al ocuparse del funcionamiento emocional del paciente y modificación de respuestas comportamentales, emocionales y cognitivas desadaptadas (actuales) que caracterizan a cada trastorno individual, resulta ser efectiva en el tratamiento de enfermedades tanto físicas como mentales debido a que ayudan a desarrollar patrones alternativos de respuestas conductuales y cognitivas en un periodo breve. Es activa y cooperativa donde el papel del terapeuta es proporcionarle al paciente los datos, habilidades y oportunidades necesarias para que desarrolle patrones alternativos. De manera estructurada, intervine en respuestas concretas, maneja tareas para casa con el fin de garantizar la adquisición de nuevas conductas y practica de las mismas.

Estas características de la terapia cognitivo conductual, le permiten al psicólogo de la salud conseguir los objetivos que persigue en cuanto al tratamiento de los factores psicológicos que acompañan la experiencia de enfermedad y tratar trastornos como la hipocondría, evitando complicaciones en el paciente.

Esto fue corroborado por García, Martínez y Cáceres (2001) al estudiar el efecto de este tipo de terapia en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento médico del cáncer. El grupo que recibió la intervención cognitivo conductual obtuvo resultados favorables, disminuyeron los niveles de crisis, ansiedad y depresión, aprendieron a afrontar su enfermedad e incluso, mantuvieron los cambios de afrontamiento, un mes después de haber finalizado el programa.

De forma similar, el psicólogo interviene en la ansiedad, angustia y depresión que acompañan la hipocondría mediante técnicas cognitivo conductuales como la relajación, de reconstrucción cognitiva, de inundación imaginaria, técnicas de asertividad y solución de problemas (Fontaine, 1981), para enseñarle al paciente hipocondríaco a manejar sus emociones y cogniciones con relación al temor a la enfermedad.

La hipocondría al considerarse un trastorno entre la enfermedad física y mental, su tratamiento se encuentra dentro del ámbito de la psicología de la salud al intervenir de manera conjunta con el médico que es con quien el paciente hipocondríaco llega en un primer momento. La tarea del psicólogo puede ser la intervención directa con este tipo de personas, para realizar un diagnóstico y elaborar las estrategias para su tratamiento, pero también puede destinar estas actividades al personal sanitario mediante un entrenamiento previo. Sin embargo, la promoción de la salud al ser su principal campo de acción, es donde el psicólogo debe tener especial cuidado en la elaboración de programas para fomentar el autocuidado de la salud, ya que si no se utilizan los medios adecuados e información adecuada, puede fomentar actitudes hipocondríacas al aumentar su preocupación por la salud.

Para ello, deben conocerse las características y necesidades psicosociales de la población en la que se desea intervenir, para dejar de tratar la salud solo desde un punto de vista médico y de esta manera la aportación de la psicología de la salud sea reconocida y aceptada en escenarios médicos.

En este sentido, Ramírez, Cortés, Vaquero y Arriaga (2003), elaboraron dos instrumentos para ser utilizados en escenarios dedicados al cuidado de la salud física (Funcionamiento en Salud, FS) y los factores psicosociales relacionados con la salud (Funcionamiento Psicosocial, FP). El primero evalúa la respuesta a la

enfermedad, los hábitos de salud, historia de salud, uso del sector salud, así como las creencias y actitudes de salud. Mientras que el FP evalúa el estrés de vida, el afrontamiento, apoyo social y salud psicológica. Dichas variables, al determinar las necesidades y requerimientos de una población específica y detectar los problemas de salud individuales, permite establecer programas de mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad. De ahí la importancia de la aplicación de instrumentos que evalúen los requerimientos de salud integral.

De acuerdo a la revisión teórica de la hipocondría, se dice que el temor a la enfermedad se genera a partir de una serie de creencias y actitudes que las personas tienen como no confiar en el personal médico, constantemente vigila su salud, pone especial atención a las reacciones de su cuerpo. En cuanto a su salud psicológica, la persona con actitudes hipocondríacas presenta estados ansiosos, que contribuyen a poner excesiva atención a sus sensaciones corporales, además de que tienen un pobre control para afrontar las situaciones estresantes. Por lo tanto, en este trabajo se pretende describir la presencia de estos aspectos e identificar si se relacionan con las actitudes hipocondríacas.

# CAPÍTULO IV

## MÉTODO

### 4.1 Objetivo General

Describir las creencias y actitudes de salud, formas de afrontamiento y salud psicológica de una población mexicana y determinar su relación con las actitudes hipocondríacas. Así como examinar la función del psicólogo de la salud en el tratamiento y prevención de la hipocondría.

### 4.2 Objetivos Específicos

- Conocer la evolución de los conceptos de salud y enfermedad, y su impacto en la promoción de salud y prevención de la enfermedad.
- Explicar la función de la psicología de la salud y su relevancia en el ámbito de la salud integral, y su diferencia con otras disciplinas.
- Identificar la función del psicólogo en el ámbito de la salud.
- Describir la forma en que se originan y mantienen las actitudes hipocondríacas.
- Describir las características generales de la población.
- Describir la percepción de la salud de la población y su relación la hipocondría.
- Determinar cuales son las creencias y actitudes que prevalecen en la población en relación a las actitudes hipocondríacas.
- Determinar la relación entre estado ansioso y depresión con las actitudes hipocondríacas.
- Determinar las formas de afrontamiento que prevalecen en la población y si existe relación con las actitudes hipocondríacas.

### **4.3 Hipótesis**

Debido a que esta investigación es no experimental, descriptiva y explicativa de diseño transversal descriptiva, no se formuló hipótesis, por lo que, los datos obtenidos se consideraron como variables dependientes para identificar o descubrir las variables independientes.

### **4.4 Sujetos**

Se tomó una muestra no probabilística de 996 sujetos con un rango de edad entre 17 a 77 años, para ambos sexos. La población estuvo conformada por:

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

### **4.5 Escenario**

- Sector salud: salas de espera para consulta externa de los Hospitales mencionados.
- Comunidades: Sociedad de Colonos del Frac. Bosques de Aragón S.C y Sociedad de colonos Lindavista S. C.

- Familias: se solicitó la participación de las familias cuyos hijos asisten a los colegios: Escuela primaria “Thomas Alva Edison” A. C., Secundaria “colegio cultural México” A. C. y Escuela Nacional Preparatoria No. 3 “Justo sierra” UNAM.
- Instituciones: Profesores, administrativos y alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

#### **4.6 Definición de variables**

De acuerdo a la revisión teórica sobre los factores que se relacionan con la hipocondría se tomaron las siguientes variables:

**V.I:** Historia de Salud  
Creencias y Actitudes de Salud  
Afrontamiento  
Salud psicológica

**V.D:** Actitudes Hipocondríacas

Se determinó la relación que existe entre las variables independientes, con cada reactivo que evalúa las actitudes hipocondríacas. Asimismo se considera la historia de salud para corroborar que estas actitudes no se deban a la presencia real de alguna enfermedad.

## 4.7 Materiales e instrumentos

### *Materiales:*

- 996 formatos de los instrumentos “Funcionamiento Psicosocial” y “Funcionamiento de la salud” (Ramírez y Cortés, 2000)
- Bolígrafos

### *Instrumento:*

Se utilizaron las escalas elaboradas por Ramírez y Cortés (2000)

- “Funcionamiento de la Salud” (FS) que consta de cinco subescalas con un total de 69 reactivos.
- “Funcionamiento Psicosocial” (FP), que consta de cuatro subescalas con un total de 58 reactivos.

La confiabilidad del instrumento, se obtuvo a partir de un estudio piloto empleando una prueba Test – Retest (donde se aplicó a una población específica y después de cierto tiempo, se les vuelve aplicar a las mismas personas). Para ello, se utilizó un intervalo de tres semanas, aplicándolo a un grupo de 100 sujetos, tanto hombres como a mujeres, todos usuarios de servicios de salud tanto públicos como privados, el rango de edad fue de entre 18 a 80 años. El instrumento fue aplicado en las salas de espera en hospitales públicos y privados, en un tiempo de 20 minutos de manera grupal e individual, donde dos investigadores estuvieron presentes. La confiabilidad obtenida varió entre .80 a .97 en todas las escalas. Lo anterior mostró que el instrumento mencionado es confiable para su aplicación en la población (Ramírez, Cortés, Vaquero y Arriaga, 2003).



Para esta investigación se seleccionaron los reactivos de ambas escalas (Funcionamiento de Salud y Psicosocial) de acuerdo a las variables consideradas en el marco teórico (Ver Anexo).

#### **Instrumento de “Funcionamiento de la Salud”**

<b>Escala</b>	<b>Reactivos</b>
Creencias y Actitudes de salud	46, 47, 53, 49, 48, 54, 60
Historia de salud	39, 40, 41

#### **Instrumento de “Funcionamiento psicosocial”**

<b>Escala</b>	<b>Reactivos</b>
Salud psicológica	48, 52
Afrontamiento	19, 20, 21, 22, 24

### **4.8 Procedimiento**

*Diseño de investigación:*

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

## **Fases:**

1. Aplicación del instrumento: Se aplicaron los instrumentos FS y FP en las instituciones antes mencionadas (Sector salud, comunidades, instituciones y escuelas), con el previo consentimiento institucional y personal de cada individuo. En algunos casos como los hospitales públicos se aplicó de forma grupal, dado que en la sala de espera se encontraron hasta 25 pacientes al mismo tiempo. El investigador estuvo presente para resolver dudas o preguntas y en algunos casos, para leer los reactivos a las personas que lo requerían. El tiempo estimado en responder el instrumento fue de 20 minutos y se aplicó una sola vez a cada sujeto.
2. Captura de datos: Los datos obtenidos fueron capturados y analizados empleando el paquete estadístico computarizado SPSS.
3. Análisis de datos: Se obtuvo la frecuencia de cada reactivo. Se utilizó una prueba no paramétrica (Chi cuadrada) para evaluar la relación entre las variables (VI y VD) y los resultados se dividieron en cuatro apartados:
  - Análisis general de la población
  - Creencias y actitudes de salud
  - Salud psicológica
  - Afrontamiento

## CAPÍTULO V RESULTADOS

Se llevó a cabo un análisis no paramétrico, en el cual se utilizó la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre variables categóricas, tomando como nivel de significancia .05.

De cada instrumento (FS y FP) se seleccionaron los reactivos relacionados con las creencias y actitudes de salud, formas de afrontamiento y salud psicológica mencionadas en el marco teórico, los cuales se relacionaron con la presencia de actitudes hipocondríacas.

Los resultados se representan en tablas de contingencia con tabulación cruzada ya que cada una contiene dos variables y a su vez cada variable está dividida en más de tres categorías (opciones de respuesta). Asimismo, cuando la correlación resulta significativa se presenta la gráfica correspondiente para mostrar claramente las diferencias en la frecuencia.

### **5.1 Análisis General de la Población**

De los 996 sujetos a quienes se les aplicó el instrumento, el 45% (n=448) son hombres y el 55% (n=548) mujeres; en cuanto a su edad, la muestra se distribuye de la siguiente manera (ver tabla 1): el 43% se encuentra entre los 26 a los 45 años, un 35% entre los 46 a los 70 años, y un 22% entre los 17 a los 25 años.

**Tabla 1.** Frecuencia y porcentajes de la población distribuida en tres rangos de edad.

<b>Rango de Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje Válido</b>
17 – 25	211	22%
26 – 45	424	43%
46 - 70	348	35%
Total	989	100%

En cuanto al nivel de escolaridad, el 33.3% son profesionales y solo el 1.8% no tienen ningún grado académico, mientras que el resto de la población está distribuida de forma semejante en los niveles de primaria, secundaria, preparatoria y carrera técnica (ver tabla 2).

**Tabla 2.** Nivel de escolaridad en relación a su frecuencia y porcentaje.

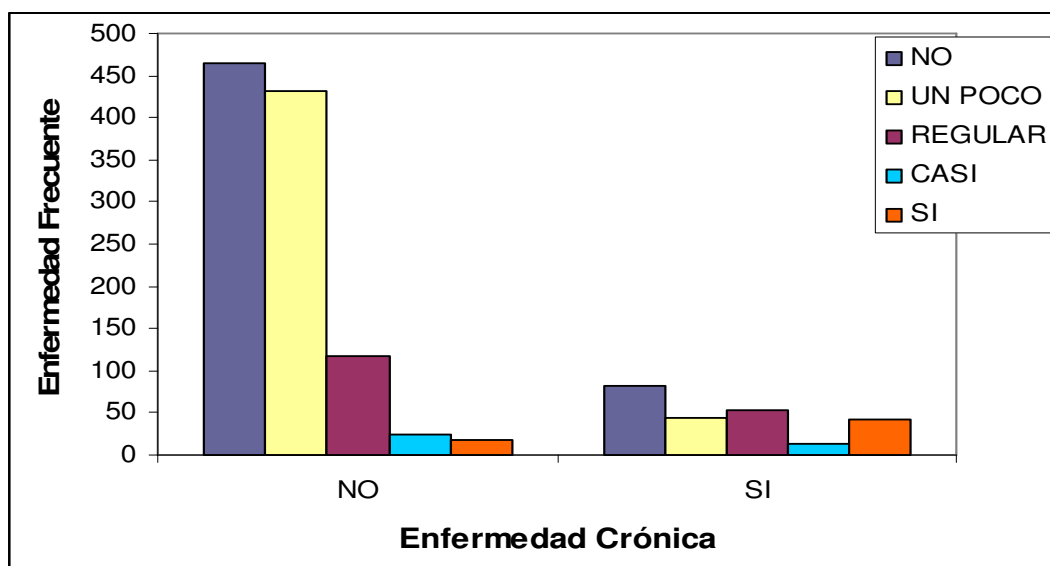
<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria	156	15.7%
Secundaria	135	13.6%
Preparatoria	167	16.8%
C. Técnica	187	18.8%
Profesional	332	33.3%
Ninguna	18	1.8%
Total	995	100

## 5.2 Historia de Salud

Para evaluar la presencia de actitudes hipocondríacas se consideró su historia de salud para corroborar que estas actitudes no se debieran a una real presencia de enfermedad. En este sentido, un 75.8% (n= 755) de la población reporta no tener una *enfermedad crónica*, mientras que un 23.5% (n=234) si presenta alguna.

Al relacionar la presencia de enfermedad crónica con las actitudes hipocondríacas, con la prueba Chi cuadrada se puede observar que existe una relación estadística significativa (sig.= .000) con los reactivos de enfermedad frecuente (54 FS) y la creencia de ser vulnerable a contraer enfermedades (60 FS). Así también con el reactivo 48 FS, que evalúa la preocupación por la salud a pesar de que el médico indica que se encuentra bien (ver tablas 3, 4, 5).

**Figura 1.** Distribución de la población en relación a la presencia de enfermedad crónica y enfermedad frecuente.



Como puede observarse en la figura 1 y tabla 3, de las 59 personas que responden que sí se enferman con frecuencia, 41 presenta alguna enfermedad crónica; sin embargo, en ambos grupos, la mayoría no suele enfermarse con frecuencia.

**Tabla 3.** Puntaje obtenido en la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre enfermedad crónica (41 FS) y enfermedad frecuente (54 FS).

<b>Enfermedad crónica / Enfermedad Frecuente</b>							
		Enfermedad Frecuente					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
ENFERMEDAD CRÓNICA		3	1	1	1	1	7
	NO	464	132	171	24	17	754
	SI	82	44	53	14	41	234
Total		549	177	171	39	59	995
<b>Pearson Chi-Square</b>		<b>Value</b>			<b>df</b>		<b>Sig</b>
		119.874			20		.000

En lo que se refiere a la creencia de ser más vulnerable que otras personas a contraer enfermedades, en la tabla 4 se observa que, 113 personas presentan alguna enfermedad crónica y no creen ser vulnerables a enfermarse y 29 sí lo creen. En cambio, son 513 que no tienen enfermedad crónica y no se creen vulnerables a enfermarse y 32 sí lo creen.

**Tabla 4.** Puntaje obtenido en la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre enfermedad crónica (41 FS) y la creencia de ser vulnerable a contraer enfermedades (60 FS)

<b>Enfermedad crónica / Vulnerable a contraer enfermedades</b>							
		Vulnerable a enfermedades					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
ENFERMEDAD CRÓNICA		3	2	1		1	7
	NO	513	99	71	39	32	754
	SI	113	43	32	17	29	234
Total		629	144	104	56	62	995
<b>Pearson Chi-Square</b>		<b>Value</b>			<b>Df</b>		<b>Sig</b>
		48.092			16		.000

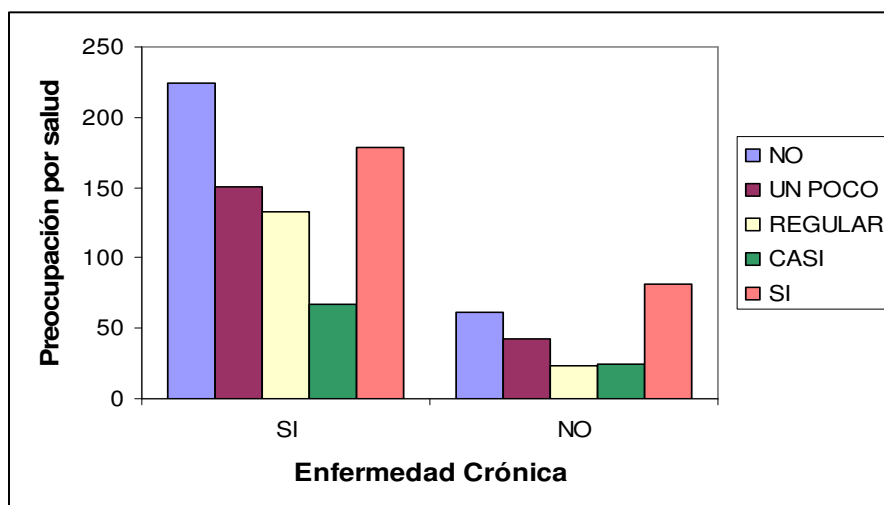
Sin embargo, la mayoría de la población (n=629), no cree ser vulnerable a contraer enfermedades, tanto en personas que no tienen enfermedad crónica como en los que sí presentan alguna.

**Tabla 5.** Puntaje obtenido en la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre enfermedad crónica (41 FS) y la preocupación por la salud a pesar de que el médico indica que se encuentra bien (48 FS).

Enfermedad crónica / Preocupación por salud						
ENFERMEDAD CRÓNICA	Preocupación por salud					Total
	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
		1		3		3
NO	224	151	133	67	179	754
SI	61	42	23	25	81	234
Total	286	193	161	92	263	995
Pearson Chi-Square	Value		df		Sig	
	33.065		20		.033	

De los 234 sujetos que reportaron tener una enfermedad crónica, 81 mencionó que sí se preocupa por su salud (48 FS) y 61 no lo hace. En cambio, de los 754 que dijeron no tener enfermedad crónica, 179 sí se preocupan por su salud y 224 no lo hace. Esto muestra que la preocupación por la salud se presenta en similar proporción en ambos grupos, incluso ligeramente mayor en los que tienen alguna enfermedad crónica (ver figura 2), al parecer, por el impacto que genera su situación de enfermedad.

**Figura 2.** Distribución de la población en relación a la enfermedad crónica (41 FS) y la preocupación por la salud (48 FS).



