



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"EL ESTRÉS Y SU RELACIÓN CON ANSIEDAD EN POBLACIÓN METROPOLITANA"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)

Cecilia Mónica Mota Renaud

Directora: Mtra. **Esther María Marisela Ramirez Guerrero**

Dictaminadores: Mtro. **Enrique Bernabé Cortés Vázquez**

Lic. **María Luisa Hernández Lira**





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 las grandes satisfacciones que me ha dado al concluir esta Tesis, te doy las **GRACIAS** ilumíname y guíame en todo momento de mi Profesión.*

Nuevamente GRACIAS PADRE

A la memoria de mi MADRE (Esperanza)

Que por su incansable deseo a la vida, en su momento me inculco buenos hábitos, principios y una lucha constante para conseguir mis metas, Yo se que en donde te encuentres me das fuerzas para continuar con mis ideales, GRACIAS por tu ayuda y paciencia.

TE QUIERO MUCHO

A mi PADRE (Fernando)

Con Cariño y gratitud por una vida llena de sacrificios, en donde nunca me ha faltado Amor, Cariño y Apoyo que calurosamente me brindas, como también el transmitirme la seguridad de que podría lograr otra etapa de mi vida profesional. GRACIAS, Y recuerda que TE QUIERO MUCHO.

Deseo que este triunfo corone su arduo ESFUERZO

A mi HIJO (Fernando)

El cual me ha dado Alegría, Fortaleza y Ánimo para seguir paso a paso un camino de mi vida tanto Personal como Profesional
GRACIAS FER, TE AMO.

Nunca olvides que siempre estaré a tu lado en CADA momento de tu Vida

A mis Hermanos (Julio y Gaby)

Gracias por enseñarme la importancia tan grande que tiene el saber que puedes contar con el apoyo de unos Hermanos tan padres como Ustedes dos y por ser más que eso son mis más grandes Amigos.

Ustedes saben que también pueden contar Conmigo

A mis Tíos, Primos, Sobrinos y Cuñados

Gracias por haberme demostrado su incondicional confianza y ayuda, durante muchos años, su Paciencia, Comprensión, Apoyo, pero sobre todo su Firmeza de Espíritu.

Gracias por ser como SON

A mis Asesores de este Trabajo

En Especial A la Maestra Marisela Ramírez, le Agradezco por haberme permitido iniciar mi Desarrollo Profesional mediante el aprendizaje y al mismo tiempo, para contribuir a mi Desarrollo Personal a través de su Confianza y Paciencia.

Gracias por Creer en Mí

***“Pienso que cada niño debería tener su
Propia montaña para escalar una estrella en el
Cielo que sólo fuera suya y un árbol que le pertenece”.***

(Axline, 1964)

INDICE

	Página
Resumen.	1
Introducción.	2
CAPITULO I	
Psicología de la Salud.	7
1.1 Definición de la salud.	7
1.2 Concepto de la salud.	13
1.3 Psicología de la salud.	15
1.4 Concepto de la Psicología de la salud.	16
1.5 La evaluación en la Educación para la salud.	18
1.6 Relación entre Psicología Clínica Medicina Conductual y Psicología de la salud.	26
CAPITULO II	
Diseños de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud.	31
2.1 Diseños de investigación, conceptivo y clasificación	31
2.1.1 Diseños Experimentales en Psicología Clínica de la Salud.	34
2.1.2 Diseños de comparación entre grupos.	35
2.2 Estrategias de evaluación de los tratamientos Psicológicos.	35
2.3 La investigación análoga y la investigación clínica.	39

CAPITULO III

Ciencias que se relacionan con la Salud.	42
3.1 Ciencias Sociales que más están colaborando con las ciencias de la salud.	42
3.2 Papel de la medicina y de las ciencias de la Salud en el proceso de la Salud.	53
3.3 Los comportamientos Humanos y la Salud.	55
3.4 La noción de Salud y la noción de la Enfermedad.	58
3.5 Valores y Posibilidades de Salud.	63
3.5.1 Relación entre conocimiento y Salud.	64
3.5.2 Valores Higiénicos.	65
3.6 Bases para el Progreso y Salud.	66

CAPITULO IV

Denominación de Estrés.	67
4.1 Definición de Estrés.	67
4.2 Modelos de Estrés.	68
4.3 ¿Qué causa Estrés?	69
4.3.2 Perturbaciones de los ritmos cicardianos.	70
4.3.3 Cambios Vitales.	71
4.4 Estrés, Enfermedad y Personalidad.	75

4.5	Dimensiones del Estrés.	76
4.5.1	Variables Personales.	77
4.5.2	Variables Situacionales.	78
4.5.3	Variables Biológicas.	78

CAPITULO V

	EL Estrés y la Salud	81
5.1	El Estrés y la Enfermedad.	82
5.2	Promoción de la Salud.	89
5.2.1	Afrontar el Estrés.	90

CAPITULO VI

	Evaluación del “ Estrés Psicosocial”	93
6.1	El Estrés Psicosocial.	94

CAPITULO VII

	“Ansiedad”	99
7.1	Definición de Ansiedad.	100
7.2	Trastornos de Ansiedad.	102
7.2.2	Estado de Pánico.	104
7.2.3	Fobia y trastornos Fóbicos.	106

7.3	Enfoques sobre trastornos de Ansiedad.	109
7.4	Trastornos provocados por la Ansiedad.	111
7.5	Explicación de los trastornos provocados por la Ansiedad.	113
7.6	Trastornos Neuróticos.	115

CAPITULO VIII

EL Estrés y su relación con ansiedad en población Metropolitana.	119
--	-----

CAPITULO IX

Análisis de Datos y Resultados.	123
9.1 Análisis Individual de las Variables.	123
9.1.1. Ansiedad.	123
9.1.2 Análisis de cada uno de los reactivos de Ansiedad.	123
9.1.3 Análisis de cada uno de los reactivos de familiares poco-Considerados.	124
9.1.4 Análisis del reactivo de los Familiares que llamarón la atención.	125
9.2 Correlación de Variables.	127

CAPITULO X

Conclusiones. 136

Bibliografía. 142

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo contribuir en la ampliación de la información existente dentro del área de la Salud en Psicología en México así como conocer la relación existente entre el estrés y ansiedad en población Metropolitana.

Para lo anterior, se manejaron los sujetos del estudio realizado por Vega Castillo Miriam (Tesis de Licenciatura en Psicología, FES Iztacala, 2002) Titulado "Psicología de la Salud" La muestra fue no probabilística de 985 Sujetos, de entre 17 a 77 años de ambos sexos, usuarios de los centro de Salud: Hospital MIG, Español, Juárez, 1 de Octubre y Centro Médico Nacional Siglo XXI, y prestadores de servicio del Sector Salud. Por consiguiente, el Instrumento que se empleó en la presente, fue el mismo utilizado en Vega (2002) que son las escalas elaboradas por Ramírez y Cortés (2000) "Funcionamiento De la Salud" (FS) que consta de 5 subescalas con un total de 69 reactivos y "Funcionamiento Psicosocial" (FP): que consta de 4 subescalas con un total de 58 reactivos. La investigación que se realizó es no experimental, descriptiva y explicativa de diseño transversal, no se estableció hipótesis como tal, se consideraron los datos por si mismos, partiendo de la variable independiente (El estrés) y la variable dependiente (La ansiedad). Para el análisis de los datos se aplicó una prueba no paramétrica (ji cuadrada), con la ayuda del programa estadístico, computarizado SPSS. En los resultados se encontró que la información teórica y metodológica es inexistente en esta área y que por tanto existe la necesidad de impulsar la investigación de manera específica el estrés y su relación con ansiedad en familiares poco considerados, que llamaron la atención, impacientes y familiares que se burlaron. Sin embargo podemos mencionar que la psicología de la salud, es una de las áreas más jóvenes y más necesarias para nuestros conocimientos en donde es importante tener un amplio conocimiento sobre la salud, por lo que el objetivo general de la presente investigación fue en gran parte contribuir con dicha investigación

insistente dentro del área de psicología de la salud en población Metropolitana

INTRODUCCION

La psicología de la salud, por sus bases científicas, es un campo profesional colectivo y, por lo tanto, cuando se pretende delimitarla no es posible seguir los supuestos ni las características de un modelo único, sino que es preciso recoger lo que cada uno puede aportar. De esta forma, cabe especificar la tarea o meta que los diferentes profesionales implicados deben desarrollar hacia la consecución del bienestar biopsicosocial en los distintos sectores comunitarios, pues la salud hay que entenderla en un sentido amplio en cualquiera de sus niveles de trabajo (promoción o preocupación por incrementar los determinantes de la salud, prevención para detener las causas de los problemas de salud y trata miento con el fin de recobrar la salud). (Buela-Casal, 1996)

Puesto que la salud es un estado muy variable que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado. El factor más importante para lograr esto es el nivel de vida y la calidad del ambiente en el que vivimos.

Buela-Casal, (1996) menciona que la salud es entendida como un estado integral de bienestar es algo más que la mera ausencia de enfermedad. Por tanto, salud implica sentirse bien, tanto consigo mismo como en las relaciones con el entorno social y ambiental, según esto, la salud depende de una relación de equilibrio entre tres factores:

- * Organismo.
- * Conducta.
- * Ambiente (físico y social).