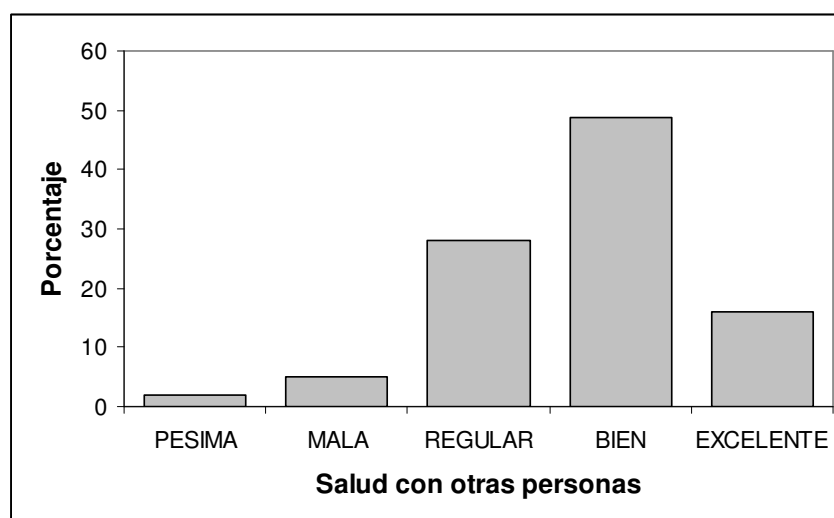
En lo que se refiere a su *salud en los últimos seis meses* evaluado con el reactivo 39 FS, el 47.5% de la población, mencionó que ha sido buena, y sólo el 1.1% indicó que ha sido pésima (ver tabla 6).

<b>Tabla 6.</b> Muestra cómo ha sido la salud de la población en los últimos seis meses comparada con otras personas.						
	PESIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE	Total
Frecuencia	11	62	301	474	148	996
Porcentaje	1.1	6.2	30.2	47.5	15	100

*Cómo es su salud comparada con la de otras personas (40, FS)*

De forma similar, en el reactivo que evalúa la *percepción de salud* actual de la población, el 48.7% (n=996) considera que es “buena”, un 28.1% (n=280) como regular, 15.9% (n=159) como excelente, un 5% (n=50) como mal y 1.9% (n=19) como pésima (ver figura 3).

**Figura 3.** Muestra la distribución de la población en relación a su percepción de salud





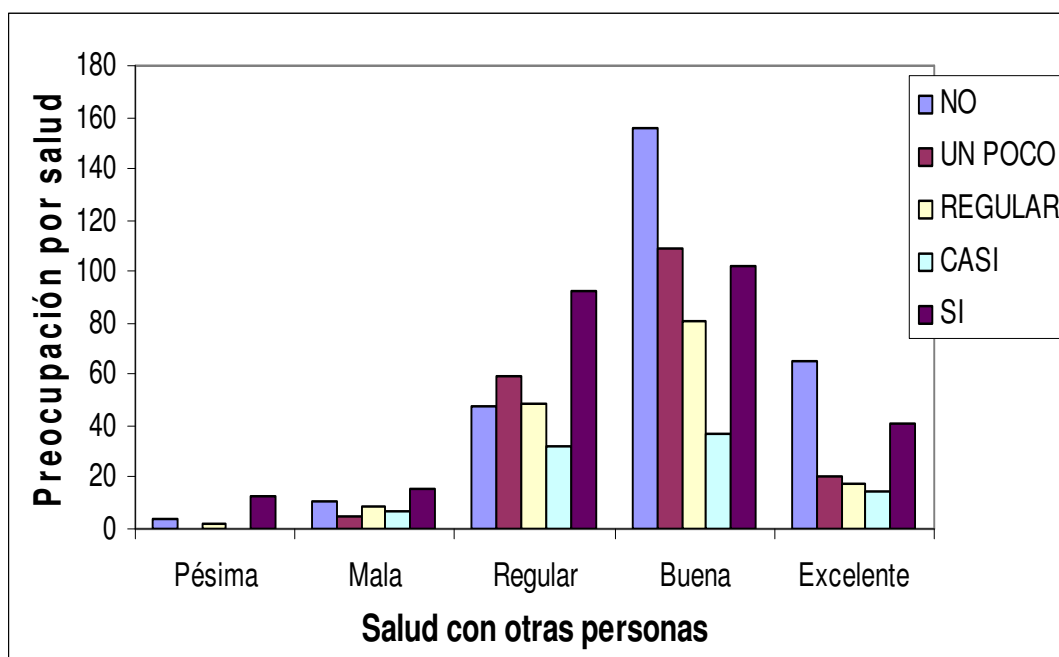
Al relacionar la percepción de salud (40, FS) con la preocupación por la salud (48, FS) con la Chi cuadrada, se obtuvo una relación estadística significativa entre ambos reactivos con un nivel de sig. de .000 (ver tabla 8).

**Tabla 8.** Muestra la frecuencia de la población en relación a su percepción de salud (40 FS) y la preocupación por la salud a pesar de que el médico indica que se encuentra bien (48 FS).

<b>Salud con otras personas / Preocupación por salud</b>							
		Preocupación por salud					Total
		NO	UNREGULAR POCO	REGULAR	CASI	SI	
SALUD CON OTRAS PERSONAS		2			1		3
	PÉSIMA	4		2		13	19
	MALA	11	5	9	7	16	50
	REGULAR	48	59	49	32	92	280
	BUENA	156	109	81	37	102	485
	EXCELENTE	65	20	18	15	41	159
Total		286	193	159	92	264	996
<b>Pearson Chi-Square</b>		<b>Value</b>		<b>Df</b>		<b>Sig.</b>	
		112.033		25		.000	

De los 286 sujetos que reportan no preocuparse por su salud cuando el médico les dice que están bien, 156 perciben su salud como buena y de los 264 personas que si se preocupan por su salud, 92 y 102 tienden a percibir su salud como regular y buena respectivamente, por lo tanto, quienes perciben su salud como buena o excelente tienden a no preocuparse por su salud, mientras que si la consideran como regular, su tendencia a preocuparse por su salud aumenta un poco más (ver figura 4).

**Figura 4.** Distribución de la población en relación a su percepción de salud (40, FS) y la preocupación por la salud a pesar de lo que dice el médico (48, FS).



Por otra parte, al utilizar la Chi cuadrada en la percepción de salud (40 FS) y enfermedad frecuente (54 FS), se obtuvo una relación estadística significativa ( $\text{sig}=.000$ ), entre estos reactivos. Los datos muestran que la mayoría de la población al enfermar con poca frecuencia, tiende a percibir su salud como buena o excelente, mientras que al considerar su salud como regular y mala, la frecuencia de enfermedad aumenta (ver tabla 9).

**Tabla 9.** Puntaje obtenido en la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre percepción de salud (40 FS) y enfermedad frecuente (54 FS).

<b>Salud con otras personas / Enfermedad frecuente</b>							
		Enfermedad frecuente					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
SALUD CON OTRAS PERSONAS			3				
	PÉSIMA	6	3		1	9	19
	MALA	5	6	11	7	21	50
	REGULAR	88	68	87	16	21	280
	BIEN	300	95	68	14	8	485
	EXCELENTE	151	2	5	1		159
Total		550	177	171	39	59	996
<b>Pearson Chi- Square</b>		<b>Value</b>		<b>Df</b>		<b>Sig.</b>	
		413.107		20		.000	

De igual forma, se encontró relación estadística significativa (.000) entre la percepción de salud (40 FS) y la creencia de ser vulnerable a contraer enfermedades (60 FS), (ver tabla 10).

**Tabla 10.** Puntaje obtenido en la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre percepción de salud (40 FS) y la creencia de ser vulnerable a contraer enfermedades (60 FS).

<b>Salud con otras personas / Vulnerable a enfermar</b>							
		Vulnerable a contraer enfermedades					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
SALUD CON OTRAS PERSONAS	0	2	1				3
	PÉSIMA	6	4		2	7	19
	MALA	9	6	11	4	20	50
	REGULAR	140	69	40	20	11	280
	BIEN	341	58	45	27	14	485
	EXCELENTE	132	6	8	3	10	159
Total		630	144	104	56	62	996
<b>Pearson Chi- Square</b>		<b>Value</b>		<b>Df</b>		<b>Sig.</b>	
		232.689		20		.000	

En la muestra utilizada se encontró que de las 630 personas que no cree ser vulnerable a enfermarse, 341 perciben su salud como “buena”, 140 como “regular”, y 132 como “excelente”. Esto indica que a medida que perciben su salud como buena, menor es la presencia de esta creencia de vulnerabilidad.

### **5.3 Creencias y actitudes de salud**

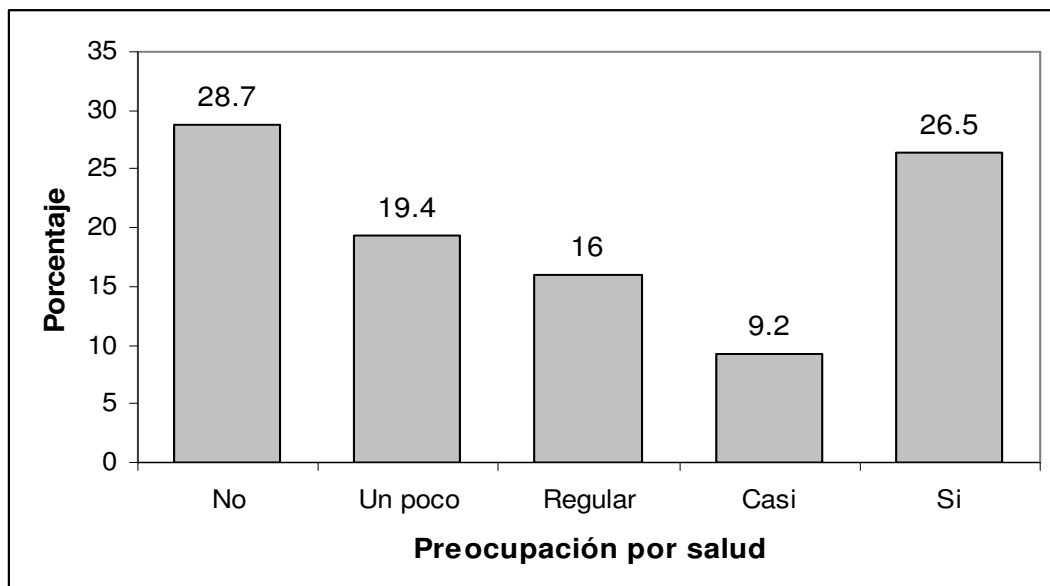
En lo que se refiere a las creencias y actitudes, se tomaron los reactivos que se refieren a la vigilancia de salud, confianza en el personal y la hipocondría. Para comenzar con el análisis de estas variables, se describe la frecuencia de la población en relación a los reactivos que evalúan la *hipocondría*, que son los que se relacionan con las demás variables por medio de Chi cuadrada.

#### Hipocondría

*Aunque los médicos me dicen que estoy bien, me preocupa mi salud* (48, FS)

En lo que se refiere a la preocupación por la salud a pesar de que el médico les haya indicado que se encuentran bien, un 26.5% (n=264) reporta que sí se preocupa, mientras que un 28.7% (n=286), no lo hace (figura 5), y 16% (159) reporta que le preocupa su salud de manera regular.

**Figura 5.** Distribución de la población en relación a su preocupación por su salud a pesar de que el médico indica que esta bien. (48 FS).



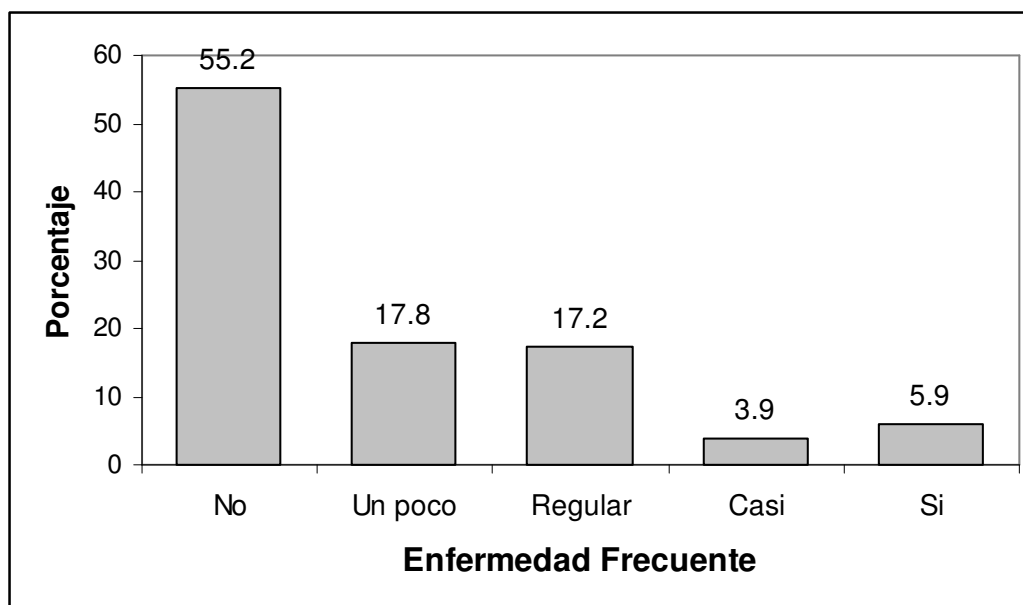
Como se puede observar, las frecuencias se distribuyen de manera similar en las categorías de respuesta a este reactivo, sin embargo, destacan las respuestas negativas y positivas. Esta preocupación por la salud puede ser una actitud saludable, pero al mismo tiempo puede ser indicador de hipocondría, así que para determinar este último se requiere corroborar otros factores.

#### *Me enfermo muy frecuentemente (54, FS)*

En este reactivo, el 55.2% (n=550) de la muestra respondió que no tiende a enfermarse con frecuencia, 17.2% (n=171) de manera regular y sólo un 5.9% (n=59) reportó que sí sucede (ver figura 6). Sin embargo, hay que recordar que al aplicar la Chi cuadrada para relacionar la presencia de enfermedad crónica con la enfermedad frecuente (revisar tabla 3), se obtuvo que de 59 personas que se enferman con frecuencia, 41 tiene alguna enfermedad crónica, lo cual significa

que la presencia de enfermedad crónica se relaciona con la creencia de enfermarse con frecuencia.

**Figura 6.** Distribución de la población en relación a si se enferman frecuentemente (54 FS).

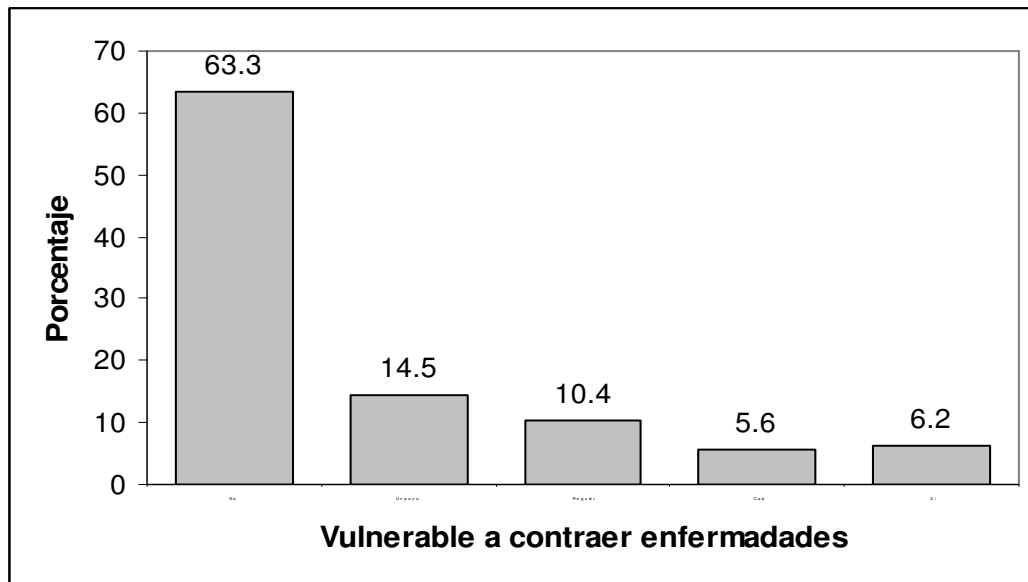


Esta creencia de enfermarse con frecuencia, resulta ser un indicador de hipocondría cuando se encuentra presente en personas sanas que no presenten algún daño orgánico, sin embargo, para considerarlo como tal, es necesario realizarse pruebas médicas con el fin de descartar algún problema de salud que ocasione preocupación y temor ante su experiencia real de enfermedad.

*Soy más vulnerable para contraer enfermedades (60, FS)*

En este reactivo, se encontró que un 63.3% (n=630) no cree ser vulnerable para contraer enfermedades, un 14.5 % (n= 144) considera que un poco, y solo un 6.2% (n=62) si lo cree (ver figura 7).

**Figura 7.** Distribución de la población en relación a su creencia de ser vulnerables a contraer enfermedades (60 FS).



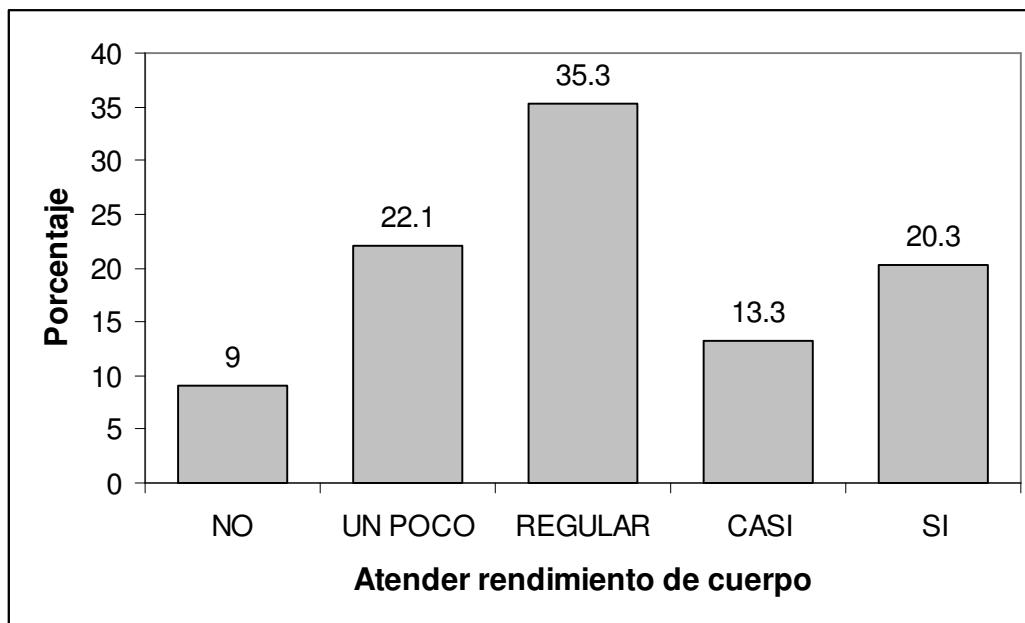
Estos datos muestran una tendencia similar de la población a contestar de forma negativa tanto a la enfermedad frecuente (54 FS) como a ser vulnerable a enfermarse (60 FS). Por lo tanto, se puede decir que la muestra de esta investigación, puntúa bajo en los reactivos que evalúan la hipocondría en el instrumento de Funcionamiento de la Salud.

### Vigilancia de salud

#### *Atiendo mucho el rendimiento de mi cuerpo (46 FS)*

En lo que se refiere a la vigilancia de salud, en el reactivo que evalúa la atención del rendimiento del cuerpo (46, FS), puede observarse en la figura 8, un 35.3% (n= 133) menciona que lo hace regularmente, 22.1% (n=220) atiende el rendimiento de su cuerpo un poco y solo un 9% (n=90) no lo hace.

**Figura 8.** Muestra la distribución de la población en relación a si *Atienden mucho el rendimiento de su cuerpo* (46 FS).