Este modelo biopsicoambiental resulta de gran utilidad para explicar la génesis y el mantenimiento de las enfermedades crónicas o funcionales que

se han convertido en las actuales plagas al mundo occidental. Enfermedades como cáncer, el sida, el estrés no pueden ser explicados por los clásicos modelos de enfermedad., dado que la causa no está en el organismo sino en la interacción organismo-conducta-ambiente. (Buéla-Casal, 1996).

Actualmente la psicología esta empleando técnicas exactas más extensamente que cualquiera de las otras disciplinas sociales en particular, métodos de medición y de observación de registro, técnicas perfeccionadas de entrevistas, procedimientos para evaluar las actitudes, que son de gran interés en la búsqueda de índices directos de salud. (San Martín, 1981).

La salud se expresa como un proceso interactuante de salud enfermedad, cuya valoración se encuentra en relación a un modelo médico específico, determinado a su vez, por el periodo histórico las clases sociales prevalecientes y la estructura del poder. Dentro del cual, el individuo mantiene una posición frente a la enfermedad-salud, activa o pasiva. Por lo tanto, cada modelo señala:

- a) Criterios explicativos e interventores diferentes de la pérdida de la salud; la biología y la ecología y la sociedad, la biología y la psique, la energía, la interacción del sujeto con lo social, la naturaleza y lo cósmico.
- b) Roles o papeles sociales específicos a los sujetos intervinientes: el enfermo y el que cura, El primero se define frente a la enfermedad como activo, participante o pasivo y dependiente. El segundo aparece como experto, como miembro de la comunidad o de la familia, que pueden depender directamente del Estado, de una empresa o simplemente de una relación amistosa- comunitaria.

(Perkins, cit. En Vega, 1976) señala que: La salud es un estado de relativo equilibrio de la forma y la función corporal, el cual resulta inadecuado ajuste dinámico del organismo con las fuerzas que tienen a alterarlo. No es, pues en su opinión una pasiva interrelación entre las sustancias que integran el organismo y los factores que pretenden romper la armonía, sino una

respuesta activa de las fuerzas corporales que funcionan estableciendo el ajuste.

Por otra parte es importante mencionar que el primer intento realizado para liberar la definición de salud de su exclusiva vinculación con el bienestar físico fue realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, incluyendo en ella la salud aparte del bienestar físico, el mental y el social, definiéndose la salud como un estado de bienestar completo físico, psíquico y social, y no solamente como ausencia de enfermedad o invalidez. (Rubinson y Alle: P.40 cita. En Buela-Casal, 1996).

Vega (1976), comenta que la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la prolongación de la vida, intervienen directamente relacionados tanto con el ambiente físico y biológico como las ciencias y formas de conducta del individuo.

A su vez San Martín (1981) menciona que el conocimiento del hombre en su aspecto fisiológico y social es indispensable para abordar el problema de la salud. Para lograr esto el propio médico o del higienista tienen que poseer capacidad psicológica para poder apreciar las motivaciones humanas y los sentimientos.

Por otro lado según Matarrazzo (1980), define a la psicología de la salud como "El agregado de las contribuciones educativa científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción, y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud enfermedad, y disfunciones relacionadas".

Es importante recalcar que si bien el desarrollo de la psicología es, una de las disciplinas más recientes dentro del área de la salud de igual manera es una de las más contemporáneas, tanto como ciencia así como profesión

(Ballester, 1997)

El futuro de la psicología de la salud está aun en parte por realizarse. Incluso siendo reciente la introducción de los psicólogos en el campo de la salud, y

las aplicaciones en espacio corto de tiempo ha tenido un desarrollo espectacular (Buela-Casal, Caballo y Sierra 1996) Partiendo de esto podríamos esperar gran des aportaciones por parte de la psicología hacia el área de la salud siempre y cuando existan investigadores interesados y un buen desempeño de trabajo interdisciplinario.

En cuanto a la perspectiva nacional, en México no existe en el lenguaje general de los psicólogos mexicanos y por lo tanto los trabajos en el tema son prácticamente inexistentes (Ramírez, 1999).

De lo anterior se puede decir que el interés que se tiene por desarrollar esta investigación es principalmente que el desarrollo profesional del psicólogo es de gran importancia para saber conocer el comportamiento del ser humano a través de la psicología de la salud. Por tal razón se desarrolla el siguiente objetivo:

Objetivo: Describir la relación existente entre estrés y ansiedad en la población que vive en la zona metropolitana.

Por lo mismo se pretende abordar en este trabajo los conceptos básicos dentro de la psicología de la salud, como también la definición, la evaluación en la educación para la salud, relación con otras disciplinas.

A su vez detectar las técnicas medológicas utilizadas dentro de la psicología de la salud en la evaluación, diagnostico, promoción y rehabilitación, y describir el estado actual de la misma.

Así como describir la denominación de estrés, las dimensiones de este, su definición y el porque se presenta esta enferme dad.

Por último, exponer las características, los padecimientos y los factores psicológicos relacionados con el estrés y la ansiedad.

A continuación se mencionarán los **Capítulos** a desarrollar en esta investigación.

Dentro del **Capítulo 1**. Se desarrollará la definición de la psicología de la salud, definición de salud, concepto, el origen y la relación entre la psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud.

En el **Capítulo 2** se mencionarán los diseños de investigación en psicología clínica y de la salud, diseños de investigación, concepto y clasificación, como también las estrategias de la evaluación de los tratamientos psicológicos, y la investigación análoga de los tratamientos psicológicas.

Capítulo 3 se hablarán de las ciencias que se relacionan con la salud como son: Papel de la medicina, las ciencias de la salud los comportamientos humanos y la salud, valores y posibilidades de la salud y la de la enfermedad.

Capítulo 4 se revisará la denominación del estrés sus definiciones, modelos, causa, frustración, conflicto, perturbaciones y cambios vitales, las variables personales, las situacionales y las variables biológicas.

Capítulo 5 se analizará el estrés y la salud, la enfermedad promoción de la salud.

Así mismo en el **Capítulo 6** se abordará la evaluación del estrés psicosocial.

Capítulo 7 se dará la definición de ansiedad, los trastornos de ansiedad, enfoque sobre los trastornos y la explicación de estos como también los trastornos neuróticos.

Otro **Capítulo es el 8** se discutirá la relación de ansiedad en una población metropolitana.

Por último en el **Capítulo 9** se hablará de los análisis de resultados obtenidos en esta investigación.

Y Para finalizar en el **Capítulo 10** se presentará la conclusión y discusión de esta importante investigación.

CAPITULO 1. Í PSICOLOGIA DE LA SALUDÍ

La psicología de la salud, por sus bases científicas, es un campo profesional eclático y, por lo tanto, cuando se pretende determinarla no es posible seguir los supuestos ni las características de un modelo único, sino que es preciso recoger lo que cada uno puede aportar. De esta forma, cabe especificar la tarea o meta de los diferentes profesionales implicados deben desarrollar hacia consecución del bienestar biopsicosocial en los distintos sectores comunitarios, pues la salud hay que entenderla en un sentido amplio en cualquiera de sus niveles de trabajo (promoción o preocupación por incrementar los determinantes de la salud, prevención para detener las causas de los problemas de salud y tratamiento con el fin de recobrar la salud).

1.1. Definición de salud.

Matarazzo (1980), define a la psicología de la salud como El agrado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción, y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnóstico de la salud-enfermedad, y disfunciones relacionadas+

Dubos (1965), fue uno de los escritores modernos que ha puesto mucha atención al intentar explotar la esencia de la salud refleja su capacitación profesional como microbiólogo, a su vez menciona que los estados de salud o enfermedad son la expresión del éxito o fracaso sufrido por el organismo en su esfuerzo por responder, adaptándose, a los cambio del medio ambiente.

La clave para esta definición reside en las palabras %esponder, adaptándose a los cambios del ambiente+, lo que proporciona el tema para la elaboración de esta investigación. Dubos indico de manera virtual cualquier amenaza para el bienestar del individuo.

Uno de los primeros intentos realizados para liberar la definición de salud de su exclusiva vinculación con el bienestar físico fue realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, en donde formuló una definición compuesta de veinte palabras e identificó tres dimensiones de la salud:

La salud es un bienestar físico, mental y social total y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades.

Desde su publicación, esta definición a menudo ha sido criticada pero a veces también alabada, y usada como una herramienta para el cambio innovativo. Sin embargo la respuesta más aceptada de modo indiferente.

Dicha definición es amplia y positiva; sin embargo, el significado real del término se deduce de actividades que realizan, los trabajadores de la salud, médico y otros profesionistas de esta ha cambiado muy poco.

Además, algunos profesionistas de la salud son de la opinión de que es mejor si no llevan a cabo este nuevo concepto Callahan (1977, pág.26) por ejemplo, declara:

Es una definición peligrosa y es necesario hacer un esfuerzo desesperado para cambiarla por algo más modesto. Al hacer hincapié en un bienestar físico, mental y social total coloca, a la medicina como a la sociedad, en una posición insostenible al ser requeridas para lograr metas inalcanzables.

La definición de la OMS presenta una tríada de dimensiones bienestar físico, mental y social. Estas dimensiones han de ser - examinadas con detalle, para tener una comprensión completa. Además, otros aspectos que no han sido incluidos, como el bienestar espiritual y la salud holística ameritan se les preste atención.

Bienestar social.

Aun cuando es difícil compartir la desesperación de Callahan con respecto a esta definición, ha identificado con exactitud las dimensiones sociales como el miembro más antiguo de la tríada.

Como se hizo notar, hay una aceptación razonable firme de la realidad de la salud mental; alguien a quien le falte la cualidad de salud mental, como alguien que sufra de una depresión grave, está enfermo sin importar qué tan saludable pueda estar físicamente. Se acepta que la personalidad humana se desarrolla, nutre y sostiene en un contexto social; sin embargo, este contexto social es más un determinante de la salud que un parámetro de la salud misma.

Otra manera posible de contemplar la salud social es admitir que para estar saludable, uno debe hacer una contribución positiva a nuestra familia y nuestra comunidad.

Bienestar físico y mental.

Como se explicó en la sección anterior, se acepta en general que el bienestar mental como parte de la salud ha tenido impacto- importante en muchos aspectos de la sociedad, en particular en la industria de las ciudades

de la salud. Pero a pesar de estos efectos notables, todavía se pone en duda la extensión de esta aceptación. Por ejemplo, parece estar claro que la aceptación de los problemas mentales y emocionales es mucho más segura cuando también se presenta algo físico, ya sea como factor causal o como síntoma.

Bienestar espiritual.

(Howard Hoyman, 1975 cit. en Grenne, 1988), en forma insistente afirma, para nosotros el pasar por tanto la naturaleza psicoespiritual: del hombre al desarrollar nuestro modelo de la salud, sería tratar con una criatura del hombre, con el hombre humano deshumanizado.

Según el autor o autoridad que se seleccione, la esencia real de la salud se encuentra en una o cualesquiera combinaciones de los siguientes factores:

1. Sentimiento subjetivo de bienestar.
2. Habilidad para adaptarse a estados cambiantes o de tensión
3. Habilidad para actualizar o hacer un uso pleno del potencial que se posee.

Parecería que la condición espiritual tendría, cuando menos, efectos importantes en cualesquiera de los criterios anteriores.

Por tanto la definición de la OMS parece pasar por alto este aspecto por completo.

La validez de la dimensión espiritual de la salud depende de nuestra creencia en la existencia de fuerzas espirituales y la naturaleza y manera particular del funcionamiento de estas fuerzas.

Aun cuando han habido pocos estudios sobre esta materia lo más probable es que, una proporción importante de profesionistas de la salud duden de la existencia de la espiritualidad en cualquier sentido verdadero del término y, entre aquellos que reconocen tal existencia, las percepciones de la naturaleza y función de las fuerzas espirituales parecen variar de manera considerable.

Salud holística.

A causa de que no hay relación íntima entre sus componentes, resulta difícil desarrollar una lista exacta de los factores de la salud en la que la mayoría de las personas estuvieran de acuerdo.

Muchos profesionistas de la salud dicen que no se debería preparar alguna lista, de física, mental y social. Consideran la salud como un gestalt* bastante integrado, un término que se refiere al desarrollo de una entidad única con una existencia propia, en oposición a una colección suelta de componentes. (Grenne, 1988).

Es a partir de 1978 que la psicología de la salud se constituye formalmente; cuando un grupo de psicólogos de diferentes áreas hace una división de psicología de la salud en el APA (Oblitas; becoña, 2000); así surge una línea de investigación en psicología de la salud, encargada de abordar los diferentes aspectos relacionados con la salud.

Hasta ahora la salud ha sido definida como:

- * Bienestar general.
- * Sentimientos subjetivos.
- * La habilidad para resistir las enfermedades y adaptarse a - los cambios.

Terris (1980), menciona que ~~la~~ salud es la ausencia de enfermedad+. Aquellas personas que aceptan esta definición tienen gran des problemas con los profesores universitarios y unos académicos más, pero estarán muy a tono con una sociedad que gasta el 98% de sus gastos para la salud e instalaciones, equipo, abastecimiento y servicios utilizados para tratar enfermedades y sólo el 22% en actividades de salud pública creadas para prevenir enfermedades y promover una salud positiva. Aun cuando esta definición ha conducido al desarrollo de grandes establecimientos para la salud que funciona bastante bien en el tratamiento de las enfermedades tienen dos limitaciones.

1.- Su reducción es el producto de un pensamiento bastante superficial y negativo: enfoca en forma aguda aquello que deseamos evitar (enfermedades), en tanto que deja aquello que todos desean (salud) al describirla de manera muy confusa.

2.- Otra limitación es su forma no hablada y no escrita; pocas gentes llegan a definir la salud como ausencia de enfermedad con esas mismas palabras, y sin embargo, el endoso tácito de este concepto se refleja en la mayor parte de sus acciones relacionadas con la salud.

El hecho de que tal definición de la salud no se exprese de manera sistemática, frustra cualquier esfuerzo para aclararla y mejorarla. Aun cuando limitada, esta definición es un concepto muy poderoso y primitivo que está en la inconsciencia colectiva de la sociedad y desde ahí ejerce una poderosa influencia sobre los programas en que se invierten miles de millones de dólares en gastos. (Grenne, 1988).

A su vez Terris (1980), identifica dos aspectos principales de la salud, uno subjetivo y otro objetivo. El aspecto objetivo se refiere a la habilidad para funcionar.

La cualidad de sentirse bien como criterio de la salud no sólo es una manera directa y franca sino única en cuanto al control potencial que presta al individuo sobre su propia salud. Aun cuando influenciados obviamente se originan dentro de la mente una variedad de estímulos externos en el individuo; según este punto de vista, las percepciones se hacen más importantes para la salud que la realidad de nuestras propias circunstancias.

Dubós (1965) fue el escritor moderno que más atención ha puesto al intentar explorar la esencia de la salud. Su definición de la salud refleja su capacitación profesional como micro biólogo:

Los aspectos de salud o enfermedad son la expresión del éxito o fracaso sufrido por el organismo en su esfuerzo por responder, adaptándose, a los cambios del medio ambiente.

La clave para esta definición reside en las palabras responder, adaptándose a los cambios del ambiente, lo que proporciona el tema de la salud.

El avance en la tecnología biomédica ha permitido en los últimos decenios ampliar la acción de la medicina hacia la promoción y prevención de la salud. No menos importante ha sido la aportación que al respecto ha

hecho otras disciplinas como la antropología social, la ingeniería sanitaria y la administración pública, las cuales ha contribuido a diversificar la función de medicina en beneficio de la salud colectiva.

Independientemente de la orientación que adopte ejercicio de la medicina, conservar la vida sigue siendo la meta de sus esfuerzos; refuerzos, fomentar, mantener o restaurar la salud son sólo metas intermedias para lograr su propósito.

La salud es pues, la materia y razón de la práctica cotidiana de la medicina, por lo cual es conveniente precisar: ciertos juicios. (Leopoldo Vega, 1976).

Hasta ahora la salud ha sido definida como:

- * Bienestar general.
- * Sentimientos subjetivos.
- * La habilidad para resistir las enfermedades y adaptarse a los cambios.

Dunn (1977), con esta definición introduce un cuarto punto de vista, es decir un método de desempeño que permite una productividad máxima. Esto implica que la buena salud es una condición que hace posible que un individuo avance al máximo hacia sus metas en la vida. El punto de vista de Dunn al parecer se acerca mucho al concepto del psicólogo Abraham Maslow sobre la autorrealización que define como el uso pleno y la exploración de talentos, capacidades y potenciales

El mismo autor anuncia cinco factores que en su opinión darán la base para la salud, en su esfuerzo por aclarar este capítulo:

Totalidad. El individuo es una personalidad total que se compone de cuerpo, mente y espíritu en continuidad dentro de un medio en constante cambio y lleno de acontecimientos.

Unicidad. Todas las personas son únicas y muestran su individualidad en cuerpo, mente y espíritu.

Energía. Como todas las otras formas de vida, el hombre es una manifestación de energía organizada y, como tal, tiene la capacidad de

extraer energía del ambiente físico. En este aspecto la naturaleza del hombre refleja la naturaleza de la vida misma.

Mundo interior y exterior. Para cada persona existe tanto un mundo exterior como interior, construido de sus cambios de percepción y otros con el mundo exterior, y de ahí su intuición del mundo interior.

Auto integración y uso de la energía. Es importante que el mundo interior de la percepción sea integrado, porque ésta es la base de la confianza en sí mismo. Sin la auto integración es suficiente, la energía corporal fluye sin interrupción a través de los canales normales para hacer un trabajo útil.

Estos cinco factores sirven para poner de relieve las dificultades que se encuentran, pronto se abandona el concepto tradicional de la salud como un simple estado de normalidad y estar libres de enfermedades.

Una vez dada la definición de la salud podemos mencionar el concepto de la salud.