Al establecer la relación entre la atención al rendimiento del cuerpo con la preocupación por la salud, la Chi cuadrada determinó una sig.= .000, lo que implica que ambas variables están relacionadas estadísticamente (ver tabla número 11).

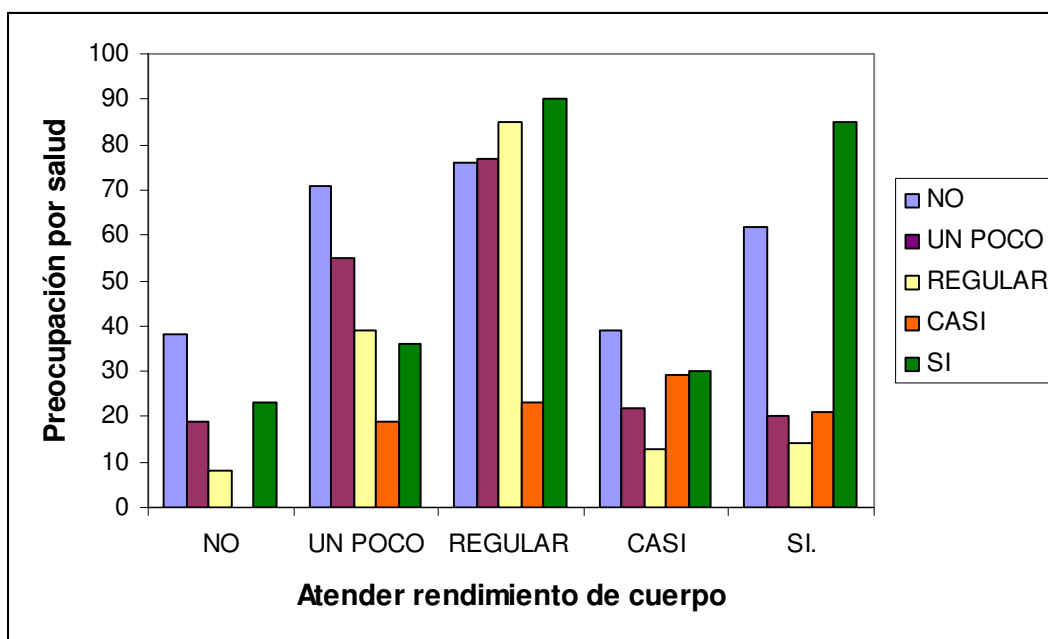
De los 264 que dicen preocuparse por su salud a pesar de que el médico dice que estén bien, 90 personas atienden de forma regular su rendimiento del cuerpo y 85 sujetos lo atiende mucho. Mientras que, de las 286 personas que dicen no preocuparse por su salud, 76 responden que atienden el rendimiento de forma regular y 71 sólo un poco (ver figura 9).



**Tabla 11.** Puntaje obtenido en la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre atender el rendimiento del cuerpo (46 FS) y la preocupación por la salud (48 FS).

<b>Atender rendimiento del cuerpo/ Preocupación por salud</b>							
		Preocupación por salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Atender rendimiento del cuerpo	NO	38	19	8		23	90
	UN POCO	71	55	39	19	36	220
	REGULAR	76	77	85	23	90	351
	CASI	39	22	13	29	30	133
	SI.	62	20	14	21	85	202
Total		286	193	159	92	264	996
<b>Pearson Chi- Square</b>		<b>Value</b>		<b>Df</b>		<b>Sig.</b>	
		141.888		20		.000	

**Figura 9.** Muestra la distribución de la población en relación a su percepción de salud y la atención que ponen al rendimiento de su cuerpo.



En la figura 9 se muestra que la población cuando responde que atiende mucho el rendimiento de su cuerpo y cuando lo hacen de forma regular se preocupan más por su salud que cuando atienden poco su rendimiento.

Por otra parte, se relacionó el reactivo que evalúa la atención al rendimiento del cuerpo (46 FS) con la enfermedad frecuente (54 FS), donde se obtuvo una significancia de .005, lo cual indica que ambos reactivos se encuentran asociados (ver tabla 12).

<b>Tabla 12.</b> Relación entre atender el rendimiento del cuerpo (46,FS) y la enfermedad frecuente (54,FS)							
		Enfermedad frecuente					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Atender rendimiento del cuerpo	NO	42	16	18	6	8	90
	UN POCO	128	37	35	9	11	220
	REGULAR	172	75	73	10	21	351
	CASI	69	26	19	9	10	133
	SI.	139	23	26	5	9	202
Total		550	177	171	39	59	996
<b>Pearson Chi-Square</b>		<b>Value</b>			<b>df</b>		<b>Sig.</b>
		34.265			16		.005

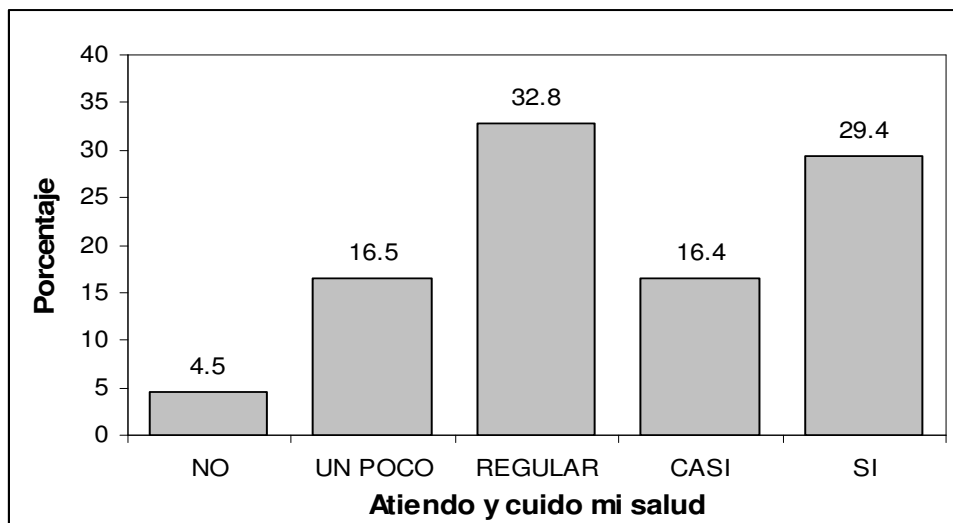
De manera similar, al relacionar el rendimiento del cuerpo con la creencia de ser vulnerable a contraer enfermedades, se encontró una significancia de .015 con la Chi cuadrada (ver tabla 13), lo cual indica que el hecho de enfermarse con frecuencia puede ocasionar que la persona atienda en mayor medida su rendimiento del cuerpo, y con ello pueda sentirse más vulnerable a contraer enfermedades, sin embargo, los individuos reaccionan de distinta manera ante la situación de salud y enfermedad.

<b>Tabla 13.</b> Relación entre atender el rendimiento del cuerpo (46,FS) y la creencia de ser vulnerable a enfermar (60,FS).							
		Vulnerable a contraer enfermedades					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Atender rendimiento del cuerpo	NO	56	15	9	6	4	90
	UN POCO	149	30	21	5	15	220
	REGULAR	210	54	47	25	15	351
	CASI	76	23	13	13	8	133
	SI.	139	22	14	7	20	202
Total		630	144	104	56	62	996
<b>Pearson Chi-Square</b>		<b>Value</b>			<b>df</b>		<b>Sig.</b>
		30.660			16		.015

### *Atiendo y cuido mi salud*

De los 996 sujetos de la población, un 32.8% (n= 327) respondió que atiende y cuida su salud de manera regular, un 29.4% (n=293) lo hace con frecuencia y tan sólo un 4.5%(n=45) dice que no atiende y cuida su salud, lo cual a pesar de ser una cifra pequeña resulta preocupante, ya que esta actitud saludable al no estar presente en las personas puede repercutir en el estado de salud.

**Figura 10.** Distribución de la población en relación a si *Atienden y cuidan su salud* (47 FS).

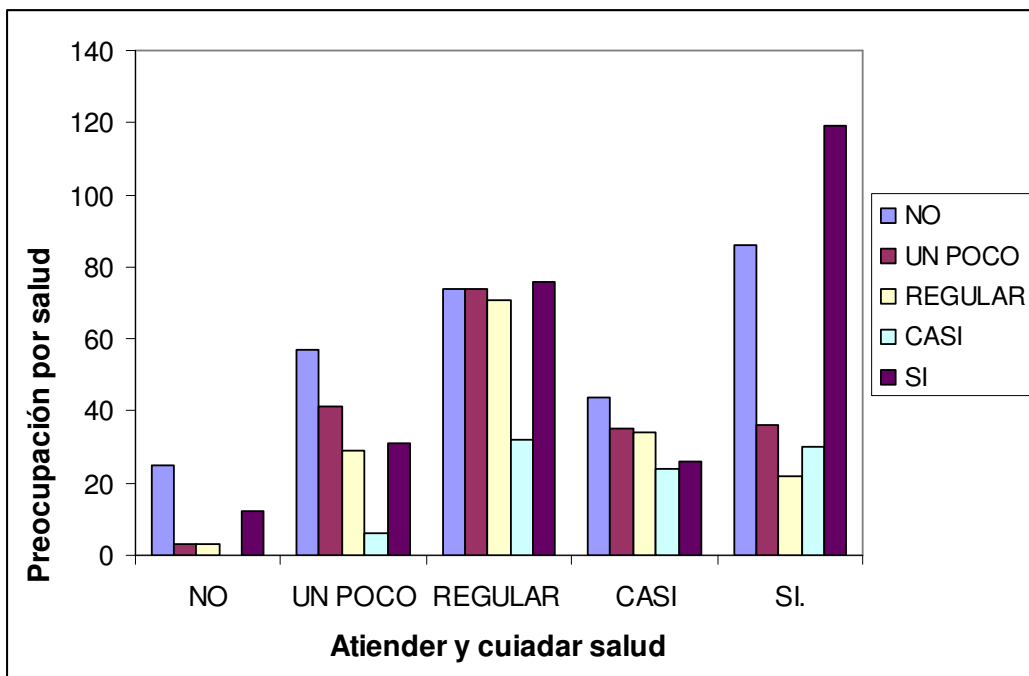


Al aplicar la Chi cuadrada para determinar la relación entre atender y cuidar la salud (47 FS) y la preocupación por la salud (48 FS), se obtuvo una significancia de .000 (ver tabla 14).

Tabla 14. Atender y cuidar salud /Preocupación por salud								
		Preocupación por salud					Total	
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI		
<b>Atender y cuidar salud</b>			4					
	NO	25	3	3		12	45	
	UN POCO	57	41	29	6	31	164	
	REGULAR	74	74	71	32	76	327	
	CASI	44	35	34	24	26	163	
	SI.	86	36	22	30	119	293	
Total		286	193	159	92	264	996	
<b>Pearson Chi-Square</b>	<b>Value</b>						<b>df</b>	<b>Sig.</b>
		167.129					25	.000

Como se observa en la figura 10, hay una tendencia de las personas, donde a medida que atienden y cuidan su salud, les preocupa más su salud a pesar de que el doctor les diga que están bien.

**Figura 10.** Muestra la distribución de la población en relación a su percepción de salud y la atención que ponen al rendimiento de su cuerpo.



De manera similar, se encontró una relación significativa de .000 (ver tabla 15) entre el reactivo que evalúa la enfermedad frecuente (54 FS) con el de atender y cuidar la salud.

<b>Tabla 15. Atender y cuidar la salud/ Enfermedad Frecuente</b>							
		<b>Enfermedad frecuente</b>					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
<b>Atender y cuidar la salud</b>	NO	24	8	2	3	8	45
	UN POCO	83	32	34	4	11	164
	REGULAR	161	71	67	13	15	327
	CASI	84	37	22	10	10	163
	SI.	194	29	46	9	15	293
Total		550	177	171	39	59	996
<b>Pearson Chi-Square</b>		<b>Value</b>			<b>df</b>	<b>Sig.</b>	
		54.160			20	.000	

Mientras que con el reactivo "ser vulnerable a enfermar"(60 FS) se obtuvo una relación estadística significativa de .001 (ver tabla 16).

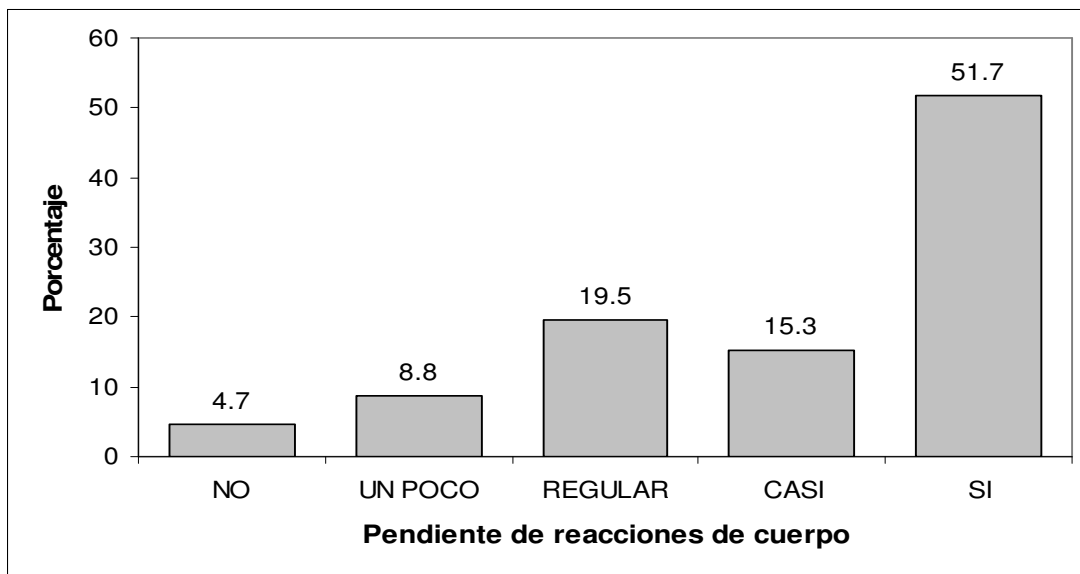
<b>Tabla 16. Atender y cuidar la salud/ Vulnerable a enfermar</b>							
		<b>Vulnerable a enfermar</b>					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
<b>Atender y cuidar la salud</b>	NO	30	1	7	2	5	45
	UN POCO	101	29	20	5	9	164
	REGULAR	201	58	34	23	11	327
	CASI	90	26	22	16	9	163
	SI.	204	30	21	10	28	293
Total		630	144	104	56	62	996
<b>Pearson Chi-Square</b>		<b>Value</b>			<b>df</b>	<b>Sig.</b>	
		46.761			20	.001	

Estos datos muestran que la población no enferma con frecuencia, manifiestan que atienden y cuidan su salud regularmente, a su vez, no creen que sean más vulnerables que otras personas de su edad para contraer enfermedades.

*Estoy al pendiente de las reacciones de mi cuerpo (53 FS)*

En lo que se refiere a la atención que se pone a los síntomas corporales, el 51.7% manifestó que sí está al pendiente de ello, mientras que un 4.7% no lo hace (ver figura 11). Ésta actitud resulta saludable al permitir anticipar futuros problemas de salud, pero cuando se lleva a cabo de manera compulsiva puede ser un indicador de hipocondría.

**Figura 11.** Distribución de la población en relación a si están al pendiente de las reacciones de su cuerpo (53 FS).



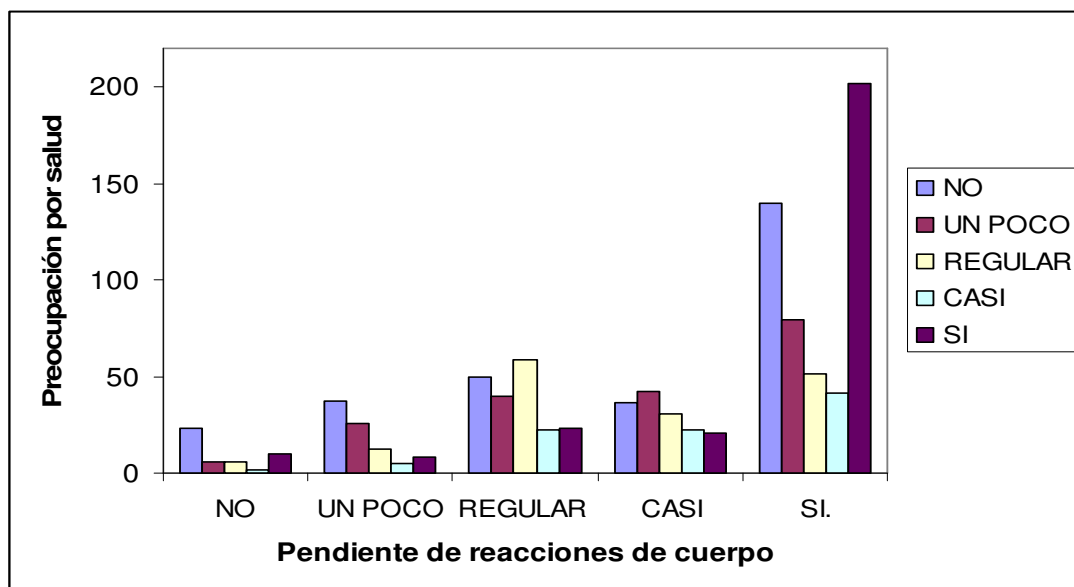
Al relacionar este reactivo (53 FS) con la preocupación por la salud (48 FS) se encontró una relación estadística significativa de .000, por medio de la Chi cuadrada (ver tabla 17).

Esta relación indica que, la preocupación por la salud motiva a estar al pendiente de las reacciones del cuerpo para poder detectar alguna anomalía, pero también, al estar al pendiente de las reacciones del cuerpo, origina cierta preocupación por los síntomas experimentados.

**Tabla 17.** Puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre la preocupación por la salud (48FS) y pendiente de las reacciones del cuerpo (53 FS).

		Preocupación por salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Pendiente de reacciones del cuerpo	NO	23	6	6	2	10	47
	UN POCO	37	26	12	5	8	88
	REGULAR	50	40	59	22	23	194
	CASI	36	42	31	22	21	152
	SI.	140	79	51	41	202	515
Total		286	193	159	92	264	996
Pearson Chi-Square		Value			df		Sig.
		147.365			20		.000

**Figura 12.** Muestra la frecuencia de respuestas al reactivo “pendiente de reacciones de cuerpo” (53 FS) y su relación con la preocupación por la salud (48 FS).



En la *figura 12* se observa la diversidad en la frecuencia de respuestas a los reactivos 53 FS y 48 FS, donde puede destacarse que 515 personas reportan estar al pendientes de las reacciones de su cuerpo y de éstas, 210 manifiestan preocuparse por su salud aún cuando el médico les ha dicho que se encuentran bien y 140 sujetos no se preocupan. Por otro lado, al relacionar la variable

“pendiente de reacciones del cuerpo” con “enfermedad frecuente” y con la creencia de “ser vulnerable a contraer enfermedades”, mediante la prueba de Chi cuadrada, se obtuvo una relación significativa de .000 para ambas asociaciones (ver tabla 18 y 19).

**Tabla 18.** Puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre estar al pendiente de las reacciones del cuerpo (53 FS) y enfermedad frecuente (54 FS).

		Enfermedad Frecuente					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Pendiente de reacciones del cuerpo	NO	28	5	4	6	4	47
	UN POCO	39	24	14	5	6	88
	REGULAR	84	49	41	7	13	194
	CASI	72	36	34	5	5	152
	SI.	327	63	78	16	31	515
Total		550	177	171	39	59	996
<b>Pearson Chi-Square</b>		Value			df	Sig.	
		60.275			16	.000	

En la primera asociación, se observa que la mayoría de la gente considera que no se enferma con frecuencia y regularmente se mantiene al pendiente de las reacciones de su cuerpo. Asimismo, estar al pendiente de las reacciones del cuerpo puede originar la creencia de ser más vulnerable que otras personas a contraer enfermedades, si a su vez existe preocupación excesiva por la salud y desconfianza hacia el juicio de los médicos.