1.2. Concepto de la salud.

Es un proceso interactuante de salud-enfermedad, cuya valoración se encuentra en relación a un modelo médico específico, determinando a su vez, por el período histórico, las clases sociales prevalecientes y la estructura del poder. Dentro del cual, el individuo mantiene una posición frente a la enfermedad, salud, activa o pasiva. Por lo tanto, cada modelo diseña:

a) Criterios, explicativos e interventores diferentes de la pérdida de la salud; la biología y la ecología, la biología y la sociedad, la biología y la psicología, la interrelación del sujeto con lo social, la naturaleza y lo cósmico.

b) Roles o papeles sociales específicos a los sujetos intervinientes: el enfermo y el que cura. El primero se define frente a la enfermedad como activo, participante o pasivo y dependiente. La segunda aparece como experto, como miembro de la comunidad o de la familia que pueden

depender directamente del estado de una empresa o simplemente de una relación amistosa comunitaria. (Gomez Jara, 1989).

Desde el punto de vista fisiológico, la salud traduce el funcionamiento armónico de las diversas partes que integran el organismo. El medio interno+o fisiológicos regula la complejidad de los fenómenos físico químicos generados como respuesta a los estímulos del medio externo+manteniendo de esta manera la armonía.

Por otro lado Dunn ideó un concepto verdaderamente positivo de la salud y, tal vez al llegar a la conclusión de que el término salud haya sido distorsionado más allá de cualquier esperanza de serse explicará, adoptó el término de bienestar de alto nivel que definió como:

El bienestar, en el sentido empírico hoy por hoy, significa algo bastante diferente de buena salud. La buena salud puede existir como un estado pasivo de estar libre de dolencias en el cual el individuo está en paz con su ambiente.

El bienestar de alto nivel para el individuo se define como un método o funcionamiento integrado que está orientado hacia la maximización del cual es capaz el individuo dentro del ambiente en el que se desempeña.

Desde el punto de vista fisiológico, la salud traduce el funcionamiento armónico de las diversas partes que integran el organismo.

(Perkins cit. En Vega, 1976), señala que la salud es un estado de relativo equilibrio de la forma y la función corporal, el cual resulta del adecuado ajuste dinámico del organismo con las fuerzas que tienen al alterarlo. No es, pues en su opinión una pasiva interrelación entre las sustancias que integran el organismo y los factores que pretenden romper ala armonía, sino una respuesta activa de las fuerzas corporales que funcionan estableciendo el ajuste.

Otros de los conceptos de la salud es el de Mendoza (1980), en donde nos dice que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social.

Tener salud, no es simplemente ausencia de enfermedad; es poseer equilibrio en nuestras funciones, físicas, psíquicas y metabólicas; es un estado en el que la persona emplea todos sus sentidos intelectuales, emocionales y físicos para mantener sus funciones vitales en perfecta armonía.

La salud es un tesoro que poseemos sin apreciarla hasta que se pierde; influye en la forma de vida personal, mejora la eficiencia y las relaciones sociales., y facilita la consecución de las metas fijadas.

Analizando estos conceptos de salud puede interpretarse como producto de la armonía interrelación entre el organismo y el ambiente que lo rodea. El carácter dinámico implícito en este juicio contrasta con la idea estática de considerar la salud como un ~~%estado+~~ o ~~%alteración+~~. La Organización Mundial de la Salud menciona que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente como la ausencia de afecciones o enfermedades.

Con lo anterior podemos establecer la vinculación de la psicología y la salud en el siguiente apartado.

1.3. Psicología de la salud.

A pesar de que el surgimiento de la psicología de la salud es relativamente reciente, siendo introducida como área de investigación por la Asociación Psicológica Americana en 1978, sus objetivos son claros y están perfectamente delimitados. Así, se establece que la psicología de la salud implica:

- a) La promoción y el mantenimiento de la salud a través de programas escolares de educación para la salud y de campanas para motivar estilos de vida y conductas saludables.
- b) La prevención y el tratamiento de la enfermedad por medio del desarrollo de programas de rehabilitación y de medidas preventivas.

c) La identificación de enfermedades y sus causas, lo que permite constatar la relevancia de los factores de personalidad, o la participación de procesos preceptuales y fisiológicos en - ciertos problemas de salud.

d) La mejora del sistema de cuidado de la salud y de la política sanitaria, investigando el grado con el que los pacientes pueden verse afectados por las características de los hospitales, por el personal médico, los costos médicos.

Si se toman en consideración estos objetivos, pueden observarse que cada uno de ellos revela aspectos diferentes con relación a la práctica de la psicología de la salud.

(Buela-Casal, 1996).

De hecho, y dado que la salud es una cantidad muy amplia y compleja, las parcelas o ámbitos de aplicación de la psicología de la salud son múltiples, pudiendo desempeñar en cada uno de ellos variedad de funciones en diferentes contextos, aun cuando su origen y práctica habitual haya sido, de modo especial, en el marco de la psicología clínica.

1.4. Concepto de la Psicología de la Salud.

La salud entendida como un estado integral de bienestar es algo más que la mera ausencia de enfermedad. Por tanto, salud implica sentirse bien, consigo mismo como en las relaciones con el entorno social y ambiental. Según esto, la salud depende de una relación de equilibrio entre tres factores: Organismo, conducta y Ambiente (Físico y Social), tal como se enuncia a continuación:

El modelo biopsicoambiental resulta de gran utilidad para explicar la génesis y el mantenimiento de las enfermedades crónicas o funcionales que se han convertido en las actuales plagas del mundo occidental. Enfermedades como el cáncer, el sida, el estrés. No pueden ser explicados por los clásicos modelos de enfermedad, dado que la causa no está en el organismo sino en la interacción organismo-conducta-ambiente. Por tanto, el

objetivo ya no es tratar la enfermedad, sino conseguir y mantener un equilibrio en estos tres factores.

Así la psicología adquiere un papel fundamental en el que aborda este tipo de enfermedades. Esto queda de manifiesto en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la necesidad de intervenir en salud y la consideración de que la psicología es importante en más de la mitad de los objetivos que plantea la (OMS). (Buela-Casal, 1996).

Por otra parte la división de la psicología de la salud de la Asociación Americana de Psicología (APA) estableció diez objetivos prioritarios para la psicología de la salud:

1. - Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
- 2.- Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
- 3.- Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
- 4.- Entender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
- 5.- Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
- 6.- comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
- 7.- Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones médico paciente se refiere.

8.- Entiende; las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y como se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.

9.- Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.

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

La psicología de la salud puede considerarse como un área de especialización de la psicología que nace para dar respuesta a una demanda socio sanitario. Los psicólogos de la salud, procedentes en su mayoría de la psicología clínica y de la medicina conductual, fueron adaptando sus técnicas a un nuevo campo de aplicación, en el cual, además de la rehabilitación es necesaria la prevención y la promoción de la salud. Por otra parte, aunque sigue el modelo conductual en cuanto a contenidos y posición teórica, los psicólogos de la salud también utilizan el modelo psicométrico puesto que ya no se trabaja a nivel individual sino de una comunidad. (Buela-casal, 1996).

Una de las definiciones más completas y que mejor describe la concepción actual es la propuesta por Carroles (1993,P.184), ~~La~~ Psicología de la Salud es el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los acontecimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad.

1.5. La evaluación en la educación para la salud.

A medida que la salud se interpreta en términos del bienestar del individuo, para cuyo logro desempeñan un papel determinante las condiciones o estilos vitales, la relevancia de la educación para la salud, formando parte de la educación total de la persona, se impone cada vez más. Por ello, la principal meta de la educación para la salud es proveer a los sujetos de conocimientos relativos al cuidado de su salud, propiciándoles comportamientos facilitadores de la misma en el marco de programas de instrucción en materia de salud. De acuerdo con esta meta, los objetivos de la educación para la salud tienen que ser amplios, y de ahí que incluyan la promoción de la salud, o, lo que es lo mismo, la ayuda para adoptar unos estilos de vida que mantengan y realcen el estado de bienestar y la prevención de enfermedades o, incorporación de actividades encaminadas tanto a prevenir las enfermedades antes de que éstas se instauren y modificar el curso de un problema de salud, como también a limitar una incapacidad.

Una vez que estos aspectos se han delimitado es preciso operativizarlos, siendo necesario recurrir a técnicas y procedimientos de medida que faciliten una recogida y un tratamiento objetivable de los datos. El proceso que permite descubrir las necesidades de salud de los diferentes sectores poblacionales, para en función de las mismas poder establecer unos objetivos para el programa en cuestión, es la evaluación que permite identificar los efectos de enseñanza o intervención. (Buela-Casal, 1996).

El proceso de evaluación en el campo de la educación para la salud implica una labor continúa, desde una primera aproximación al problema hasta la elaboración del programa específico, así como también su presencia es requerida para la estimación de la afectividad del mismo.

No obstante, y aun reconociendo la importancia de la evaluación en la educación para la salud, lo cierto es que su campo de aplicación es francamente amplio, lo que provoca que, en este caso, la evaluación pueda ser abordada desde múltiples perspectivas dependiendo del mayor o menor interés concedido a determinados aspectos o en función de la fase en que se

requiera y según la orientación teórica elegida. Por ello, la selección de un entramado conceptual que guíe la medida y la evaluación resulta imprescindible para cumplir una serie de objetivos:

- 1) Determinar la extensión de las medidas.
- 2) Especificar los principales aspectos de interés.
- 3) Ofrecer una estructura a través de la organización de los grupos de medidas.
- 4) Facilitar la identificación de aspectos y medidas que resultan relevantes.
- 5) Especificar la forma en que los componentes del programa de salud pueda afectar a las variables de impacto o a las consecuencias.

Los modelos fundamentales que se utilizan en la evaluación de la salud son:

A. El modelo biomédico y de salud, el cual se interesa de modo exclusivo por el resultado de la intervención, recayendo el énfasis en la evaluación de la calidad, efectividad de una intervención, ya sea ésta una estrategia, una técnica, un programa o una institución. Este tipo de modelo se centra en el impacto primario de la intervención sobre algunos impactos inmediatos o series de efectos.

B. El modelo comportamental, según el cual la intervención se asume en función de una serie de acciones y reacciones, efectos directos o indirectos de las variables intermedias o de impacto C significativas, actitudes, comportamentales, sociales y eco nómicas) que se dirigen a lograr la consecuencia de salud deseada

C. El modelo de educación para la salud, de acuerdo con el cual se destacan tanto los determinantes del comportamiento (Variables intermedias) como la consecuencia de la intervención, siendo por ello el modelo más completo. Si la evaluación se planifica conforme al mismo es necesario atender a la recogida de datos, el análisis y a la medida de cada uno de los tipos de factores determinantes o variables intermedias para poder, de esta forma, establecer su incidencia en el/los comportamiento/s de la salud y, a partir de

aquí, fijar el modelo más adecuado de intervenir, modificando la conducta hacia estilos de vida más positivos.

Es importante mencionar que algunas de las principales razones por las que la educación para la salud no ha recibido una gran consideración en lo referente a la evaluación son las siguientes:

*Porque los profesionales e investigadores en este campo todavía muy escasos en nuestra sociedad, se han tenido que preocupar más que socialmente se entienda la necesidad en evaluar metodológicamente su efectividad.

* Porque el proceso de evaluación es más complejo en la educación para la salud que en otras muchas áreas educativas debido á la multiciplina de determinantes que inciden en el comportamiento de salud.

* Porque tanto algunas creencias como ciertas prácticas de salud pueden ser directamente observadas, mientras que otras muchas pueden no ser advertidas meses o años después de que se ha completado un programa en particular.

Sin embargo a pesar de estas limitaciones, lo cierto es que cada vez existe interés, para que la evaluación sea más fidedigna posible, por conferir a los estudios sobre evaluación de la salud una mayor calidad, siendo posible de este modo efectuar afirmaciones y conclusiones más precisas a la hora de desarrollar programas de instrucción de la salud. (Green y Lewis, 1986).

De acuerdo con Cornachia, Olsen y Nickerson (1988, p.358), ~~la~~ evaluación es un proceso de comparar lo bueno o el valor de algo con un propósito u objetivo dado+. Por lo tanto, el proceso de evaluación, en función de los objetivos de conocimiento a transmitir y de las prácticas de salud a incorporarse a permitir tasar el grado de efectividad de la enseñanza en materia de salud tanto en el proceso (estrategias y técnicas de enseñanza utilizadas), como en el producto (medida de la extensión con que los objetivos establecidos previamente han sido alcanzados).

El desarrollo de la educación para la salud supone una sucesión de etapas desde la planificación de programas, previo a lo que es necesario la identificación y evaluación de necesidades de educación contando con los problemas de salud presentes en una determinada población, hasta la administración de los mismos, pasando anteriormente por la ejecución de programas y la provisión de servicios directos de educación para la salud. En cada una de estas etapas es necesaria la evaluación de sus objetivos o metas, por lo que la evaluación constituye en sí misma un proceso dentro del marco de la educación para la salud. Por lo tanto, la evaluación debe guiar la acción educativa desde antes de inicio del programa, durante su elaboración y aplicación, y en el momento de proporcionar información sobre los resultados o efectos del programa.

Aun que hoy en día son muchos los investigadores que se ocupan del desarrollo de propuestas de esquemas operativos para el proceso de evaluación en la educación para la salud, todavía sigue quedando mucho por hacer. No obstante, recogiendo aquellas aportaciones a la evaluación en este campo que resultan más claras

y precisas (Green y Cols,1980, Rubinson y Alles,1984; Green y Lewis, 1986 Rochon,1991),y también de acuerdo con la investigación en el área de la educación para la salud, seguidamente se va a proponer un modelo de evaluación operativo según una serie de fases.

Este modelo, teniendo en cuenta las metas u objetivos de la educación para la salud, trata de cubrir las necesidades de evaluación. Los pasos fundamentales del modelo propuesto son los siguientes:

* **Evaluación inicial.** En esta etapa el objetivo básico es establecer en el programa de instrucción unas prioridades conforme a la estimación de las necesidades reales de la población objeto de enseñanza en materia de salud, y también en función del esclarecimiento de aquellos factores que inciden en el comportamiento de salud. Para ello los pasos fundamentales a seguir son:

Estimación del grado de %bienestar+ a partir de examen de los problemas sociales que experimentan una determinada comunidad.

La información relativa a los problemas generales de los sujetos puede recoger de las distintas oficinas establecer y regionales de servicios sociales, que de hecho pueden proporcionar medidas de información muy relevantes. Otros datos, que resultan igualmente importantes para conocer el grado de satisfacción percibida de las personas son los concernientes a:

Las opiniones personales de la población en cuanto a los problemas de salud más preocupantes (transporte, problemas familiares). Estos datos pueden ser obtenidos por medio de cuestionarios enviados por correo a sujetos representativos de diferentes estamentos poblacionales.

El %bienestar+, el cual puede apreciarse de igual modo por muestreo. En este caso, los sujetos relacionados deben indicar, a lo largo de un continuum, su percepción de bienestar, desde mínimo hasta óptimo, y señalar cinco condiciones, por orden de importancia, que perciban como impedimentos para mejorar su calidad de vida. Por último, empleando indicadores objetivos (frecuencias, tasas de incidencia,) es posible identificar las barreras principales para el %bienestarq

* **Análisis epidemiológico** de diferentes problemas de salud. Las vías posibles a seguir para confeccionar una jerarquía de prioridades de enseñanza o instrucción son básicamente dos: analizar las tasas de ocurrencia o distribución de problemas de salud en un sector poblacional (aproximación reduccionista) o describir el medió detallado de los problemas de salud utilizando los datos nacionales y/o regionales sobre tasas de mortalidad y morbilidad - (aproximación expansionista).

Una vez identificados los problemas específicos de salud que impiden una óptima calidad de vida, se establecen los objetivos del programa de educación para la salud destinada a reducir los factores de riesgo asociados con la aparición de dichos problemas.

Identificación de conductas específicas vinculadas con problemas de salud. La tarea principal, en este momento es identificar por una parte prácticas de

salud vinculadas con problemas de salud, como fumar cigarrillos o consumir cantidades importantes de alcohol y, por otra, prácticas de salud que, aunque de modo estricto no son factores conductuales, se encuentran igualmente unidas a la conducta, como los niveles altos de colesterol o estar obeso, los cuales tienen que ver respectivamente con la dieta y con los estilos de vida. Una vez se han establecido las prácticas de salud se fija una jerarquía con ellas, desde las más importantes por unión directa con problemas de salud, hasta las menos importantes por su unión indirecta con tales problemas. Para las primeras, la relevancia viene determinada por la frecuencia con la que provocan problemas, mientras que para las segundas se determina por su implicación más ocasional en los mismos.

Teniendo en cuenta que los problemas de salud pueden estar - suscitados tanto por causas conductuales como no conductuales, es preciso también recoger una serie de datos relativos a la genética, edad, género, presencia de enfermedad, clima, lugar, y residencia, como factores que predisponen a intentar una nueva conducta o modificarla o que facilitan la realización de dicha conducta

***Determinación de los factores que potencialmente afectan** - a las conductas. Una (factores determinantes y técnicas e instrumentos de evaluación), Una vez evaluados estos factores es preciso decidir, en función de su importancia y contando con los recursos realmente disponibles, aquéllos en que de modo específico se va a centrar el programa de instrucción. Para la consideración de su importancia es necesario evaluarlos, y para la inclusión de posibles nuevos factores es necesario analizar los resultados de estudios y programas previos.

Al contar con todas estas parcelas de información es ya posible trazar unas estrategias de educación para la salud más adecuadas, a las cuales incluyen una combinación de métodos, aproximaciones y técnicas para trabajar con los diferentes factores que, implícita o explícitamente, determinan las conductas de salud.

Es de gran relevancia mencionar que algunos de los factores psicológicos específicos que hoy en día se investigan con mayor proliferación, en los relativos al comportamiento de salud son:

a. El conocimiento acerca de la salud. De acuerdo con la teoría cognoscitiva el desarrollo intelectual se ha intentado descubrir diferencias por edad en cuanto a lo que uno sabe, o en cuanto al grado de información y comprensión que se tiene acerca de la salud. Los instrumentos más utilizados para su evaluación son la entrevista de conocimiento acerca de la salud de Natapoff (1978), la escala de conceptos de salud de Laffrey (1936) y el cuestionario de percepción de la salud de Kenney (1991).

b. Las creencias sobre la salud. Hacen alusión a las percepciones que el sujeto tiene sobre la salud en función de su conocimiento y actitudes. Los instrumentos más recientes para su evaluación son el cuestionario de Creencias de salud de Cohen, Beownell y Félix (1990) y el de Rivas Torres (1991).