**Tabla 19.** Puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre estar al pendiente de las reacciones del cuerpo (53 FS) y ser vulnerable a enfermar (60 FS).

		Vulnerable a enfermar					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Pendiente de reacciones del cuerpo	NO	34	7	1	2	3	47
	UN POCO	58	17	4	4	5	88
	REGULAR	106	39	32	11	6	194
	CASI	77	28	27	15	5	152
	SI.	355	53	40	24	43	515
Total		630	144	104	56	62	996
<b>Pearson Chi-Square</b>		Value			df	Sig.	
		62.161			16	.000	

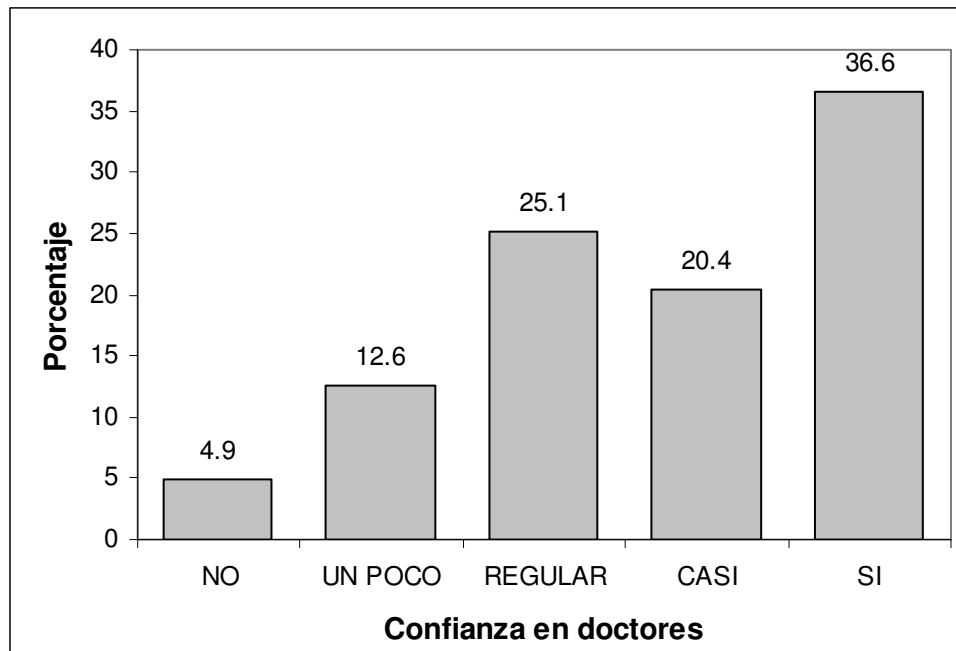


## Confianza en el personal

### *Confío en el juicio de los doctores (49 FS)*

En este reactivo se encontró que un 36.6% (366) confía en el juicio de los doctores, un 25.1% (n=250) lo hace regularmente y un 4.9% (n=49) no confía en el doctor (ver figura 13). Hay que recordar que una característica de la hipocondría es la desconfianza hacia el doctor cuando éste le niega la existencia de alguna enfermedad, por lo tanto, al aplicar la ji cuadrada para determinar la relación entre ambas variables, se obtuvo un nivel de significancia de .000 en la preocupación por la salud y la enfermedad frecuente (ver tablas 20 y 21).

**Figura 13.** Porcentaje de personas que confían en el juicio de los doctores.



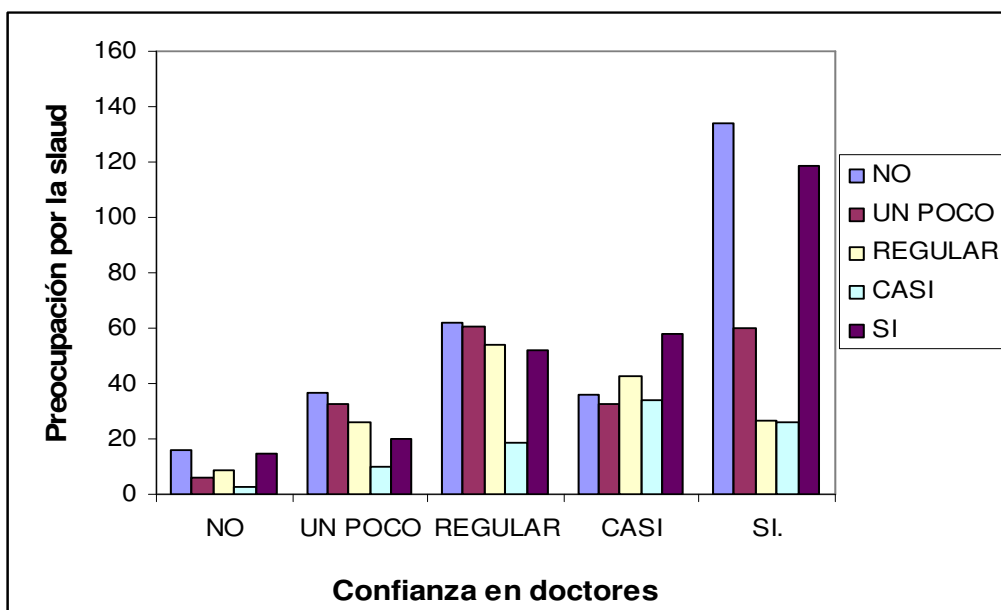
En lo que respecta a la relación entre confianza en doctores y preocupación por la salud, es evidente que cuando las personas no confían en el juicio de los doctores, y tienen antecedentes que les motiva a sentirse preocupados por su salud, cuando éste les diga que se encuentran bien, no lo creerán. Por ejemplo, de 366 sujetos que confía en el juicio de los doctores, 119 se preocupa por su salud, aunque el médico les haya dicho que se encuentran bien.

Sin embargo, otras 134 personas que manifiestan confiar en el juicio del médico, tienden a no preocuparse por su salud cuando éste les dice que están bien (ver figura 14). Por lo tanto, la confianza en el médico, por sí sola, no garantiza que la persona deje de preocuparse por su salud, ya que puede seguir creyendo que se encuentran enfermo, que en el mejor de los casos puede motivarlo a realizar conductas saludables, pero también puede generar actitudes hipocondríacas.

**Tabla 20.** Puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre la confianza en doctores (49 FS) y preocupación por la salud (48 FS).

		<b>Preocupación por salud</b>					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
<b>Confianza en doctores</b>	NO	16	6	9	3	15	49
	UN POCO	37	33	26	10	20	126
	REGULAR	62	61	54	19	52	250
	CASI	36	33	43	34	58	204
	SI.	134	60	27	26	119	366
	Total	285	193	159	92	264	995
<b>Pearson Chi-Square</b>		<b>Value</b>			<b>df</b>	<b>Sig.</b>	
		91.137			20	.000	

**Figura 14.** Relación obtenida entre la confianza en doctores (49 FS) y la preocupación por la salud (48 FS).



Al relacionar la confianza en el juicio de los doctores con la creencia de enfermarse con frecuencia y ser vulnerable a enfermarse, se encontró a partir de la Chi cuadrada una significancia de .000, y de .022 respectivamente, lo cual indica que estas variables se asocian estadísticamente (ver tabla 21 y 22).

**Tabla 21.** Puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre la confianza en doctores (49 FS) y enfermedad frecuente (54 FS).

Pearson Chi-Square	Value	Df	Sig.
	43.158	20	.000

**Tabla 22.** Puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre la confianza en doctores (49 FS) y la creencia de ser vulnerable a enfermarse (60 FS).

Pearson Chi-Square	Value	Df	Sig.
	29.318	16	.022

Estos datos muestran que ambas variables se relacionan con la confianza en los doctores; puede ser que el hecho de enfermar con frecuencia determine el grado de confianza hacia el médico y ésta última puede influir en la creencia de ser vulnerable a enfermar; en este caso, al enfermar menos, aumenta la confianza en el médico y disminuye la creencia de vulnerabilidad, pero también puede ocurrir que al haber discrepancias entre lo que el médico informa y lo que el paciente percibe sobre sus malestares (enfermedades frecuentes) genere desconfianza en el doctor.

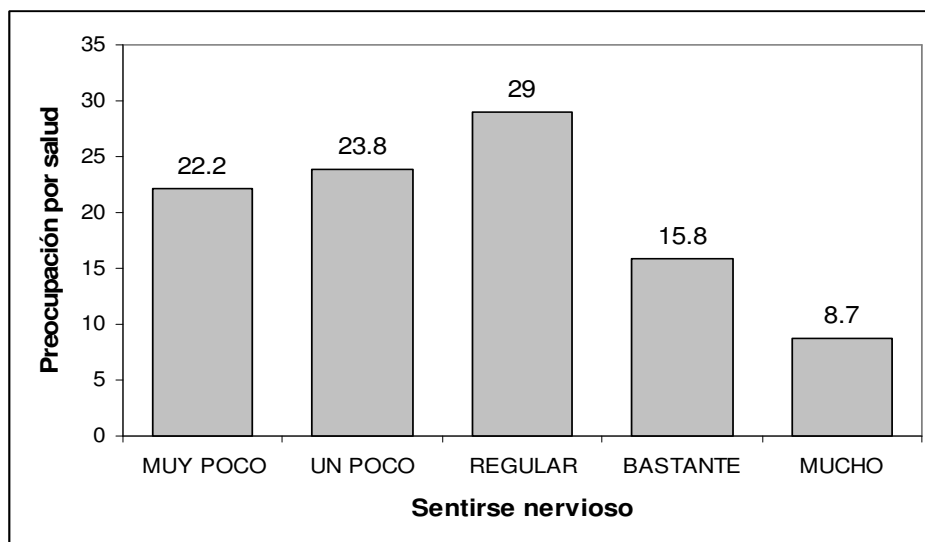
#### **5.4 Salud psicológica**

En cuanto a la salud psicológica, se relacionaron dos reactivos que pertenecen al *estado ansioso* y al cambio en el estado de ánimo (*depresión*), los cuales, de acuerdo a la teoría, se relacionan con la hipocondría, en específico con algunos síntomas que le acompañan, los cuales son malinterpretados como signo de enfermedad. En este sentido, se utilizó la Chi cuadrada para determinar la relación entre ansiedad (48 FP) y depresión (52 FP) con la preocupación por la salud a pesar de que el médico dice que se encuentran bien (48 FS).

##### *Qué tan seguido se ha sentido nervioso o con dudas (48 FP)*

De las 996 personas que integran la muestra, 981 sujetos fueron los que se tomaron en cuenta por ser quienes contestaron completamente la escala del Funcionamiento Psicosocial del Instrumento. Como puede observarse en la figura 15, el 29% de la población (n=284) considera que se ha sentido nervioso de manera regular, un 23.8% (n=234) solo un poco, un 22.2% (n=218) muy poco, por lo que las respuestas se encuentran distribuidas de manera proporcionada en las categorías.

**Figura 15.** Porcentaje de personas en relación a qué tan seguido se han sentido nerviosos o con dudas (48 FP).



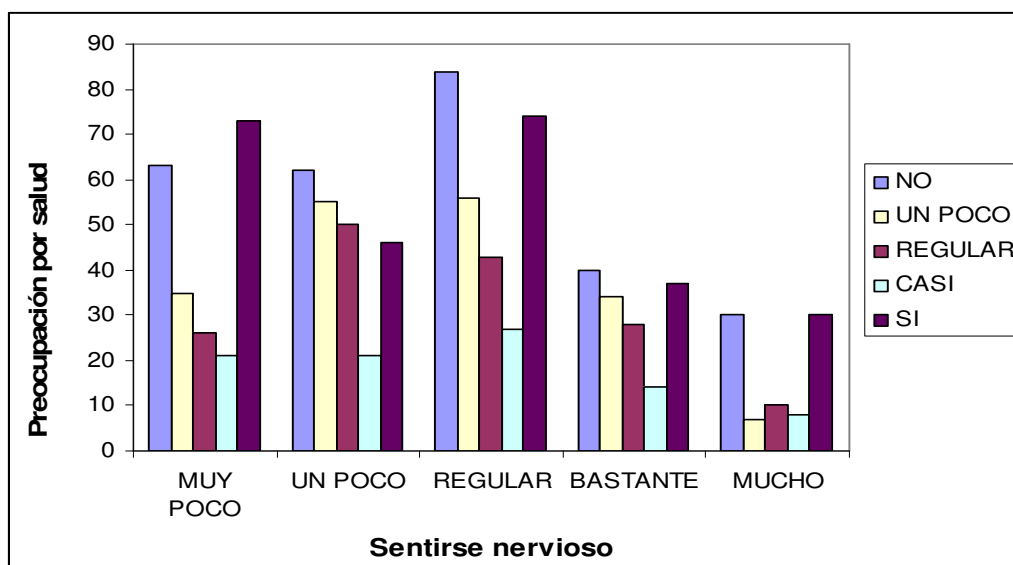
Al aplicar la Chi cuadrada para determinar la relación entre sentirse nervioso y la preocupación por la salud, se obtuvo una relación significativa de .011 (ver tabla 23), lo cual significa que ambas variables se encuentran asociadas. De los 262 sujetos que reportan preocuparse por su salud a pesar de que el doctor haya dicho que se encuentran bien, 74 personas consideran que se sienten nerviosos de manera regular, 73 muy poco; mientras que de los 280 que dicen no preocuparse por su salud, 84 se sienten nerviosos de manera regular y 63 muy poco.

**Tabla 23.** Puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre sentirse nervioso (48 FP) y la preocupación por la salud (48 FS).

		Preocupación por salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sentirse Nervioso	MUY POCO	63	35	26	21	73	218
	UN POCO	62	55	50	21	46	234
	REGULAR	84	56	43	27	74	284
	BASTANTE	40	34	28	14	37	155
	MUCHO	30	7	10	8	30	85
	Total	280	189	157	91	262	981
Pearson Chi-Square		Value			df		Sig.
		44.053			25		.011

Estos datos indican que el hecho de sentirse nerviosos, no garantiza que se preocupen más ó menos por su salud (ver figura 16).

**Figura 16.** Relación obtenida entre sentirse nervioso (48 FP) y la preocupación por la salud (48FS).

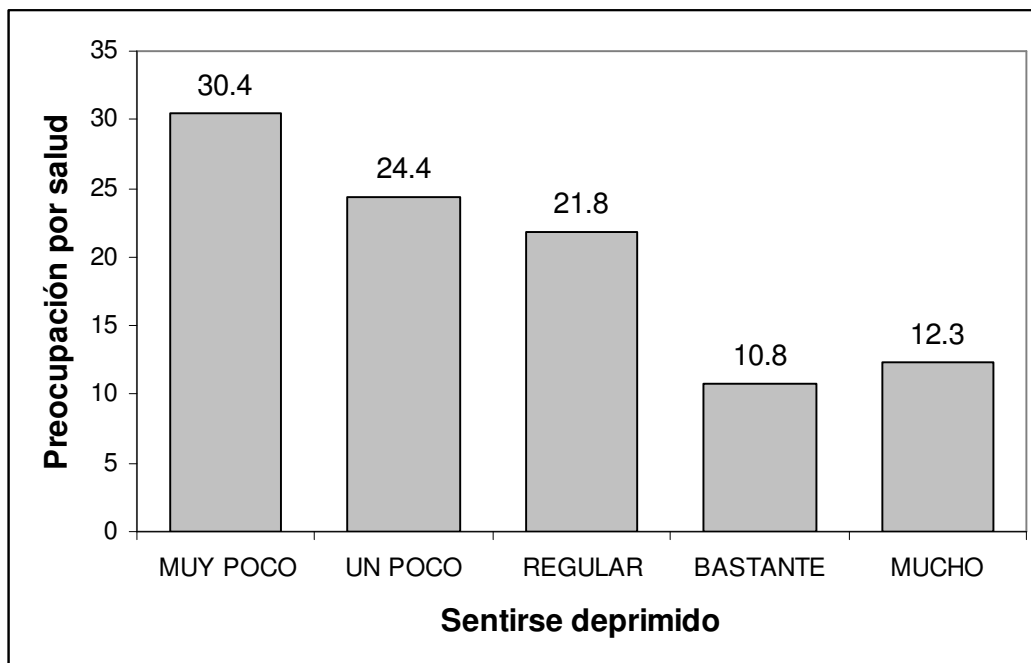


Asimismo, al relacionar el estado ansioso con la enfermedad frecuente y vulnerabilidad a enfermarse se obtuvo una  $\text{sig.} = .000$  para ambas variables, lo que indica que se encuentran asociadas estadísticamente, es decir que, la ansiedad puede predisponer a las personas a enfermarse con frecuencia o a creer que son más vulnerables a enfermarse, que en este caso, al no presentar ansiedad frecuente, no enferman con frecuencia y no se sienten más vulnerables a enfermarse que otras personas.

#### *Se ha sentido deprimido (52 FS)*

Con respecto al reactivo que evalúa si las personas se han sentido deprimidas, en la figura 17 se observa que un 30.4% ( $n=299$ ) reporta que muy poco, y un 10.8% ( $n=106$ ) dice que bastante.

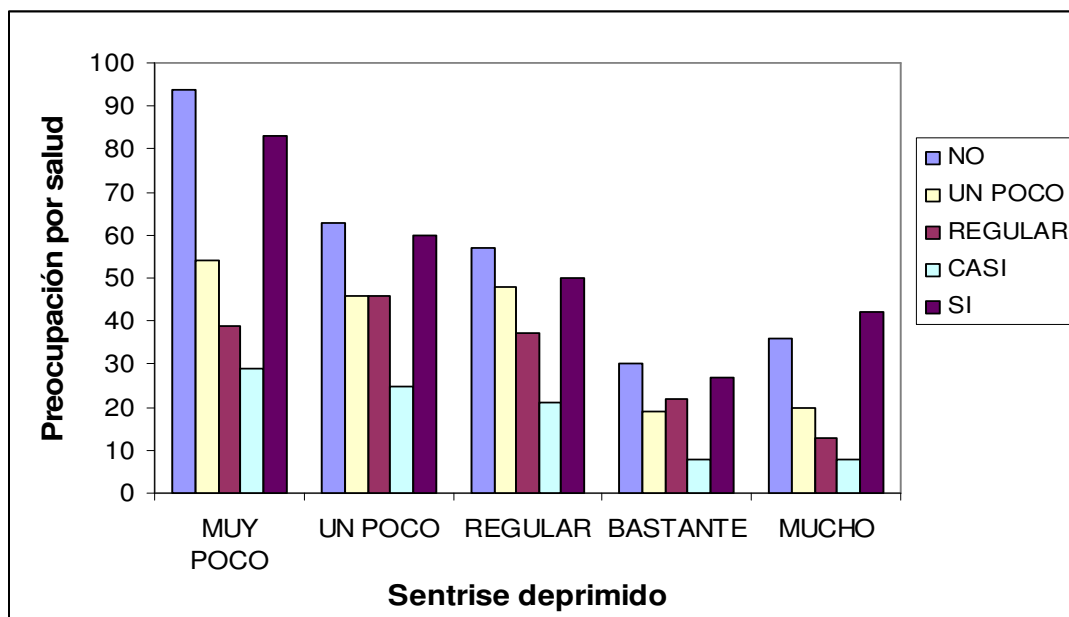
**Figura 17.** Porcentaje de personas en relación a qué tan seguido se han sentido nerviosos o con dudas (48 FP).