Para las creencias específicas, como la vulnerabilidad o susceptibilidad percibida, investigadas por el modelo de creencia de salud, Gochman (1971) ha desarrollado las escalas de vulnerabilidad percibida, las cuales evalúan el grado con el que un sujeto se siente vulnerable a padecer enfermedades o a sufrir accidentes

c. Las actitudes hacia la salud. Hacen mención a la organización de un tipo de creencias sobre la salud que son relativamente perdurables y que nos predisponen a actuar de una manera Particular con respecto a la misma.

Los instrumentos son para auto evaluación escasos, siendo los más conocidos la escala de actitudes de Edwards y Cols (1982) y la entrevista de comparación de pares de riesgo de Mangili y Turs (1990).

d. El valor de salud. Es el precio o estima que se concede a la salud de sí misma. La evaluación de este aspecto puede efectuarse con el cuestionario de valor de salud de Rockeach (1967),- con la escala de valor de salud de Reman y Seeman (1983), y con la de Costa y Cols, (1989) entre otras.

e. **El Locus de control.** Según Lefcourt (1976), el locus de control puede ser controlable o no por el propio sujeto.

f. **El auto concepto.** Se define como un auto evaluación de sí mismo con relación a dimensiones físicas, intelectuales, sociales. En relación con el comportamiento de salud se analiza el efecto del auto concepto general y el del auto concepto de salud.

g. **La autoestima.** Se entiende como una dimensión del auto concepto.

Los factores sociales, como la estructura y el apoyo social, el estatus socioeconómico, la cultura o las influencias del grupo de referencias, pueden incidir en el comportamiento de salud y de terminar el estilo de vida del sujeto. Para la evaluación del estatus socioeconómico el instrumento más usado, por ser uno de los más completos, es la escala de Coburn y Pope (1974). Cuando se evalúan las influencias de los grupos de referencia, frecuentemente se establece el grado de correlación entre el comportamiento de salud del grupo y el del individuo. Este mismo planteamiento ha sido utilizado por Coppattelli y Orleans (1985), y Gottlieb y Baker (1986) en sus investigaciones para analizar la influencia de los otros sobre las normas subjetivas del comportamiento del individuo modula su decisión en cuanto a comportamientos de búsqueda de ayuda., utilización de servicios médicos y participación en programas preventivos.

Por último, para determinar lo adecuado o inadecuado del comportamiento de salud que tienen las personas es necesario atender a los factores comporta mental, evaluando para ello sus hábitos o prácticas de salud.

Para finalizar este capítulo Basch (1985), señala que, para evaluar los resultados de un programa de educación para la salud, a la hora de analizar la relación entre la actividad del programa y los objetivos entre la actividad del programa y los objetivos perseguidos con el mis, hay que evaluar el grado de implementación del programa.

1.6. Relación entre psicología Clínica, Medicina Conductual y Psicología de la Salud.

La relación entre psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud no resulta fácil de describir pues es evidente que existen áreas de solapamiento y por tanto resulta extremadamente difícil marcar los límites entre dichas disciplinas máxime si tenemos en cuenta cómo se presentan las intervenciones en el ámbito profesional. Más sin embargo se dará una breve explicación de estas.

Ahora bien, es importante definir cada una de estas disciplinas en las siguientes líneas:

Psicología Clínica Phares (1991, cit. En: Becoña Vázquez y Oblitas, 2000) la define como un campo que tiene como objetivo el estudio, diagnósticos y tratamiento de los problemas psicológicos, trastornos psicológicos o a la conducta anormal. (p.23).

Resulta obvio que cuanto más nos remontamos en un análisis histórico al tratar de establecer el nacimiento de la psicología clínica, más difícil resulta poder diferenciarla de otras especialidades de la psicología. Quizá los primeros cimientos de la psicología clínica podríamos situarlos en el laboratorio de psicología experimental creado por Wundt en Alemania en 1879, en el primer laboratorio de psicología en Rusia dirigido por Békterev y fundado en la Clínica para enfermos alienados y enfermedades nerviosas de la ciudad de Kazan, o en el laboratorio de Psicología - de la Universidad Johns Hopkins fundado en 1896 y dirigido por Hall. Sin embargo, la consideración de la psicología clínica como una disciplina independiente podría situarse en 1906, cuando Lightner Witmer fundó la primera clínica psicológica en la Universidad de Pensilvania. Desde entonces, ha ido desarrollándose y evolucionando según la influencia de las diversas escuelas o corrientes psicológicas, variando de forma considerable tanto a través del tiempo como de los diversos países.

Resulta un hecho innegable que en la actualidad, tanto en los países anglosajones como en España, el modelo conductual juega un papel preponderante en la psicología clínica e incluso en la psiquiatría. Dada la influencia de la psicología conductual en el ámbito clínico, no resulta sorprendente que en la actualidad muchos psicólogos consideren que la psicología clínica es evaluación de conducta (Buela-Casal y Caballo, 1991; Donker y Sierra, - 1992; Carrobles, 1993). Según esto podría definirse la psicología clínica como un área de la psicología en la que se aplican técnicas de evaluación y modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de trastornos psicopatológicos. Por su parte, la psicología preventiva constituye un campo de investigación de acción interdisciplinario que desde una perspectiva proactiva, ecológica y ética y una conceptualización integral del ser humano en los principios teóricos y tecnología de la intervención actualmente disponible en cualquier disciplina que resulten útiles para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud mental física y de la calidad de vida a nivel comunitario tanto a corto como a largo plazo.

Fernández Rios, (1987; 1994)

Medicina conductual

La medicina conductual es un campo interdisciplinario de la ciencia biomédica y conductual, conocimiento y técnica relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de esas técnicas y ese conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Shawartz y Welis, 1978, pág.250, cit. En: Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

El gran desarrollo experimentado en la psicología clínica en las últimas décadas se debe, en gran parte, a la influencia del modelo conductual. Así el psicólogo clínico ha ampliado su campo de acción abordando los aspectos conductuales de los trastornos orgánicos. Esto ha llevado a la constitución de una nueva disciplina con la denominación de medicina conductual.

La expresión medicina conductual aparece por primera vez al principio de los años setenta en el título de un libro de Birk (Biofeedback: behavioral medicine). De hecho, en una primera etapa muchos autores consideraban que la medicina conductual no era más que la aplicación de las técnicas de biofeedback al tratamiento de diversos trastornos físicos. Sin embargo, a pesar de esta limitación inicial, la medicina conductual fue ampliando su campo de aplicación, así como también se extendió a la utilización de diversas técnicas de modificación de conducta. En el año 1978 celebra una conferencia sobre medicina conductual en Yale y allí se llega a un acuerdo de definición: disciplina interdisciplinario que integra la psicología conductual y la medicina, así como el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación.

Desde entonces hasta la actualidad, un gran número de investigadores y clínicos se ha dedicado a este nuevo campo, y una buena muestra de ello es la cantidad de libros y revistas especializadas sobre medicina conductual que han aparecido en estos últimos años. (Buela-Casal, 1996).

Por último es importante resaltar las diferencias existentes con otras dos disciplinas con las que puede confundirse la medicina conductual; nos referimos a la medicina psicosomática y a la - psicofisiología clínica.

La medicina psicosomática podría definirse como un área de la medicina que se caracteriza por la aplicación de técnicas procedentes fundamentalmente del psicoanálisis para tratar de explicar la relación entre factores emocionales y la sintomatología de la enfermedad física. En realidad se trata de aplicar un modelo psiquiátrico como es el psicoanálisis para una mejor comprensión y colaboración en el tratamiento médico de la enfermedad. (Anguera, 1988)

La psicofisiología clínica puede definirse como un área de especialización de la psicología en la que por medio de técnicas psicofisiológicas se investiga, evalúa y trata los componentes psicofisiológicos de la conducta normal y de los trastornos físicos y Psicopatológicos. Por tanto, sigue un modelo conductual, pero se diferencia de la medicina conductual en que, mientras que en ésta se utilizan diversas técnicas de modificación de conducta en la psicofisiología clínica sólo se utilizan las psicofisiológicas, Además, en esta última se incluyen como objeto de estudio - los trastornos psicopatológicos, además de los físicos.

Psicología de la salud

Por último esta disciplina es un campo profesional ecléctico y por lo tanto, cuando se pretende delimitarla no es posible seguir los supuestos ni las características de un modelo único, sino que es preciso recoger lo que cada profesional puede aportar.

Según Matarrazo, (1980), define a la psicología de la salud como el grado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud-enfermedad, y disfunciones relacionados.

La evaluación de estas disciplinas en España depende en gran medida del ámbito universitario, pues es donde se forman los futuros profesionales de la psicología.

Es necesario mencionar que la psicología clínica sigue siendo la que acapara el mayor interés por parte de los estudiantes de la psicología (Buela-Casal y Cols: Álvarez Castro y Sierra, 1993. Sierra y Frexia y Bagué, 1993; Sierra, Pál-Hegedüs, Álvarez Castro y Freixa, Baqué, 1995). La medicina

conductual y la Psicología de la salud tendrán sin duda, una mayor repercusión en el futuro, pues la mayoría de los planes de estudio de las distintas universidades españolas se han incluido asignaturas sobre estas disciplinas. (Buela-Casal y Cols, 1993).

Sin embargo a la diversidad del comportamiento humano y en el caso de la salud influye un nuevo factor que es el biológico el trabajo del psicólogo debe ser evaluar las interacciones entre la persona, la enfermedad y el ambiente para poder formular un diagnóstico y estrategia de tratamiento, por tal motivo el especialista en esta área debe de trabajar bajo una perspectiva biopsicosocial, para incorporar información fisiológica, psicológica y social (Engel, 1977).

Es por ello que en el siguiente capítulo se mencionarán los diseños de investigación en psicología clínica y de la salud.

CAPITULO 2. Í DISEÑOS DE INVESTIGACION EN PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUDÍ

Un aspecto especialmente importante de la evaluación en el ámbito de la psicología clínica y de la salud es el referente al control de los efectos de los tratamientos. Para realizar esta labor de evaluación secuencial y sistemática de los efectos de los tratamientos psicológicos, se requiere no sólo una delimitación objetiva y detallada de las variables implicadas en cada caso mediante la utilización de técnicas de evaluación que cumplan las mínimas garantías científicas exigibles, sino también el uso riguroso de diseños apropiados para su utilización clínica. Mediante la correcta implementación de estos diseños podrán obtenerse datos no contaminados y sentarse las bases para investigar y evaluar los efectos de las intervenciones terapéuticas, aspecto fundamental de la investigación científica en un campo que tiene como uno de los objetivos fundamentales la resolución de problemas clínicos. (Buela-Casa, 1996).

El desarrollo de este capítulo tiene por objeto presentar brevemente algunos de los aspectos más destacables relacionados con los diseños de investigación en psicología clínica y de la salud, abordándose igualmente algunas otras cuestiones de interés referentes a las particularidades de la investigación científica- en el entorno clínico.

2.1. Diseños de investigación, concepto y clasificación.

En líneas generales, y como primera aproximación al concepto de diseño, habría que señalar que este término, como ha puesto de relieve Myer, en 1980 (Cit. En: Buela-Casal, 1996), ha recibido múltiples acepciones en la literatura psicológica, siendo lo más usual el relacionarlo, de forma más o menos directa, con la investigación experimental.

Según (García Jiménez, en 1986), menciona que el diseño de investigación puede ser definido en términos generales como un conjunto de reglas mediante las cuales obtenemos observaciones del fenómeno que constituye el objeto de nuestro estudio, o también, de otra forma más simple, podríamos decir que es el patrón o guía de toda investigación.

Todo diseño debe contribuir, por tanto, un adecuado esquema de acción, cuya importancia es tal, que podemos afirmar que la mayor parte de los errores que invalidan un trabajo de investigación se refiere precisamente a la incorrecta elección del mismo.

Desde este punto de vista, el diseño requiere todo un laborioso proceso de toma de decisiones (Arnau, 1978), persiguiendo dos objetivos fundamentales proporcionar respuestas a las preguntas por las que se ha iniciado la investigación y controlar las posibles fuentes de variables contaminadoras (Kerlinger, 1964): en nuestro ámbito, evidenciar la acción de los tratamientos psicológicos utilizados y eliminar la influencia de posibles factores extractos intervinientes. De hecho, como ha destacado (Perea, 1987, cit. en Buela-Casal, 1996), la finalidad primordial del diseño no es otra cosa que permitir al investigador obtener respuestas inequívocas para las preguntas que han dado lugar a la investigación, esto es, los problemas. Por ello, es necesario que los resultados obtenidos mediante su utilización sean tales que permita hacer diferencias claras sobre el motivo responsable de la realización del estudio.

Ahora bien, Kazdin (1980) menciona que existen diferentes tipos de estrategias de investigación para estudiar la naturaleza de la relación entre

variables, las cuales, desde un punto de vista metodológicos, se diferencian entre si en el grado en que controlan las posibles amenazas contra la validez interna y el tipo de interrogantes que se plantean con respecto a las variables estudiadas. Por este motivo, desde la óptica de la investigación clínica puede hablarse de tres tipos fundamentales de diseños:

1. Los diseños experimentales.

Son las estrategias más poderosas para separar la influencia de la variable independiente de los factores extraños cuyos efectos pueden oscurecer los hallazgos obtenidos (Martínez - Arias, 1987). Esta afirmación puede sostenerse al menos por dos razones fundamentales. Primero, en un experimento el investigador manipula directamente la variable independiente de forma que pueda determinarse una relación de causa efecto, las influencias extrañas que pueden alterar dicha relación, serían la maduración el lapso del tiempo o la regresión a la media, entre otras, pueden ser objeto de controles diversos.

Según Labrador (1982), la característica esencial de los diseños experimentales en clínica es la de permitir evaluar sin actividades los efectos que el tratamiento tiene sobre el comportamiento del individuo.

2. Disertos cuasi experimentales.

Estos se emplean en aquellos estudios en los que el investigador no puede controlar las amenazas que atentan contra la validez interna. En otras palabras, una investigación es cuasiexperimental en virtud de algunas limitaciones para ejercer un control sobre factores extraños.

La restricción más común que hace que una investigación sea cuasi experimentales, probablemente, la incapacidad para controlar la asignación de los sujetos a los diversos grupos o condiciones a diferencia de los diseños experimentales en los que esta asignación es aleatoria.

3. Los diseños correlacionales.

Tienen como objetivo estudiar la relación entre variables que no son manipuladas por el investigador. A diferencia de los diseños anteriores, los sujetos seleccionan de acuerdo con alguna característica que poseen, no produciéndose ninguna manipulación experimental. En definitiva, los diferentes niveles de las variables bajo estudio no se obtienen manipulando las características específicas de los sujetos para lograr los valores deseados, sino seleccionando sujetos que difieran o manifiesten niveles diferentes en la variable de interés (Martínez Arias, 1987).

Con independencia del problema específico de estos diseños a la hora de establecer relaciones causales entre las variables estudiadas, lo cierto es que presentan una gran utilidad práctica y un importante valor heurístico, ya que nos permiten el estudio: de variables cuya manipulación experimental resulta imposible y proporcionan a menudo importante hipótesis susceptible de un ulterior estudio con métodos controlados.

Ahora bien, en general, cuando se trata de evaluar los resultados obtenidos a través de la utilización de determinadas estrategias de intervención, la evaluación clínica ha de proceder con la misma metodología experimental que en la ciencia básica.

(Fernández-Ballesteros y Maciá, 1983) Por este motivo, de cara a la evaluación de los tratamientos psicológicos dentro del proceso de evaluación clínica se utilizan diseños experimentales, puesto- que uno de los objetivos prioritarios es comprobar hasta qué punto el tratamiento aplicado es el causante del cambio observado en el comportamiento del individuo.

2.1.1 Diseños experimentales en Psicología Clínica y de la Salud

Dentro de la investigación clínica experimental suele hablar se de tres variedades generales de diseños (Kazdin, 1980) diseños intragrupo y diseños de replicación intrasujeto. Ahora bien, dado que esta clasificación se realiza en función del tipo de situación experimental

(Tipo 1 y tipo II, según que cada sujeto o grupo de sujetos se les aplique sólo un tratamiento experimental o todos ellos, respectivamente), podría decirse que el último tipo de diseños enumerado es, de hecho, una variedad particularmente importante de diseños intragrupo o, si se prefiere, una categoría especial de los mismos (Martínez Arias, 1987)

A continuación y siguiendo la clasificación mencionada, se va a analizar brevemente las características más representativas de cada uno de estos diseños.

2.1.2. Diseños de comparación entre grupos.

En general los diseños ínter grupo son los más utilizados en la investigación cuando se trata de realizar comparaciones entre la efectividad de distintos tratamientos o cuando se pretende un análisis de los componentes activos de los mismos (desmantelamiento).

Por otro lado Echeburúa (1993), destaca en estos diseños el de hacerlo a través de la evaluación de un sujeto a lo largo del tiempo, por ello, se utilizan tantos grupos equivalentes de sujetos como condiciones experimentales o tratamientos vayan a ser aplicados y, dependiendo del número de hipótesis rivales a excluir incluirá más o menos grupos de control. De esta forma, cada grupo recibe únicamente un tratamiento o una condición o de control.

Como es sabido, en función de la técnica de control utilizada, de la cantidad de variables independientes y del número de grupos de tratamiento, se obtienen los distintos tipos de diseños ínter grupo (diseños aleatorios, diseños de grupos apareados, diseños factoriales, etc.).

Una vez teniendo más clara los diseños de investigación en psicología clínica y de la salud, como también los de comparación entre grupos, es

necesario analizar las estrategias de evaluación de los tratamientos psicológicos.

2.2. Estrategias de evaluación de los tratamientos psicológicos.

La investigación sobre los tratamientos psicológicos ha estado tradicionalmente centrada en tres cuestiones fundamentales:

En primer lugar, en tratar de demostrar una determinada modalidad terapéutica es o no efectiva en el tratamiento de un problema concreto.

En segundo lugar, en tratar de establecer si una técnicas son mas o menos efectivas que otras y,

En tercer lugar, en especificar lo más claramente posible cuáles son los elementos activos de las mismas.