Al aplicar la Chi cuadrada, se encontró una relación significativa de .036 (ver tabla 24). Los datos muestran que las respuestas de las personas resultan muy variadas con respecto a sentirse deprimidos y la preocupación por la salud, (ver figura 18) y se alcanza a distinguir que independientemente de la proporción en que se sientan deprimidos hay quienes tienden a preocuparse por su salud aún cuando el médico les informe que se encuentran bien, por lo tanto, para considerar este reactivo como indicador de hipocondría, tendrían que valorarse otras variables para corroborar su influencia y descartar la presencia de algún otro trastorno.

<b>Tabla 24.</b> Puntaje obtenido en la prueba Chi cuadrada en relación a sentirse deprimido y preocupación por la salud (48 FS).			
<b>Pearson Chi-Square</b>	<b>Value</b>	<b>Df</b>	<b>Sig.</b>
	39.086	25	.036

**Figura 18.** Relación obtenida entre sentirse deprimido (52 FP) y la preocupación por la salud (48 FS).



De igual manera, al relacionar sentirse deprimido con la enfermedad frecuente y vulnerabilidad a enfermarse se obtuvo una sig.=.000 para ambas variables, lo que indica que se encuentran asociadas estadísticamente (ver tablas 25 y 26).

**Tabla 25.** Relación entre sentirse deprimido (52 FP) y enfermedad frecuente (54 FS).

Pearson Chi-Square	Value	Df	Sig.
	140.117	20	.000

**Tabla 26.** Relación entre sentirse deprimido (52 FP) y vulnerable a enfermarse (60 FS).

Pearson Chi-Square	Value	Df	Sig.
	54.436	20	.000

Cabe recordar que tanto el estado ansioso como la depresión suelen presentarse en otros trastornos, por lo que se hace necesario una revisión cuidadosa de las variables que pudieran desencadenar reacciones hipocondríacas, además, ambos



tienen una repercusión diferente en la percepción de salud y en las actitudes tomadas al respecto.

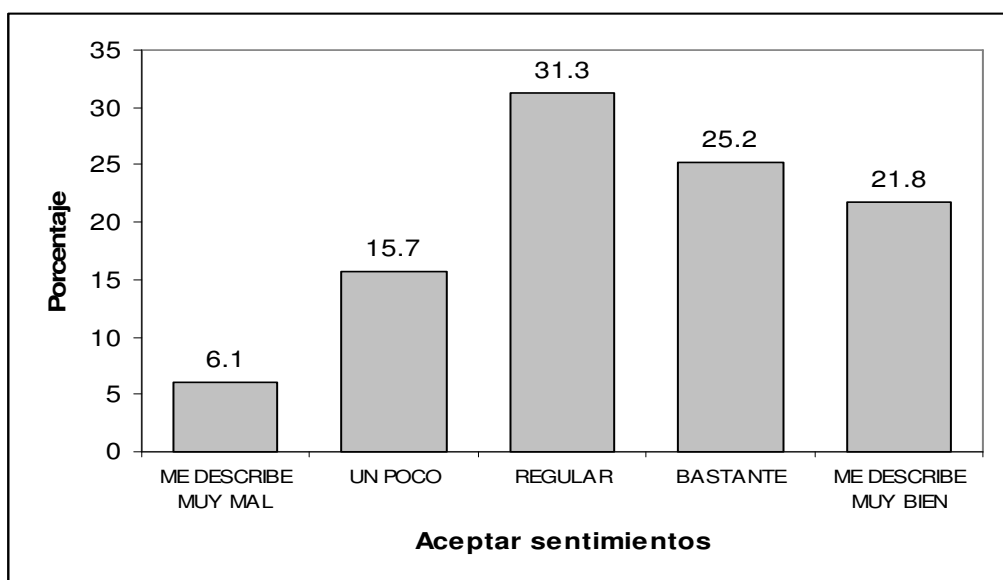
## **5.5 Afrontamiento**

En el tercer capítulo se mencionó que los estilos de afrontamiento influyen en la valoración de las situaciones, en este caso de la situación de salud, y de los propios recursos para hacerle frente, y su principal función es la de contrarrestar el estrés o malestar emocional que le acompaña, por lo tanto, considerando que la hipocondría involucra de forma similar, malestar emocional ante la enfermedad; también requiere formas de afrontamiento eficaces para evitar que estas actitudes hipocondríacas repercutan en la salud física y mental de la persona. Por esta razón se tomaron los reactivos que se refieren al afrontamiento ante situaciones de estrés para determinar su relación con los reactivos que evalúan la hipocondría.

### *Acepto mis sentimientos (19, FP)*

Con respecto a si aceptan sus sentimientos, se puede observar en la figura número 19, un 31.3% (n=306) considera que esta afirmación los describe de forma regular, un 25.2% (n=247) bastante bien y un 21.8% (n=214) muy bien, un 15.7% (n=154) sólo un poco y un 6.1% (n=60) no los describe.

**Figura 19.** Porcentaje de personas que reporta que acepta sus sentimientos (19 FP) como estilo de afrontamiento.



Al relacionar este reactivo (19 FP) con la preocupación por la salud (48 FS) y con enfermedad frecuente (54 FS), por medio de la Chi cuadrada se encontró una relación estadística significativa de .000 (ver tabla 27 y 28) para ambas variables. Mientras que el relacionar este estilo de afrontamiento con la creencia de ser vulnerable a enfermarse (60 FS), se obtuvo una significancia de .005 (ver tabla 29).

**Tabla 27.** Puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada para determinar la relación entre aceptar los sentimientos (19 FP) y la preocupación por la salud (48 FS).

		Preocupación por la salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Aceptar sentimientos	ME DESCRIBE MUY MAL	20	9	6	6	19	60
	UN POCO	44	31	28	9	42	154
	REGULAR	78	68	65	19	76	306
	BASTANTE	62	53	39	36	57	247
	ME DESCRIBE MUY BIEN	77	28	19	21	67	214
Total		281	189	157	91	261	981
Pearson Chi-Square		Value		df		Sig.	
		51.054		20		.000	

**Tabla 28.** Puntaje obtenido en la prueba Chi cuadrada en relación a aceptar los sentimientos (19 FP) y la enfermedad frecuente (54 FS).

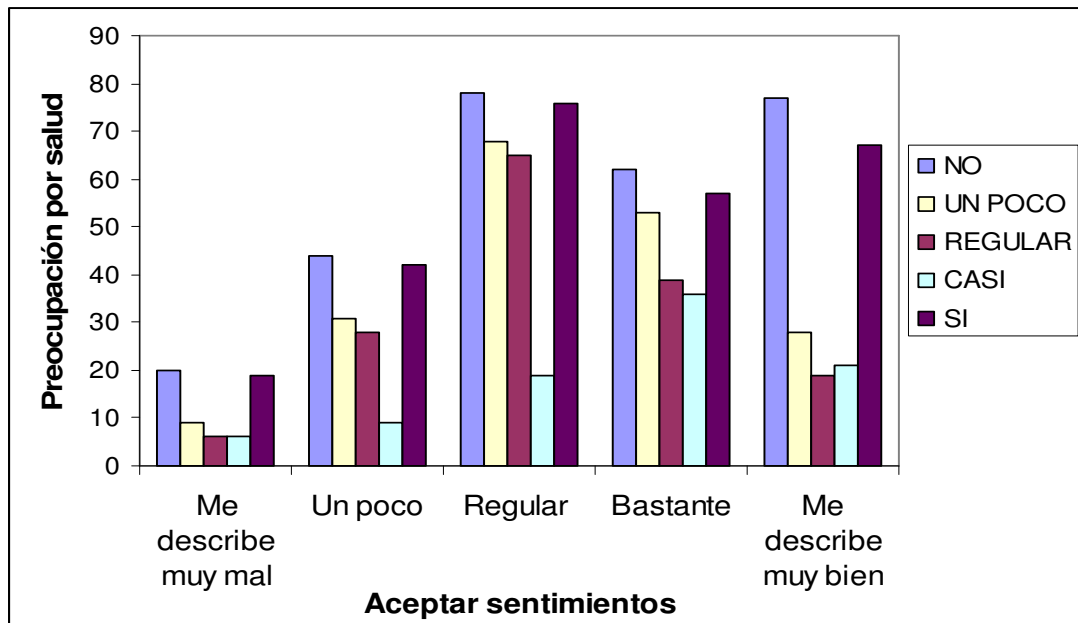
Pearson Chi-Square	Value	Df	Sig.
	45.868	16	.000

**Tabla 29.** Puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada en relación a aceptar los sentimientos (19 FP) y ser vulnerable a enfermarse (60 FS).

Pearson Chi-Square	Value	Df	Sig.
	34.078	16	.005

En la figura 20 se puede observar que independientemente de que acepten o no sus sentimientos, hay una similar proporción de la población que manifiesta preocuparse por su salud a pesar de que el médico indica que se encuentran bien y los que no se preocupan.

**Figura 20.** Relación obtenida entre aceptar sentimientos (19 FP) y la preocupación por la salud (48 FS).



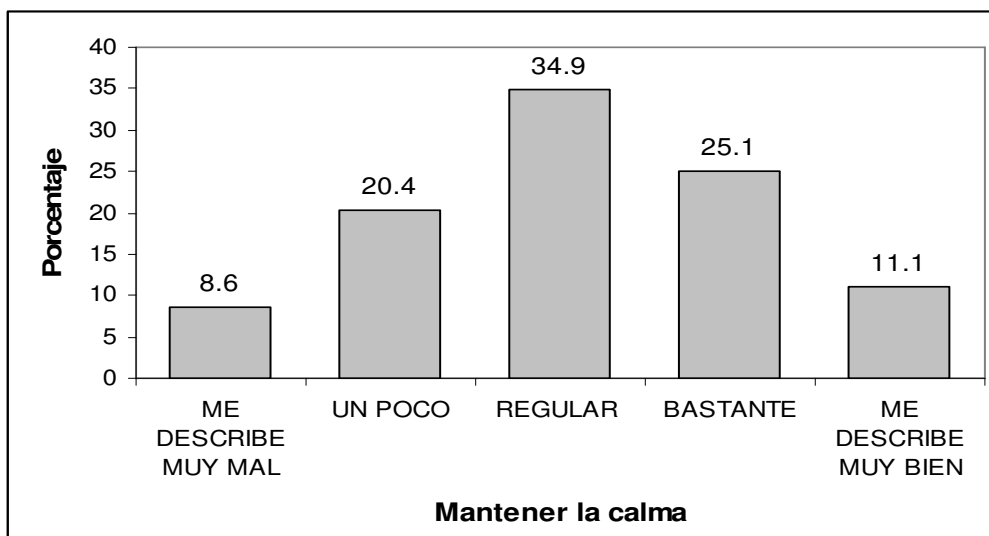
Lo anterior indica que este estilo de afrontamiento, dirigido a las emociones, contribuye de alguna manera en la preocupación por la salud, la enfermedad frecuente y la vulnerabilidad a enfermar, puede ser que al aceptar sus sentimientos disminuya la probabilidad de enfermar, hay que recordar que las emociones juegan un papel importante en el origen, desarrollo y mantenimiento de diversas enfermedades.

### *Mantengo la calma (20, FP)*

Con respecto a mantener la calma, un 34.9% (n=342) considera que esta afirmación los describe de manera regular, un 25.1% (n=246) bastante, y sólo un 8.6% (n=84) los describe muy mal (ver figura 21).

Al utilizar la Chi cuadrada para relacionar el reactivo de mantener la calma con la preocupación por la salud (48 FS) se encontró una significancia de .000 (ver tabla 30), lo que indica que ambas variables están relacionadas estadísticamente.

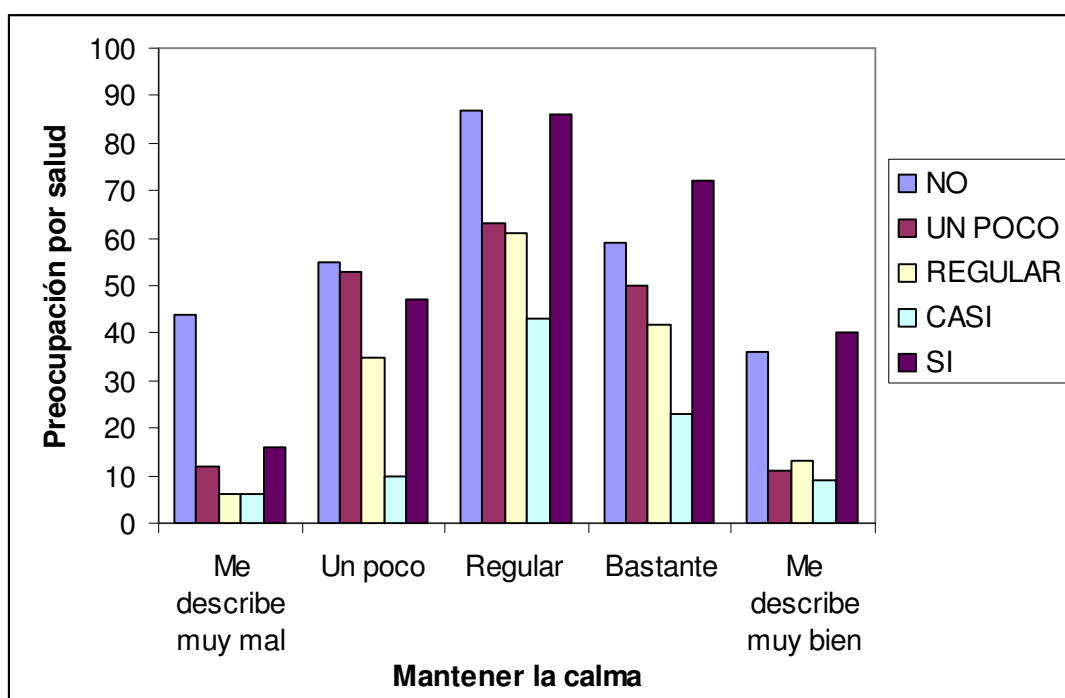
**Figura 21.** Porcentaje de personas que manifiestan que bajo estrés o tensión tienden a mantener la calma (20 FP)



<b>Tabla 30.</b> Puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre mantener la calma (20 FP) y la preocupación por la salud (48 FS).							
		<b>Preocupación por la salud</b>					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
<b>Mantengo la Calma</b>	ME DESCRIBE MUY MAL	44	12	6	6	16	84
	UN POCO	55	53	35	10	47	200
	REGULAR	87	63	61	43	86	342
	BASTANTE	59	50	42	23	72	246
	ME DESCRIBE MUY BIEN	36	11	13	9	40	109
	Total	281	189	157	91	261	981
	<b>Pearson Chi-Square</b>	<b>Value</b>		<b>df</b>		<b>Sig.</b>	
	58.262		20		.000		

Estos datos muestran que de los 281 personas que no se preocupan por su salud cuando el médico les ha dicho que se encuentran bien, 87 sujetos consideran que mantienen la calma en situaciones de estrés de manera regular, 59 lo hacen con bastante frecuencia y 44 suele no hacerlo, mientras que de las 261 personas que sí se preocupan por su salud a pesar de lo que haya dicho el médico, 86 consideran que por lo regular mantienen la calma estando bajo estrés y 16 sujetos no lo hacen. Por lo tanto, este estilo de afrontamiento para algunos individuos puede resultar efectivo para evitar preocuparse por su salud, y para otros esta preocupación persiste (ver figura 22).

**Figura 22.** Relación obtenida entre mantener la calma (20 FP) y la preocupación por la salud (48 FS).



En lo que se refiere a la relación entre mantener la calma y la creencia de ser vulnerable a enfermarse se obtuvo una significancia de .000 y con la enfermedad frecuente de .006 (ver tabla 31 y 32).

**Tabla 31.** Puntaje obtenido por medio de la Chi cuadrada para determinar la relación entre mantener la calma (20 FP) y enfermedad frecuente (54 FS).

Pearson Chi-Square	Value	Df	Sig.
	33.893	16	.006

**Tabla 32.** Puntaje obtenido por medio de la Chi cuadrada para determinar la relación entre mantener la calma (20 FP) y ser vulnerable a enfermarse (60 FS).

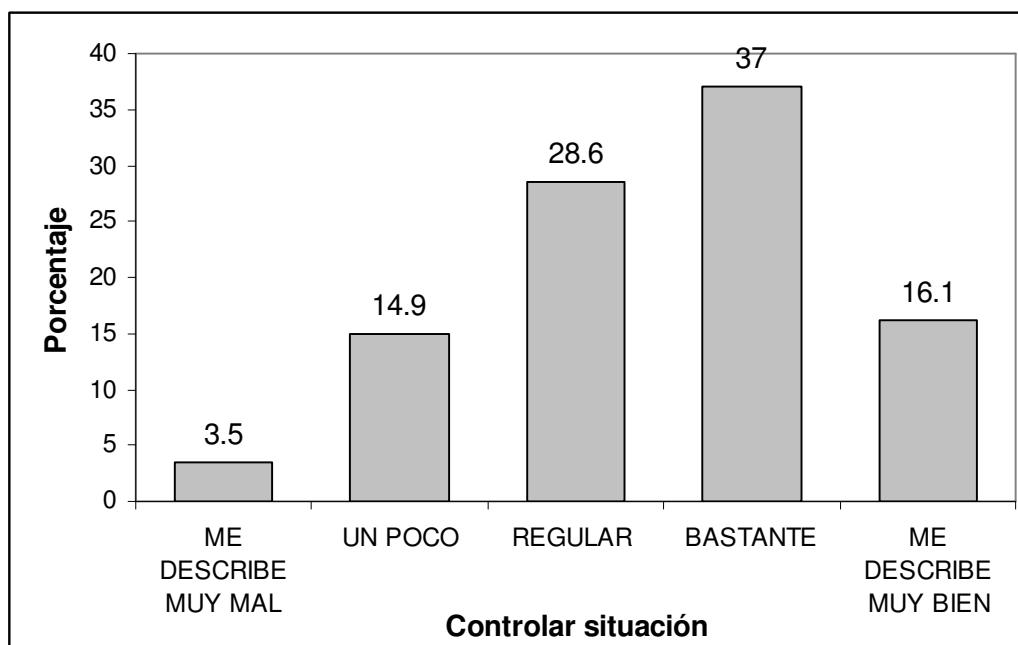
Pearson Chi-Square	Value	Df	Sig.
	49.995	16	.000

Esto indica que a medida que consideran que mantienen la calma en una situación de estrés, tienden a no enfermar con frecuencia y no se sienten vulnerables a enfermar.

*Procuró controlar la situación (21, FP)*

En este reactivo, un 37% (n= 363) reporta que con bastante frecuencia controlan la situación estresante, un 28.6% (n=280) de forma regular y solo un 3.5% (n=34) no lo hace (ver figura 23). Esto indica que a penas un poco más de la mitad de la población lleva a cabo este estilo de afrontamiento en situaciones de tensión, lo cual es preocupante si tomamos en cuenta que el estrés contribuye en la vulnerabilidad de las personas a contraer enfermedades.

**Figura 23.** Porcentaje de personas que manifiestan que bajo estrés o tensión tienden a controlar la situación (21 FP)

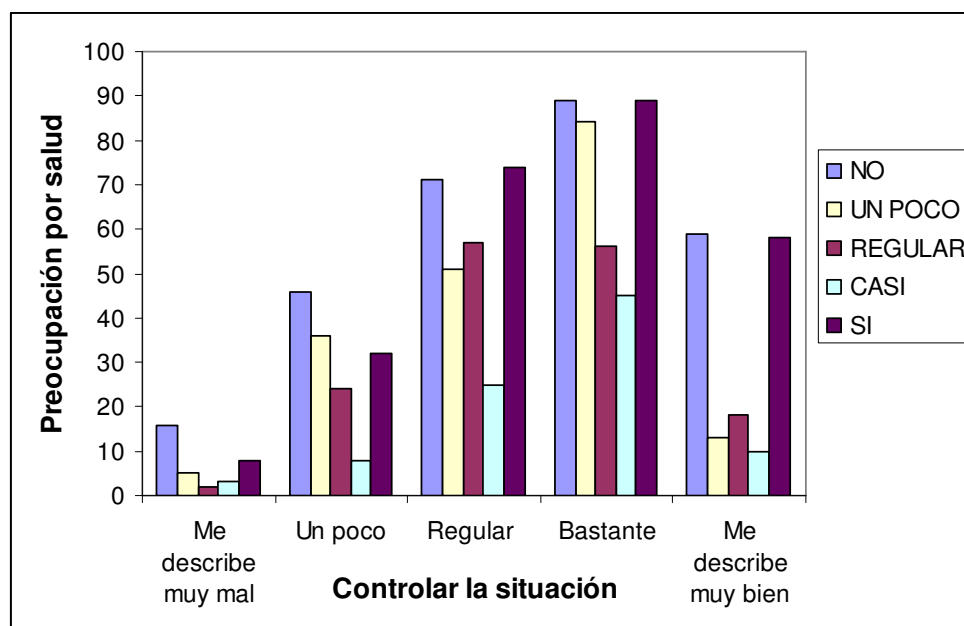


Como puede observarse en la tabla 33, de las 363 personas que dicen que con bastante frecuencia controlan la situación de tensión, 89 sujetos reportan preocuparse por su salud y esta misma cifra no lo hace. Por lo tanto, este estilo de afrontamiento no garantiza que se preocupen más o menos por su salud. (ver figura 24).

**Tabla 33.** Puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre controlar la situación (21 FP) y la preocupación por la salud (48 FS).

		Preocupación por la salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
<b>Controlar situación</b>	ME DESCRIBE MUY MAL	16	5	2	3	8	34
	UN POCO	46	36	24	8	32	146
	REGULAR	71	51	57	25	74	280
	BASTANTE	89	84	56	45	89	363
	ME DESCRIBE MUY BIEN	59	13	18	10	58	158
	Total	281	189	157	91	261	981
<b>Pearson Chi-Square</b>		<b>Value</b>			<b>df</b>		<b>Sig.</b>
		55.661			20		.000

**Figura 24.** Relación obtenida entre controlar la situación (21 FP) y la preocupación por la salud (48 FS).





Al relacionar el reactivo que avalúa si las personas tienden a controlar la situación estando bajo estrés o tensión (21 FP), con la enfermedad frecuente (54 FS) y ser vulnerable a contraer enfermedades (60 FS), se obtuvo una relación significativa de .005 y .000 respectivamente (ver tablas 34 y 35) Lo cual indica que ambas variables se ven influenciadas por el estilo de afrontamiento de controlar la situación de tensión.

<b>Tabla 34.</b> Puntaje obtenido por medio de la Chi Cuadrada para determinar la relación entre controlar la situación (21 FP) y enfermedad frecuente (54 FS).			
<b>Pearson Chi-Square</b>	<b>Value</b>	<b>Df</b>	<b>Sig.</b>
	34.363	16	.005

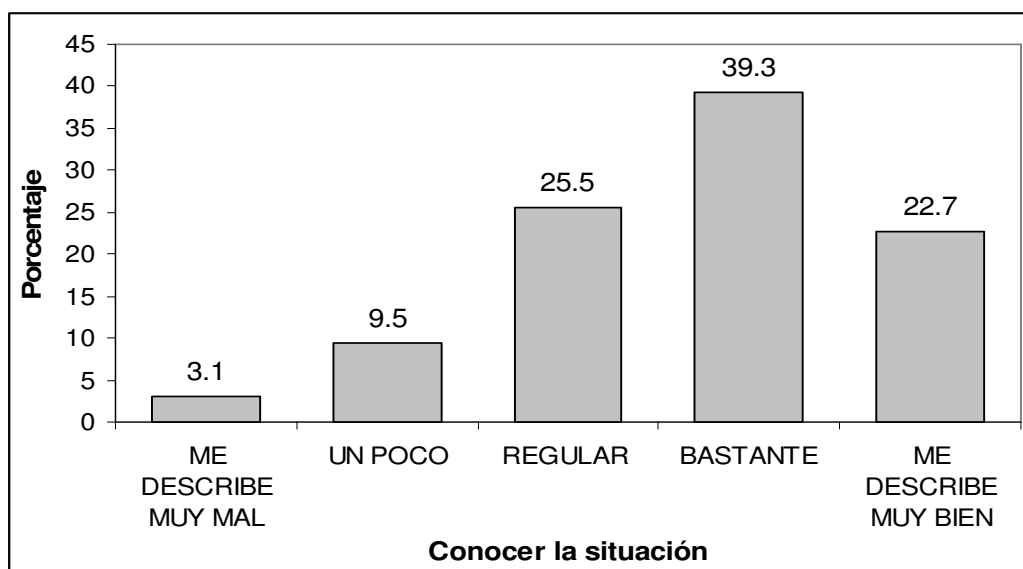
<b>Tabla 35.</b> Puntaje obtenido por medio de la Chi cuadrada para determinar la relación entre controlar la situación (21 FP) y ser vulnerable a enfermar (60 FS).			
<b>Pearson Chi-Square</b>	<b>Value</b>	<b>Df</b>	<b>Sig.</b>
	73.264	16	.000

Lo anterior indica que la población, al mismo tiempo que no tiende a enfermarse con frecuencia, disminuye su creencia de ser más vulnerables que otras personas de su misma edad a contraer enfermedades, y son también quienes consideran que por lo regular controlan la situación de estrés.

#### *Trato de conocer mejor la situación (22, FP)*

Para tener una sensación de control de cualquier situación, es necesario conocer lo suficiente de la misma, por lo tanto este estilo de afrontamiento sería uno de los principales a tomar en cuenta para poder afrontar una situación. En este sentido, se encontró que la afirmación “trato de conocer mejor la situación” describe bastante bien a un 39.3% (n=386) de la población, un 25.5%(n=250) de forma regular y un 3.1% (n=30) muy mal (ver figura 25).

**Figura 25.** Porcentaje de personas que tratan de conocer mejor la situación de estrés

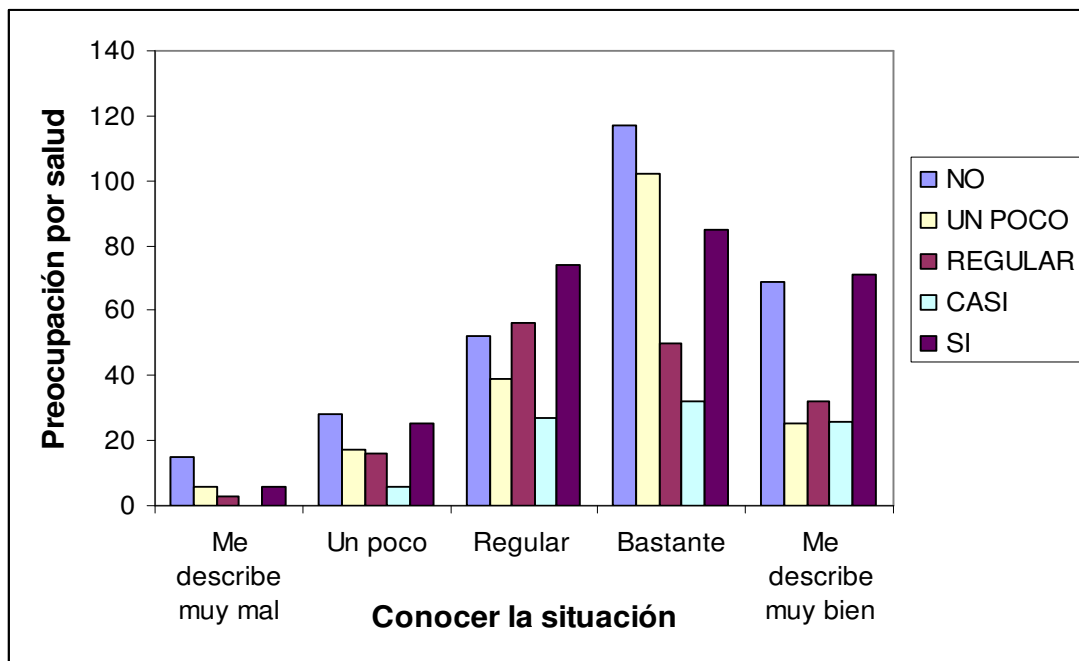


Al relacionar el reactivo de conocer la situación (22 FP) con la preocupación por la salud (48 FS), mediante la Chi Cuadrada se obtuvo una significancia de .000 (ver tabla 36). De las 386 personas que reportan tratar de conocer la situación de estrés con bastante frecuencia para afrontarla, 117 individuos no se preocupan por su salud cuando el médico les dice que se encuentran bien y 85 personas a pesar de ello, les sigue preocupando su salud.

**Tabla 36.** Puntajes obtenidos en la prueba Chi cuadrada para determinar la relación entre conocer la situación (22 FP) y la preocupación por la salud (48 FS).

		Preocupación por la salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Conocer Situación	ME DESCRIBE MUY MAL	15	6	3		6	30
	UN POCO	28	17	16	6	25	92
	REGULAR	52	39	56	27	74	250
	BASTANTE	117	102	50	32	85	386
	ME DESCRIBE MUY BIEN	69	25	32	26	71	223
	Total	281	189	157	91	261	981
Pearson Chi-Square		Value		df		Sig.	
		58.868		20		.000	

**Figura 26.** Relación obtenida entre conocer la situación (22 FP) y la preocupación por la salud (48 FS).



Por otro lado, cuando se relacionó la enfermedad frecuente (54 FS) con el reactivo que evalúa si las personas tratan de conocer mejor la situación (22 FP) estando bajo tensión, la Chi cuadrada mostró que no existe relación estadística entre ambas variables ya que se obtuvo una sig. =.456 (ver tabla 37). Mientras que con la creencia de vulnerabilidad a enfermar se obtuvo una relación significativa de .000 (ver tabla 38). Por lo tanto, se puede decir que en el caso de la hipocondría, el hecho de conocer mejor la enfermedad temida, puede generar la creencia de ser más vulnerable a enfermar por los síntomas que experimenta o puede suceder lo contrario, que disminuya esta creencia mientras más conozca sobre las características de la enfermedad.

**Tabla 37.** Puntaje obtenido por medio de la Chi cuadrada para determinar la relación entre conocer mejor la situación (22 FP) y enfermedad frecuente (54 FS).

Pearson Chi-Square	Value	Df	Sig.
	15.962	16	.456

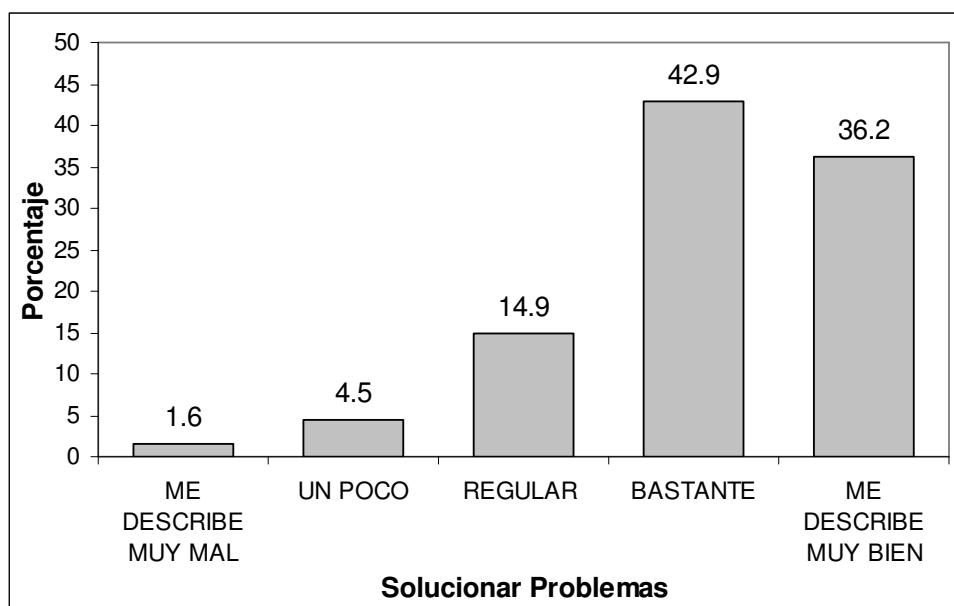
**Tabla 38.** Puntaje obtenido por medio de la Chi cuadrada para determinar la relación entre conocer mejor la situación (22 FP) y ser vulnerable a enfermarse (60 FS).

Pearson Chi-Square	Value	Df	Sig.
	50.877	16	.000

*Trato de solucionar mis problemas (24, FP)*

En el reactivo que evalúa si las personas estando bajo estrés, tratan de solucionar los problemas, un 42.9% (n=421) lo describe bastante bien, un 36.2% (n=355) muy bien y un 1.6% (n=16) muy mal. Como puede observarse en la figura 27, hubo un mayor porcentaje de personas que dicen que esta afirmación los describe bastante bien.

**Figura 27.** Porcentaje de personas que manifiestan que bajo estrés o tensión tienden solucionar los problemas (24 FP)

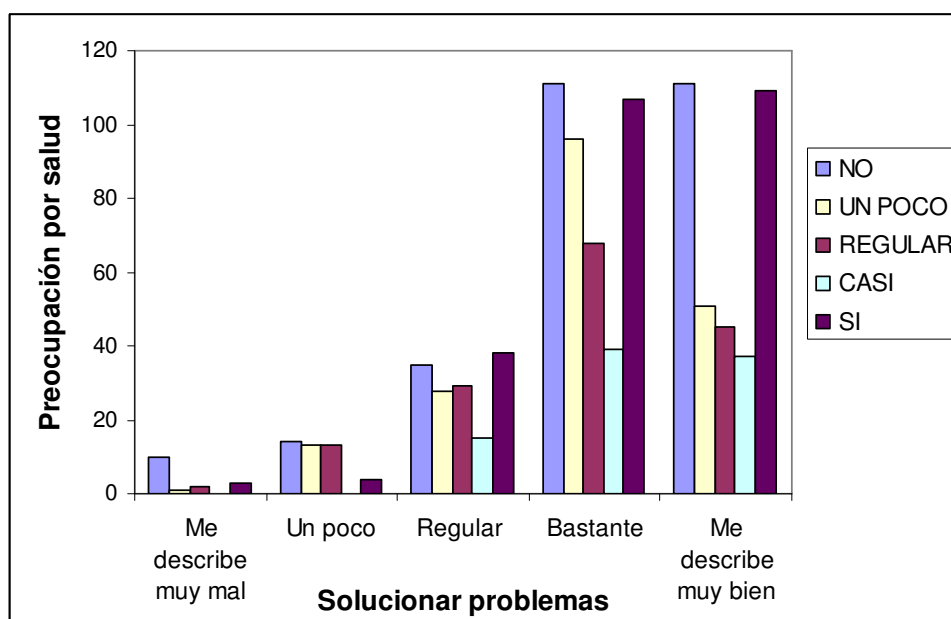


Por medio de la Chi cuadrada se relacionó el reactivo de solucionar los problemas (24 FP) con la preocupación por la salud (48 FS) donde se obtuvo una significancia de .001 (ver tabla 39).

<b>Tabla 39.</b> Puntajes obtenidos en la prueba ji cuadrada para determinar la relación entre solucionar problemas (24 FP) y la preocupación por la salud (48 FS).							
		<b>Preocupación por la salud</b>					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
<b>Solucionar problemas</b>	ME DESCRIBE MUY MAL	10	1	2		3	16
	UN POCO	14	13	13		4	44
	REGULAR	35	28	29	15	38	145
	BASTANTE	111	96	68	39	107	421
	ME DESCRIBE MUY BIEN	111	51	45	37	109	355
	Total	281	189	157	91	261	981
<b>Pearson Chi-Square</b>		<b>Value</b>		<b>df</b>		<b>Sig.</b>	
		46.945		20		.001	

Estos datos muestran que de la mayoría de las personas consideran que con bastante frecuencia tratan de solucionar sus problemas en situaciones de tensión, sin embargo, existe una similar proporción de la población que manifiestan preocupación por su salud a pesar de que el médico les dice que se encuentran bien que aquellos que no se preocupan (ver figura 28).

**Figura 28.** Relación obtenida entre solucionar problemas (24 FP) y la preocupación por la salud (48 FS).



Por otro lado, al relacionar el reactivo de solucionar problemas con (24 FP) con la enfermedad frecuente (54 FS) y vulnerabilidad a enfermar (60 FS), se obtuvo por medio de la Chi cuadrada, una relación significativa de .011 y .000 respectivamente (ver tabla 40 y 41).

**Tabla 40.** Puntaje obtenido por medio de la Chi cuadrada para determinar la relación entre solucionar los problemas (24 FP) y enfermedad frecuente (54 FS).

Pearson Chi-Square	Value	Df	Sig.
	31.640	16	.011

**Tabla 41.** Puntaje obtenido por medio de la Chi cuadrada para determinar la relación entre solucionar los problemas (24 FP) y ser vulnerable a enfermar (60 FS).

Pearson Chi-Square	Value	Df	Sig.
	57.290	16	.000

Lo anterior significa que, tratar de solucionar los problemas como parte del afrontamiento activo se relaciona con la creencia de ser vulnerable a contraer enfermedades y con la enfermedad frecuente, en este caso puede decirse que, al tratar de solucionar sus problemas en la medida de lo posible, disminuye su vulnerabilidad a enfermar con frecuencia.

Dado que los reactivos que evalúan el afrontamiento, mostraron una relación significativa con los reactivos de hipocondría, puede decirse que es posible actuar sobre los estilos de afrontamiento para poder influir en la hipocondría, una vez que se ha corroborado la presencia de ésta última mediante una evaluación adecuada.

Asimismo, al obtener una relación significativa entre los reactivos que evalúan la hipocondría (48, 54 y 60 FS) con las creencias y actitudes de salud que se refieren a la vigilancia de la salud (46, 47 y 53 FS) y confianza en el médico (49 FS) así como con el estado ansioso (48 FP) y depresión (52 FP), es posible indagar sobre la presencia de actitudes hipocondríacas a partir de estas variables.

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos específicos expuestos en el presente trabajo, se tiene que el concepto de salud y enfermedad ha ido evolucionando de acuerdo al contexto biológico, psicológico y social en el que el ser humano se desenvuelve. Como argumenta Morales, (1999) desde la antigüedad se consideraba que había elementos ambientales que originaban la enfermedad y aún en la actualidad prevalecen creencias influenciadas por la religión, donde se considera la enfermedad como castigo divino o designio de Dios, generando en las personas una actitud de resignación ante la enfermedad.

Al descubrir que las alteraciones fisiológicas (emociones) y cambios corporales influyen en los comportamientos y en la personalidad del individuo, originó la idea que había que actuar de manera conjunta sobre la mente, cuerpo y espíritu para conservar y recuperar la salud. Dicha evolución del concepto de salud y enfermedad, fue comprendido a partir de dos modelos: biomédico y biopsicosocial; según explica León y Medina (2002), el biomédico considera estas nociones como fenómenos biológicos originados por desequilibrios bioquímicos debidos a la exposición a estímulos externos nocivos como bacterias y virus; fomentando así, un rol pasivo de la persona enferma porque se creía sólo debía esperar que el tratamiento del médico le devolviera la salud.

Este modelo biomédico, permitió el desarrollo de fármacos y tecnología médica para combatir muchas de las enfermedades infecciosas, pero al existir muchas otras enfermedades cuyas causas no son sólo biológicas, sino también de índole social, resultó insuficiente para explicar la salud. Entonces, el modelo biopsicosocial dejó de ver la salud como un estado, y lo explica como un proceso que varía según las condiciones y estilo de vida, donde juegan un papel



importante las variables sociales, ambientales, el comportamiento y las emociones en el funcionamiento biológico.

De acuerdo con Roales, (2004) a partir del enfoque biopsicosocial, se comenzó a promover la participación activa tanto de la persona sana como enferma, en el proceso de curación y mantenimiento de la salud, orientando la atención en el desarrollo de habilidades de autocuidado. De modo que la interacción del estilo de vida, medio ambiente, cultura, herencia genética y sistemas sanitarios, determinan la salud o enfermedad de las personas. Aunque como señala Rodríguez y Abecia (2000), a estos determinantes de la salud, habría que añadir las creencias, actitudes hacia la salud y formas de afrontamiento, ya que si estos no son adecuados, originan un mal cuidado de la salud o el descuido de la misma.

De ahí que la definición de la salud de la OMS (1974, citado en Becoña, Vázquez y Oblitas, 1998) se considere como la más completa, ya que al explicarlo como el “completo bienestar físico, mental y social”, destaca la percepción que el individuo tiene sobre su propia salud, misma que determina las conductas para mantener la salud, curar la enfermedad o evitar que se complique.

De esta manera, al reconocer los aspectos psicosociales en la salud y enfermedad, se comenzó a dar prioridad a la prevención de la enfermedad, más que al tratamiento de la misma; la salud se convirtió en algo que hay que desarrollar y promover, no sólo conservar; por lo tanto, la atención se orientó hacia lo que las personas hacen para mantener su salud. Esta situación, junto con la crisis en el sistema sanitario y la demanda por atender las enfermedades crónicas y los aspectos psicosociales relacionados al proceso salud-enfermedad fueron acontecimientos que permitieron el surgimiento de la psicología de la salud.

A diferencia de otras áreas, la psicología de la salud se orienta hacia la promoción y mantenimiento de la salud, pero también, una vez establecida la enfermedad, contribuye en su rehabilitación, principalmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas, las cuales conllevan un fuerte impacto psicológico (Latorre y Beneit, 1992 & Brannon y Feist, 2001).

Con respecto al papel del psicólogo en el ámbito de la salud, Becoña, Vázquez y Oblitas, (1998), García (1993) y Durán (1998), argumentan que para cubrir los objetivos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el psicólogo de la salud realiza actividades de investigación sobre alguna temática de salud, evalúa las necesidades de la población en relación a su salud y con base en ello, desarrolla programas de intervención, ya sea que los aplique directamente sobre las personas de manera individual o sobre una determinada población. También, contribuye en la formación de otros profesionales de la salud, transmitiéndoles sus conocimientos acerca de los factores psicológicos involucrados en la salud. Incluso, Bazán, (2003) explica que el psicólogo puede intervenir con el equipo de salud, para mejorar sus habilidades sociales y profesionales con el fin de optimizar la calidad del servicio que brindan y, con ello, conseguir una mejor adherencia terapéutica por parte de los usuarios del servicio.

Con base en los resultados obtenidos mediante la prueba Chi cuadrada, y acorde al objetivo general de la presente investigación que se refiere a describir las creencias y actitudes de salud, formas de afrontamiento y salud psicológica de una población de la zona metropolitana y examinar su relación con las actitudes hipocondríacas. Se encontró que la población en general, en su mayoría percibe su salud como buena, regular y excelente. Esta percepción sobre su salud determinó los bajos puntajes en los reactivos que evalúan hipocondría, entre ellos, la creencia de enfermar con frecuencia, ser más vulnerable a contraer enfermedades y la preocupación por la salud a pesar de que el médico diga que

se encuentran bien; lo cual indica que no existen rasgos de hipocondría en la población. En algunos casos, la preocupación por la salud se presentó con más frecuencia en aquellas personas que presentan alguna enfermedad crónica, por lo tanto, esta preocupación se vuelve una respuesta al impacto que ocasiona la experiencia de enfermedad; como señala Rodríguez y Zurriaga (1997), la enfermedad por sí sola, genera incertidumbre y una sensación de falta de control al desconocer las causas y consecuencias de la misma.

De manera similar, las personas con actitudes hipocondríacas experimentan malestar emocional al percibir de manera inadecuada sus síntomas corporales, originando la creencia persistente de tener alguna enfermedad grave, aún cuando no hay evidencia orgánica de la misma. En ocasiones, la preocupación por la salud suele ser pasajera, pero cuando ésta persiste durante más de seis meses y tienden a afectar la vida de la persona, puede convertirse en un trastorno, que requiere de una intervención psicológica (CIE-10, 1993), pero antes de diagnosticarlo de esta manera, debe descartarse la presencia de alguna enfermedad real.

Cabe señalar, que la preocupación por la salud se considera una actitud saludable cuando motiva a las personas a estar al pendiente y atender de forma adecuada su salud para prevenir enfermedades, pero cuando se vuelve permanente, origina conductas compulsivas de atender el rendimiento del cuerpo y desconfiar del médico, situación que puede originar un trastorno hipocondríaco. Por ello, es importante considerar los factores que se relacionan con el origen y mantenimiento de la hipocondría, entre los que destacan: la experiencia previa en cuanto a las formas de reaccionar ante la enfermedad (afrontamiento del mismo), vivenciar la muerte o enfermedad grave de un allegado, presentar niveles de ansiedad elevados y/o frecuentes, estar expuestos a frecuentes acontecimientos estresantes, las creencias de salud, la información alarmante sobre las

enfermedades y la discrepancia entre lo que el médico informa y las molestias del paciente, generando así, desconfianza hacia el médico (Fernández y Fernández, 2003 & Avia, 1993).

En este sentido, mediante la escala de Funcionamiento de Salud y Funcionamiento Psicosocial, se encontró una similar proporción de la población que se preocupa por su salud y otra, no lo hace, la mayoría reporta no enfermarse con frecuencia y con ello, su creencia de ser más vulnerable a enfermarse que otras personas, es mínima. Estas variables (hipocondría) mediante la Chi cuadrada se relacionaron de manera significativa con la vigilancia de salud, confianza en el médico, estado ansioso y depresión, así como el afrontamiento.

En lo que se refiere a la vigilancia de la salud, la población tiende a atender el rendimiento de su cuerpo, sólo un poco o de manera regular. Con respecto a esta variable se encontró que quienes atienden mucho el rendimiento de su cuerpo, o lo hacen de forma regular, tienden a preocuparse más por su salud y enfermarse con menor frecuencia que aquellos que no vigilan su salud. De forma similar, la atención al rendimiento del cuerpo se relaciona con la creencia de ser más vulnerable a enfermarse ya que, se observó que hay quienes al no atender su cuerpo, no creen ser más vulnerables a enfermarse, mientras que otros sujetos al atenderlo con mayor frecuencia, aumenta esta creencia de vulnerabilidad. De esta manera, al estar más pendiente de las reacciones del cuerpo, la gente tiende a preocuparse más por su salud, mientras que si no lo atienden, se preocupan menos.

Por otro lado, se observó que la población regularmente tiende a confiar en el juicio de los doctores. Esta confianza en el médico para algunas personas tiende a disminuir su preocupación por la salud, pero en otros casos persiste. Asimismo, se relaciona con los reactivos de enfermedad frecuente y vulnerabilidad a enfermarse

debido a que, cuando existen discrepancias entre lo que el médico informa y los malestares que percibe el paciente, tiende a afectar la creencia de vulnerabilidad y genera desconfianza hacia el médico.

En cuanto a la salud psicológica, existe diversidad en las respuestas en el estado ansioso, ya que la mayoría de la población manifiesta que se sienten nerviosos o con dudas de manera regular o sólo con poca frecuencia. Mientras que el estado de ánimo deprimido se manifiesta en la población muy poco. Sin embargo, ambas variables se encuentran relacionadas con la enfermedad frecuente, vulnerabilidad a contraer enfermedades y preocupación por la salud. En lo que se refiere a la ansiedad, Gallar (1998) explica que los cambios fisiológicos que produce este estado emocional, llegan a ser confundidos con signos de alguna enfermedad, generando miedo o preocupación por su estado de salud, además de que motiva a la persona a estar pendiente de las reacciones del cuerpo, formando un círculo vicioso. Por lo tanto, la ansiedad contribuye a realizar una valoración sesgada de una situación y de los recursos para afrontarla.

Por otra parte, el estado de ánimo deprimido, según Camacho y Anarte (2003), al caracterizarse por el uso de autoafirmaciones catastróficas, tiende a aumentar la percepción del dolor (malestar físico), el malestar emocional y la sensibilidad al dolor, situación que a su vez, mantiene las creencias de indefensión. De este modo, un estado ansioso o deprimido prolongado puede predisponer a las personas a desarrollar actitudes hipocondríacas y en casos más severos un trastorno hipocondríaco.

Ante el temor hacia la enfermedad, cada persona actúa de distinta manera para afrontarlo, ya sea que acudan al médico para confirmar o descartar la presencia de alguna enfermedad, o busquen información sobre la enfermedad temida a través de amigos, familiares o mediante la literatura, pero en algunos casos,

resulta perjudicial porque ocasiona que preste mayor atención a sus síntomas corporales y produce mayor ansiedad, lo cual repercute en su creencia de estar enfermo. Según Rodríguez y Frías, (2005) la evaluación de la enfermedad varía según el significado que se le atribuya, de los recursos disponibles para afrontarla y la apreciación de control, lo cual va a determinar lo que haga al respecto; puede buscar superarlo desarrollando nuevos recursos, pero también puede reaccionar con miedo, indiferencia o frustración. De ahí la importancia de los estilos de afrontamiento. En este sentido, Galán, Pérez, y Blanco, (2001), coinciden al señalar que hay quienes responden a la enfermedad con vigilancia constante, ansiedad abierta y sensibilidad a señales de dolor, reconocen las emociones negativas que acompañan esta experiencia, pero hay otros que reprimen los pensamientos relacionados al dolor y niegan las emociones experimentadas.

Partiendo de lo anterior, se encontró que, en lo que respecta a las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción (aceptar sentimientos y mantener la calma), la población tiende a llevarlas a cabo de manera regular, mientras que las que son dirigidas al problema (conocer y controlar la situación, y solucionar problemas) son realizadas con bastante frecuencia y de manera regular. No obstante, independientemente de las formas de afrontamiento, hay una similar proporción de la población que manifiesta preocuparse por su salud a pesar de lo que dice el médico.

Estos estilos de afrontamiento al estar presentes en la población de manera regular, parece estar influyendo en el hecho de que las personas enfermen con poca frecuencia y su creencia de ser vulnerables a contraer enfermedades sea mínima, aunque no hay que olvidar la influencia de los factores biológicos, medioambientales, sociales e individuales que determinan el estado de salud de las personas.

De acuerdo a la revisión teórica, las creencias relacionadas a la enfermedad son las que determinan la estrategia de afrontamiento a utilizar, de modo que cuando la apreciación de las causas y gravedad de una enfermedad son pesimistas llegan a generar emociones negativas empeorando la situación. Sin embargo, las creencias de salud por sí solas, no aseguran que se lleven a cabo conductas saludables, ya que muchas veces, las personas a pesar de que conocen los riesgos que ciertas conductas tienen hacia la salud, no dejan de llevarlas a cabo.

Asimismo, al obtener una relación significativa entre los reactivos que evalúan la hipocondría con las creencias y actitudes de salud que se refieren a la vigilancia de la salud y confianza en el médico, así como con el estado ansioso y depresión, es posible indagar sobre la presencia de actitudes hipocondríacas a partir de estas variables. Mientras que al relacionarse la hipocondría con el afrontamiento, se puede decir que al actuar sobre los estilos de afrontamiento se puede influir en las actitudes hipocondríacas.

El diagnóstico de la hipocondría no se puede tomar a la ligera, requiere de una evaluación cuidadosa donde se descarte la presencia de alguna enfermedad, por lo tanto, con base en los resultados obtenidos en esta investigación se puede decir que los reactivos que evalúan las creencias y actitudes de salud, así como el afrontamiento, pueden ser utilizadas para indagar sobre la presencia de actitudes hipocondríacas, comparándolo con una historia clínica, pero no para realizar un diagnóstico, ya que para ello se requiere de algún instrumento especializado y retomar los criterios de algún manual de psicodiagnóstico como el CIE-10 o el DSM-IV.

Tomando en consideración lo expuesto a lo largo del trabajo, se sugiere indagar con mayor profundidad los aspectos relacionados con la hipocondría para poder detectar la presencia de estas actitudes tempranamente y con ello, poder intervenir de manera oportuna, ya que muchas veces, al ser tratado como una

enfermedad real, se incrementa la preocupación y el temor hacia la enfermedad, conformando un círculo vicioso que afecta la calidad de vida de la persona. Podrían retomarse reactivos de los instrumentos utilizados y compararlos con la historia del paciente acerca de su experiencia previa y aprendizaje en cuanto a la forma de reaccionar ante la enfermedad y con base en ello, intervenir para desarrollar en las personas estilos de afrontamiento que les sirva para afrontar el temor a la enfermedad y el manejo del mismo.

Es importante que en los programas de intervención a nivel primario, se cuide el material y la información que se utiliza para promocionar la salud y prevenir enfermedades ya que muchas veces los datos que se difunden suelen alarmar a la población generando preocupación excesiva por su salud y temor a la enfermedad. Asimismo, se vuelve necesaria la participación del psicólogo en el ámbito de la salud, especialmente en el trabajo con el equipo de salud para desarrollar en el personal sanitario habilidades sociales y estilos de afrontamiento que les permitan mejorar su calidad de vida y con ello, estén en condiciones de brindar un mejor servicio a la comunidad en general. De esta manera se estaría contribuyendo en la adherencia al tratamiento médico, mejoraría la confianza hacia el personal, y con ello, disminuirían los riesgos de generar actitudes hipocondríacas en las personas.

En este sentido, tanto el instrumento de Funcionamiento de Salud como el de Funcionamiento Psicosocial, resultan ser herramientas útiles para la psicología de la salud, ya que detectan las necesidades de salud integral de la población y con ello, es posible elaborar programas de intervención a nivel prevención.



# **ANEXO**

**INSTRUMENTO DE  
“FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD”  
Y  
“FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL”**



9	¿Obedecer todas las indicaciones del médico?	1	2	3	4	5						
10	¿Pedir el consejo de sus amigos?	1	2	3	4	5						
11	¿Platicar con el cura, ministro o su líder espiritual?	1	2	3	4	5						
12	¿Quedarse en cama?	1	2	3	4	5						
13	¿Solicitar la ayuda y consuelo de otras personas?	1	2	3	4	5						
14	Tomar las medicinas que el médico le recetó?	1	2	3	4	5						

El año pasado ¿Qué tan seguido realizó las siguientes acciones?

**Diario A menudo Algunas veces Pocas veces Nunca**  
**1 2 3 4 5**

15.	¿Abusar de la sal en la comida?	1	2	3	4	5						
16.	¿Beber algún líquido con cafeína?	1	2	3	4	5						
17.	¿Beber algún líquido sin cafeína?	1	2	3	4	5						
18.	¿Caminar a diario con fuerza y energía?	1	2	3	4	5						
19.	¿Comer entre comidas?	1	2	3	4	5						
20.	¿Comer menos?	1	2	3	4	5						
21.	¿Conocer las calorías que consume en los alimentos?	1	2	3	4	5						
22.	¿Consumir tabaco en cigarros, puros o pipa?	1	2	3	4	5						
23.	¿Desayunar sustanciosamente?	1	2	3	4	5						
24.	¿Dormir por lo menos siete horas todas las noches?	1	2	3	4	5						
25.	¿Ingerir alimentos nutritivos?	1	2	3	4	5						
26.	¿Ingerir comida chatarra?	1	2	3	4	5						
27.	¿Ingerir vitaminas?	1	2	3	4	5						
28.	¿Leer escritos sobre el cuidado de la salud?	1	2	3	4	5						
29.	¿Manejar sin respetar el límite de velocidad?	1	2	3	4	5						
30.	¿Medir su colesterol?	1	2	3	4	5						
31.	¿Platicar con los amigos sobre su salud?	1	2	3	4	5						
32.	¿Realizar algún ejercicio con energía?	1	2	3	4	5						
33.	¿Tomar cerveza?	1	2	3	4	5						
34.	¿Tomar vino, jerez, anís, rompopo?	1	2	3	4	5						
35.	¿Tomar tequila, ron, brandy, u otros?	1	2	3	4	5						
36.	¿Usar drogas?	1	2	3	4	5						
37.	¿Usar el hilo dental?	1	2	3	4	5						
38.	¿Usar su cinturón de seguridad?	1	2	3	4	5						

HP HN

Marque el número que más se acerque a su respuesta.

**Pésima Mala Regular Bien Excelente**  
**1 2 3 4 5**

39.	¿Cómo ha sido su salud en los últimos seis meses, comparada con otras personas de su edad?	1	2	3	4	5						SR
40.	¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?	1	2	3	4	5						ST

41. ¿Tiene una enfermedad crónica? (una enfermedad que hay durado más de seis meses) (marque si o no)

0. NO ----- vaya a la pregunta 43  
1. SI ----- vaya a la pregunta 42



66.	Es deficiente el sistema de salud del país	1	2	3	4	5
67.	Me molesta ver lo mal que se encuentra la medicina en el sistema de salud.	1	2	3	4	5
68.	Existen cosas más importantes que la salud	1	2	3	4	5
69.	Mis oportunidades de vida son mejores que las de otras personas de mi edad.	1	2	3	4	5


**El año pasado.** ¿En cuál de las siguientes situaciones se encontró?  
 Marque 0 (NO) si NO ocurrió                      Marque 1(SI) si SI ocurrió

Por cada situación que **SI** le haya ocurrido, marque qué tanta tensión sintió. Seleccione el número que más se acerque a su respuesta. Si marca **NO**, deje sin marcar los números siguientes de ese mismo renglón.

**Nada tenso**    **Muy poco tenso**    **Poco tenso**    **Muy tenso**    **Totalmente tenso**  
 1                      2                      3                      4                      5

		NO	SI							EP
1.	Adquirió una casa nueva	0	1	1	2	3	4	5		
2.	Algún amigo tuvo problemas serios	0	1	1	2	3	4	5		
3.	Algún hijo se fue de la casa	0	1	1	2	3	4	5		
4.	Cambió de casa o departamento	0	1	1	2	3	4	5		
5.	Cambió de trabajo	0	1	1	2	3	4	5		
6.	Dejó el trabajo o lo despidieron	0	1	1	2	3	4	5		
7.	Enfermedad grave de un familiar o amigo	0	1	1	2	3	4	5		
8.	Muerte de un familiar o amigo	0	1	1	2	3	4	5		
9.	Nacimiento de un hijo	0	1	1	2	3	4	5		
10.	Problemas con el jefe o compañeros	0	1	1	2	3	4	5		
11.	Problemas con la esposa(o) o familiares	0	1	1	2	3	4	5		
12.	Problemas financieros	0	1	1	2	3	4	5		
13.	Se cambió de ciudad	0	1	1	2	3	4	5		
14.	Su hijo(a) empezó o dejó la escuela	0	1	1	2	3	4	5		
15.	Su hijo(a) tuvo problemas	0	1	1	2	3	4	5		
16.	Tuvo problemas legales	0	1	1	2	3	4	5		
17.	Usted sufrió una enfermedad	0	1	1	2	3	4	5		

NE

**Nada**    **Un poco**    **Regular**    **Bastante**    **Mucho**  
 1                      2                      3                      4                      5

										EP
18.	¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?	1	2	3	4	5				EG

En las siguientes afirmaciones, marque el número que mejor lo describe cuando está bajo estrés o tensión.

**Me describe muy mal**      **Un poco**      **Regular**      **Bastante**      **Me describe muy bien**  
**1**                      **2**                      **3**                      **4**                      **5**

19.	Acepto mis sentimientos	1	2	3	4	5
20.	Mantengo la calma	1	2	3	4	5
21.	Procuro controlar la situación	1	2	3	4	5
22.	Trato de conocer mejor la situación	1	2	3	4	5
23.	Trato de sentirme mejor	1	2	3	4	5
24.	Trato de solucionar mis problemas	1	2	3	4	5

HA


Las siguientes 13 preguntas se refieren a sus relaciones **durante el año pasado** con amigos y familiares cercanos **que sean adultos**.

**Ninguno**      **Un poco**      **Regular**      **Bastante**      **Mucho**  
**1**                      **2**                      **3**                      **4**                      **5**

25.	El año pasado, ¿Cuánta ayuda, guía o información recibió de sus amigos y familiares más cercanos?	1	2	3	4	5
26.	¿Cuánta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5

AO    AI    AT


**Nada satisfecho**      **Un poco**      **Regular**      **Bastante**      **Muy satisfecho**  
**1**                      **2**                      **3**                      **4**                      **5**

27.	¿Qué tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió?	1	2	3	4	5
-----	--	---	---	---	---	---

AI

--

**Ninguno**      **Un poco**      **Regular**      **Bastante**      **Mucho**  
**1**                      **2**                      **3**                      **4**                      **5**

AO

28.	El año pasado, ¿Qué tanto apoyo emocional recibió de sus familiares y amigos más cercanos?	1	2	3	4	5
29.	¿Qué tanto apoyo emocional espera recibir en el futuro?					


**Nada satisfecho**      **Un poco**      **Regular**      **Bastante**      **Muy satisfecho**  
**1**                      **2**                      **3**                      **4**                      **5**

30.	¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

AO

--

**Muy poco**      **Un poco**    **Regular**    **Bastante**    **Muy a menudo**  
 1                    2                    3                    4                    5

31	El año pasado, ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba?	1	2	3	4	5	AT
32	¿Qué tan probable es que ellos hagan o le den cosas en el futuro?						

**Nada satisfecho**    **Un poco**    **Regular**    **Bastante**    **Muy satisfecho**  
 1                    2                    3                    4                    5

33	¿Qué tan satisfecho con las cosas que hicieron o le dieron?	1	2	3	4	5	AT
----	---	---	---	---	---	---	----

TS =  = 

AO	AI	AT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quando responda las siguientes preguntas, piense en amigos y familiares cercanos adultos y solo considere el año pasado.

**Muy poco**    **Un poco**    **Regular**    **Bastante**    **Muy a menudo**  
 1                    2                    3                    4                    5

34.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted?	1	2	3	4	5	IN
35.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos fueron poco considerados e insensibles con usted?	1	2	3	4	5	
36.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos le llamaron la atención por su forma de ser?	1	2	3	4	5	
37.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos se burlaron, hicieron chismes o lo rechazaron?	1	2	3	4	5	

Responda las siguientes preguntas en términos de cómo se ha sentido en las últimas dos semanas.

**Muy poco**    **Un poco**    **Regular**    **Bastante**    **Mucho**  
 1            2            3            4            5

		1	2	3	4	5	CA	C U	LM	EE	QS	DC	SV
38	¿Ha perdido interés en las cosas?	1	2	3	4	5							
39	¿Piensa mucho en sus fallas?	1	2	3	4	5							
40	¿Qué tan a menudo ha tenido problemas con la memoria?	1	2	3	4	5							
41	¿Qué tan a menudo se ha sentido preocupado?	1	2	3	4	5							
42	¿Qué tan cerca ha estado de sus ideales?	1	2	3	4	5							
43	¿Qué tan difícil le ha sido concentrarse en sus cosas?	1	2	3	4	5							
44	¿Qué tan fatigado se ha sentido?	1	2	3	4	5							
45	¿Qué tan satisfecho se ha sentido con su vida?	1	2	3	4	5							
46	¿Qué tan seguido ha sentido un nudo en el estómago?	1	2	3	4	5							
47	¿Qué tan seguido ha sentido miedo de lo peor?	1	2	3	4	5							
48	¿Qué tan seguido se ha sentido nervioso o con dudas?	1	2	3	4	5							
49	¿Se ha sentido cansado?	1	2	3	4	5							
50	¿Se ha sentido criticado?	1	2	3	4	5							
51	¿Se ha sentido culpable cuando algo le sale mal?	1	2	3	4	5							
52	¿Se ha sentido deprimido?	1	2	3	4	5							
53	¿Se ha sentido mareado o con vértigos?	1	2	3	4	5							
54	¿Se reprocha a menudo cuando algo sale mal?	1	2	3	4	5							
55	¿Su ánimo ha sido feliz y positivo?	1	2	3	4	5							
56	¿Se ha sentido insatisfecho con su vida?	1	2	3	4	5							
57	¿Se ha sentido activo?	1	2	3	4	5							
58	¿Fácilmente aleja los miedos de su mente?	1	2	3	4	5							

TT =    =    =    =    =    =    =    =

*De nuevo le agradecemos su interés y cooperación*



## REFERENCIAS

- Aburto, G. C. (2001) *Estilos de vida y salud: su efecto en la mortalidad*. Psicología de la Salud, 11 (2), 53 – 58.
- Aburto, G. C. y Gamundi, P. G. (1996). *Las principales causas de muerte a partir de las agrupaciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades*. Psicología y salud, (7), 99 – 110.
- Aburto, G. C. y Gamundi, P. G. (1997). *La cooperación de los pacientes de los pacientes con el tratamiento médico*. Psicología y Salud (10), 37 – 44.
- Aibar, R. C. (2000) Educación para la salud. En: R.C. Colomer, y D. D. Álvarez (Eds.), Promoción de la salud y cambio social. (61-73). Barcelona: Masson.
- Álvarez, A. R. (1998). Salud y enfermedad. Salud pública y medicina preventiva. (11-13). México: Manual Moderno.
- Álvarez, B. J. (2001) *Influencia del estrato y el género de la persona enferma en la atribución de tipos de enfermedad, nivel de gravedad y causas de enfermedad*. Psicología de la Salud, 11 (1), 435 – 143.
- Amigo, V. I., Fernández R. C. y Pérez A. M. (1998). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: aspectos teóricos y técnicas de intervención. Manual de Psicología de la salud. (299 – 323). Madrid: Pirámide.
- Andrasik, F. Otis, J., Turner, B. y Simón, M. A. (1999). Estrategias de investigación de la psicología de la salud. Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicación. (264 – 275).Madrid. Psicología Universidad.
- Avia M. D. (1993). Estudio conductual de la hipocondría. En: Hipocondría. (104 – 126). Barcelona: Martínez Roca.
- Barra, A. E., Cancino, F. V., Lagos, M. P. y San Martín, V. J. (2005) *Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes*. Psicología y salud, 15 (2), 231-238.
- Baur, S. (1989). Hipocondría. Cómo evitar una vida miserable provocada por las enfermedades imaginarias. México: Gedisa

- Bayés, R. y Borrás, F. J. (1999). Psiconeuroinmunología y salud. En: M. A. Simón (Ed.), Manual de Psicología de la salud, fundamentos, metodología y aplicaciones. (77 – 85). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bazán, R. G. E. (2003). *Contribuciones de la salud en el ámbito hospitalario de México*. Psicología y Ciencia Social, 5 (2), 20 – 25.
- Becoña, E.; Vázquez, F.L y Oblitas, L.A. (1998). Psicología de la salud: Antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. Psicología de la Salud. (11 – 31). México: Plaza y Valdés.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (2001) *Comparación de la eficacia de un programa de autoayuda para dejar de fumar distribuido por correo en una manual en un único envío o semanalmente en folletos*. Psiquis, 22 (4), 205 – 214.
- Brannon, A. L. y Feist, J. (2001). La búsqueda de la atención sanitaria. Psicología de la Salud. (67 – 104). España: ITES Paraninfo.
- Buceta, J. M. y Bueno, A. M. (2001). Estrés, rendimiento y salud. En: J. M. Buceta, A. M. Bueno, y B. Mas (Ed.), Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo. (19 – 47). Madrid: Dykinson.
- Caballo, V. E. y Simón, M. A. (1998). Acontecimientos vitales estresantes y trastornos psicopatológicos. En: E. Becoña, F.L Vázquez y L. A. Oblitas (Eds.). Psicología de la salud: Antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. (111 - 147). México: Plaza y Valdés.
- Camacho M. L. y Anarte, O. M. (2003). *Creencias, afrontamiento y estado de ánimo deprimido en pacientes con dolor crónico*. Psicothema, 15 (3), 464 – 470.
- Carrascoza V. C. y Ayala, V. H. (2000). *La participación del psicólogo en el desarrollo de la salud en México*. Psicología y Salud, 10 (2), 149 – 159.
- CIE- 10 (1993). Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Organización Mundial de la salud.

- De León, V., Pelcastre, B. y Rojas, J. (1999). *Exploración de las creencias y conocimientos en torno al sida en una población de adolescentes*. Psicología y Salud, (13) 55 – 61.
- Diez, B. M. (1976). De la emoción a la lesión. México: Trillas.
- Durán, G. L. (1998). La participación del psicólogo en la atención integral a la salud. En: G. Rodríguez y M. Rojas (coordinadores). La Psicología de la Salud en América Latina. (63 – 80). México, D.F.: Facultad de psicología UNAM.
- Farré M. J. (1997) Las somatizaciones. Enciclopedia de la Psicología. 538– 556. España: Océano.
- Fernández, M. R. y Fernández, R. C. (1998) Actitudes hipocondríacas, síntomas somáticos y afecto negativo. Psicothema. 10 (2), 259 – 270. (En red). Disponible en: [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com)
- Fernández, M. R. y Fernández, R. C. (2001) Tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría. Psicothema, 13 (3), 407 – 418. (En red). Disponible en: [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com)
- Fernández, M. R. y Fernández R. C. (2003) Factores asociados a preocupación hipocondríaca en pacientes de un centro de salud de atención primaria. Psicothema, 13 (4), 659 – 670. (En red). Disponible en: [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com)
- Fontaine, O. (1981). La relación terapéutica y sus medios. Las terapias del comportamiento. (157 – 205). Barcelona: Herder.
- Galán, R. A, Pérez, S. M. y Blanco, P. A. (2001) La conducta de enfermedad: Análisis de su capacidad para caracterizar grupos de enfermos a nivel psicosocial. Psicothema, 13 (1), 63 – 67. (En red). Disponible en: [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com)
- Gallar, M. (1998). El paciente ante la enfermedad. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. (95 – 116). España: Paraninfo.

- García, F. M. y Peralbo, U. M. (1999). Desarrollo cognitivo y concepciones sobre la salud y la enfermedad. En: M.A.Simón (Ed.), Manual de Psicología de la salud, fundamentos, metodología y aplicaciones. (115 – 129). Madrid: Biblioteca Nueva. Psicología Universidad.
- García, G. H. (1993). Papel del psicólogo en un equipo de salud cardiovascular. En: M.A. Simón (Ed.). Psicología de salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. (45-55). Madrid. Pirámide.
- García, Q. F. Martínez, S. E. y Cáceres, O. E. (2001). *Intervención cognoscitivo–conductual en el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y el tratamiento del cáncer*. Psicología y Salud, 11 (1), 113 -123.
- Gil, L. M. y Pons, D. J. (2000) *Los comportamientos de riesgo para la salud y sus relaciones con variables sociodemográficas*. Psiquis, 21 (2), 33-42.
- González V. T. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud – enfermedad. Revista electrónica de Psicología Iztacala, UNAM, 7(2). (En red). Disponible en: [www.iztacala.unam.mx](http://www.iztacala.unam.mx).
- García, F: M. y Peralbo, U. M. (1999). Desarrollo cognitivo y concepciones sobre la salud y la enfermedad. En: M.A. Simón (Ed.), Manual de Psicología de la salud, fundamentos, metodología y aplicaciones. (115 – 129). Madrid: Biblioteca Nueva. Psicología Universidad
- Hendler, N. y Talo, S. (1992). El paciente con dolor crónico contra el paciente simulador. En: K. M. Foley, y R. M. Payne (Eds.), Terapéutica del dolor. (16 – 24). México: Mc Graw – Hill.
- Kumate, J. Selpúlveda, J. y Gutiérrez, G. (1993). Usos de la información en salud; interpretación, análisis y modelos matemáticos. En: Información en Salud. La salud en cifras. México: Secretaria de Salud. (47 – 62). México: Fondo de Cultura Económica.
- Latorre, P. J. y Beneit, M. P. (1992) *Psicología de la Salud: Introducción y conceptos básicos*. Psicología de la Salud. (17 – 25). Albacete: Lumen.

- León, R. J. y Medina, A. S. (2002). Del modelo biomédico al modelo biopsicosocial. La necesidad de una nueva concepción de la salud. Psicología de la Salud. Fundamentos teóricos y metodológicos. (11 – 53). España: Publicación social.
- Lezana, M. A. (1993) Conocimientos, actitudes y prácticas en torno al uso de la terapia de rehidratación oral. En: J. Kumate, J. Sélpulveda y G. Gutiérrez (Eds.), Información en salud. La salud en cifras. (157 – 184). México: Fondo de Cultura Económica.
- Matarazzo, J.D. (1994). Conducta y salud: Integración de la ciencia y la práctica en psicología y medicina, un siglo después. Boletín de psicología clínica en organización médica, 16-30.
- Martínez, N. C. y Botella, A. C. (1997). Intervención psicológica en los trastornos hipocondríacos. En: O. L. M. Pascual y A. Ballester (Eds.), La práctica de la psicología de la salud. Programas de intervención. (63 -89). Valencia: Promolibro.
- Meda, L. R., Torres, Y. P., Cano, G. R. y Vargas, S. R. (2004). *Creencias de salud – enfermedad y estilos de vida en estudiantes universitarios*. Psicología y Salud, 14 (2), 205 – 212.
- Montiel, C. M., Urquidi, T. L. y Gálvez, M. (1999). *Afrontamiento y estados emocionales como predictores de ajuste psicosocial en mujeres con cáncer cervicouterino o de mama*. Psicología y Salud (4), 43 – 48.
- Morales, C. F. (1999) Una mirada al campo de la salud y la enfermedad. La psicología y los problemas de salud. Introducción a la psicología de la salud. (21- 119). Barcelona: Paidós.
- Morales, C. F. y Piña, L. J. (1995). *Psicología y salud en el siglo XX: Aproximación desde la psicología como disciplina y profesión*. Psicología y Salud, (6), 143 – 155.

- Ortega, S. P., Torres, V. L. y Salguero, V. M. (1998). *Los aspectos éticos de la investigación en la psicología de la salud*. Psicología de la Salud, (11), 71–75.
- Ortiz, V. G. (1996). *La metodología participativa en la psicología de la salud*. Psicología y Salud, (8), 77 – 87.
- Otto, M. W., Reilly, N. A. y Harrington, J. A. (2005). Terapia cognitivo – conductual. (301 – 309). En: T. A. Stern, J.B. Herman y P. L. Slavin (Eds.), Manual de terapia cognitivo conductual. Madrid: Mc Graw – Hill.
- Pacheco, L. L. (1998). *La enfermedad, el rostro de los dioses: salud y enfermedad entre los huicholes de Nayarit*. Psicología y salud, (11), 107 – 112.
- Pérez, A. M., Fernández, H. J., Fernández, R. C. y Amigo, V. I. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Guía de tratamientos psicológicos eficaces. (281 – 400). Madrid: Pirámide.
- Pernas, A., Iraurgi, I., Bermejo, P., Basabe, N., Carou, M., Paez, D. y Cabarcos, A. (2001). *Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH /SIDA*. Psiquis, 22 (5), 194 -199.
- Phares, E. J. (1996) Psicología de la salud y medicina conductual. Psicología, conceptos, métodos y práctica. (451 – 467). México: El manual moderno.
- Phares, E. y Trull, T. (1999) Antecedentes históricos: cronología y análisis. Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica. (36-47). México: Manual Moderno.
- Ramírez, G. E. M., cortés, V. E. B., Vaquero, C. J. E. y Arriaga, A. Y. (2003). *Evaluación de requerimientos de Salud Integral en población mexicana*. Psicología y ciencia Social, 5 (2), 68 – 73.
- Ramírez, R.C, Lizarraga, H. J., Félix, L. F., Campa, R. O. y Montañó, M. A. (1998). *Modificación de conocimientos y actitudes hacia la sexualidad en estudiantes de preparatoria*. Psicología y Salud, (12), 75 – 81.
- Rivas, R. M. y Fernández, P. C. (1991). El proceso de evaluación en la educación para la salud. En: C. G. Buena, V.E. Caballo y J. C. Sierra (Eds.), Manual de evaluación psicológica clínica y de la salud. (917 – 928). España: Siglo XXI.

- Roales, N. G. (2004) Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptos y aplicaciones. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez A. F. y Abecia, I. L. (2000) Determinantes de la salud. En: R. C. Colomer y D. D. Álvarez (Eds.), Promoción de la salud y cambio social. (13 - 25). México: Masson.
- Rodríguez, M. J. y Zurriaga L. R. (1997). Enfermedad: estrés y afrontamiento. Estrés, enfermedad y hospitalización. (37 – 83). España: Escuela de Andalucía de Salud Pública
- Rodríguez, C. M. L. y Frías, M. L. (2005) Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. Psicología y salud, 15 (2), 169 – 184.
- Rodríguez, O. y Rojas, M. E (1998). La psicología de la salud. La psicología de la salud en América Latina. (47–57). México. DF.: Facultad de psicología. UNAM.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Lostao, L., Santed, M. A. y Fernández, O. (2000). *Actitudes hipocondríacas en mujeres antes y después de participar en pruebas complementarias de detección de cáncer de mama*. Psiquis, 21 (5), 20 – 27.
- San Martín, H. (1990). La noción de salud y la noción de enfermedad. Salud y enfermedad. (7 – 25). México: La prensa Médica Mexicana.
- Sánchez, M. S., Ramos, G. E. y Marset, C. P. (1994). Actitud social ante la participación en salud. La actitud participativa en salud: Entre la teoría y la práctica. (79 -136). Murcia: Universidad de Murcia.
- Sánchez. R. M. (2003). Economía, Cultura y Salud. Elementos de salud pública. (21 -31). México: Méndez Editores.
- Santacreu, M. J., Márquez, S. M. y Rubio, F. V. (1997). *La prevención en el marco de la psicología de la salud*. Psicología de la Salud. (10), 81 – 92.
- Sapién J. S, Espinosa, R., Del Valle G. E. y Treviño L. R: (2004) *Patrones y nociones de la salud de profesionales de medicina. Una comparación entre géneros*. Psicología y ciencia social, 6 (1), 22 – 32.

- Smith, T., (1991). Guía completa de la salud familiar: Tomo III. España: Planeta.
- Torrigo, L. E., Santín, V. C., López, L. M. y Andrés, V. M. (2002) *Actitudes ante el cáncer de mama: miedos y realidad*. Psicología y Salud, 12 (1), 41 – 47.
- Turubián, J. L. (1994). Cuadernos de medicina de familia y comunitaria. Una introducción a los principios de medicina de familia. (348 – 414). Madrid: Díaz de Santos.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Lostao, L., Santed, M. A. y Fernández, O. (2000). *Actitudes Hipocondríacas en mujeres antes y después de participar en pruebas complementarias de detección de cáncer de mama*. Psiquis, 21 (5), 232 – 240.
- Vargas, D. A. y Palacios A. V. (1993) Determinantes básicos de la salud. Análisis de la Multicausalidad del fenómeno salud – enfermedad. Educación para la salud. (23 – 40). México: Mc Graw-Hill.