Ahora bien esta claro que los interrogantes que pueden ser planteados en la investigación clínica se extienden más allá de estas cuestiones básicas. En cualquier caso, para dar respuesta a éstos y otras interrogantes el proceso de evaluación clínica se utilizan diferentes estrategias de evaluación de los tratamientos y diversos diseños de investigación.

Una de las estrategias es la de (Kazdin, 1980), en donde menciona que las estrategias de evaluación del tratamiento constituyen un aspecto particularmente importante en el contexto de la evaluación clínica. Estas estrategias hacen referencia al tipo de aspectos centrales que son investigados en diversos tratamientos psicológicos. Por tanto, pueden suscitarse diversos tipos de cuestiones, las cuales varían en función del interrogante que plantean acerca de una modalidad particular de intervención y del impacto de la misma sobre el comportamiento.

Cada una de estas estrategias de evaluación trata de dar respuesta a interrogantes acerca de los tratamientos y de otras variables que pueden influir en el cambio terapéutico, por lo que no se puede hablar de que unas determinadas estrategias sean más o menos válidas que otras, sino que, por el contrario, son diferencialmente útiles o apropiadas dependiendo del interés

del investigador y de los interrogantes que éste se pueda plantear en un momento determinado, por lo que podemos afirmar que se complementan entre sí. (Kazdin, 1986), otra de las estrategias es el de paquete de tratamiento que evalúa los efectos de una determinada modalidad de intervención tal como ésta es habitualmente utilizada por sus componentes (Kazdin y Wilson, 1978). La noción de paquete enfatiza el hecho de que el tratamiento es examinado en conjunto, sin separar ninguno de los componentes del mismo. Mediante esta estrategia se trata de dar respuesta a un determinado tratamiento es efectivo para un problema concreto.

La estrategia de paquete de tratamiento aparece como la primera aproximación a utilizar al evaluar una determinada técnica terapéutica. Un investigador puede, a través de la práctica clínica, extrapolación de la investigación básica o derivación de una teoría, proponer una técnica de intervención de cara a la resolución de un determinado problema.

Una vez que la técnica ha demostrado ser efectiva, el investigador podrá plantearse otros interrogantes acerca de la misma. De esta forma podemos afirmar que la prioridad de esta estrategia de evaluación viene determinada por motivos de eficiencia experimental.

Por otro lado la estrategia de desmantelamiento consiste en analizar los diversos componentes o elementos de un determinado tratamiento. Así después de que un paquete de tratamiento ha mostrado ser efectivo, el investigador puede estar interesado en analizar la influencia de cada uno de sus componentes específicos.

Es decir la estrategia de desmantelamiento trata de dar respuesta al interrogante de qué elementos o componentes del tratamiento son necesarios, suficientes y facilitadores del cambio terapéutico.

Mediante la utilización de esta estrategia avanzamos un poco más en la adecuada evaluación del tratamiento, comenzando a plantearnos cuáles son las bases del cambio observado. Lógicamente, el desmantelamiento, requiere que el paquete de tratamiento consista en una serie de componentes bien especificados y que los mismos sean limitados a un

número razonable. Además es importante tener una noción teórica relativa a la naturaleza de los componentes del tratamiento y a su importancia.

La siguiente estrategia puede ser constructiva y ser caracterizada como opuesta al desmantelamiento, ya que este caso se trata de desarrollar un nuevo paquete terapéutico añadiendo componentes que puedan mejorar los resultados obtenidos hasta el momento con un determinado procedimiento de intervención (Klerman y Schecheter, 1982). Esta estrategia trata de determinar que procedimientos o qué elementos pueden ser añadidos al tratamiento ya existente para hacerlo más efectivo (Kazdin, 1982).

El investigador que utiliza esta aproximación comienza usualmente con un tratamiento base que puede constar de uno o varios componentes. La investigación se conduce de tal modo que se va añadiendo diversos componentes al tratamiento básico, con el fin de determinar si se incrementan las ganancias terapéuticas. Conforme avanza la investigación, los componentes efectivos son añadidos al paquete, mientras que aquellos que no evidencian incrementos en la afectividad de la técnica son desechados.

La ventaja fundamental de la estrategia constructiva es que mediante la misma se establece un paquete de tratamiento de forma empírica. Este desarrollo empírico del tratamiento es especialmente interesante para la psicología clínica, ya que muchos de los tratamientos que se han desarrollado no han demostrado aún su validez. La investigación en el área del modelo ilustra las ventajas que puede tener este tipo de estrategia evaluativa, ya que gracias a la misma se ha demostrado que los efectos del modelado se incrementan cuando el paciente no sólo observa al modelo sino que practica bajo la dirección de éste un determinado tipo de conducta (modelo participativo).

Por su parte la estrategia paramétrica se caracteriza por variar aspectos específicos de un tratamiento dado para determinar si ello influye en los resultados alcanzados por sí mismo. Se trata en definitiva de plantearse

qué variaciones del tratamiento pueden ser realizadas de cara a incrementar su efectividad. De este modo las distintas dimensiones o parámetros del tratamiento son alterados para encontrar la forma óptima de administrar el mismo.

Esta estrategia examina las dimensiones que pueden ser alteradas para incrementar, la efectividad terapéutica, no debe confundirse con las estrategias de desmantelamiento y la estrategia constructiva. En este caso no se retiran ni se añaden componentes, sino que varían uno o más dimensiones dentro del tratamiento existente de cada una y encontrar la variación óptima. Un aspecto importante a considerar a la hora de utilizar esta estrategia de evaluación es que la investigación paramétrica permite no sólo variar aspectos cuantitativos de una determinada técnica, sino también cualitativos.

Por su parte en la estrategia Comparativa dos o más tratamientos diferentes son comparados. La investigación comparativa da respuesta a la pregunta de qué tratamiento es el más efectivo de entre diversos que se puedan postular para el abordaje de un problema particular. Se trata en definitiva de conocer si para un tipo de problema y unas circunstancias correctas un tratamiento posee una eficacia superior a los demás tratamientos alternativos que podrían aplicarse en su lugar (Bayes, 1987).

La investigación comparativa ha sufrido un amplio número de dificultades metodológicas que la convierten en una de las más complejas estrategias de evaluación del tratamiento. Entre las cuestiones más relevantes cabría destacar la adecuada selección de las variables dependientes que reflejen los resultados obtenidos con la aplicación de técnicas y la aplicación apropiada de los diversos procedimientos de intervención a comparar.

Las diversas estrategias comentadas hasta el momento implican un análisis de técnicas de tratamiento específicas y de los elementos que las componen.

Por tanto la estrategia de evaluación del cliente y del terapeuta trata de dar respuesta de qué características del cliente y del terapeuta interactúan con los

efectos del tratamiento o contribuyen a los resultados del mismo. (Kazdin, 1986), menciona dos los aspectos importantes:

En primer lugar, los clientes y terapeutas pueden ser seleccionados en función de determinadas características o atributos tales como edad, sexo, severidad del problema, experiencia clínica. (Barret y Wright, 1984; Simón y Durán,1994)

En segundo lugar, la conducta de ambos individuos puede ser manipular experimentalmente (Morris y Suckerman, 1974), las estrategias analizadas se refieren a aquello que tradicionalmente ha sido denominado %investigación de resultados+ en la que el criterio para evaluar el tratamiento es el propio resultado tras la aplicación del mismo. Las diversas estrategias comentadas hasta el momento implican un análisis de técnicas de tratamiento específicas y de los elementos que las componen.

Ahora bien, una vez establecidas y mencionadas las estrategias, es importante mencionar la investigación análoga y la investigación clínica.

2.3. La investigación análoga y la investigación clínica.

Dentro de la evaluación clínica, un investigador que ha seleccionado una cuestión problemática con referencia a un determinado tratamiento psicológico y el diseño experimental a utilizar, necesita todavía especificar ciertas condiciones bajo las cuales el estudio será puesto en marcha. Ahora bien en todo proceso de evaluación de los tratamientos en psicología clínica y psicología de la salud está claro que intervienen sujetos con determinado trastorno o comportamiento problema, por lo que probablemente se supone que dicha evaluación tiene lugar en un contexto o situación clínica. (Gurman, 1984).

Ahora bien para evaluar diversos aspectos del cambio de conducta y de los procesos terapéuticos han sido utilizados distintos tipos de estudios análogos; esto varían en función del grado de semejanza con la situación clínica a la cual el investigador pretende generalizar los resultados. Los análogos animales han sido utilizados para estudiar fenómenos que pueden ser relevantes para la terapia. (Adams y Hughes, 1976). Así, la investigación animal ha generado en ocasiones tanto las bases conceptuales de algunas modalidades terapéuticas como procedimientos de los cuales - han emanado las mismas; Actualmente, los estudios análogos se refieren fundamentalmente a aquellas investigaciones terapéuticas que se realizan en el contexto de condiciones controladas de laboratorio y con poblaciones no clínicas (Bandura, 1978; Bayés, 1984 Kazdin, 1986). Las ventajas generales de la investigación análoga son su - relativa facilidad de realización y su bajo coste. Estas ventajas- permiten la investigación original de nuevos procedimientos e ideas que más tarde pueden ser llevadas a situaciones clínicas. Así la investigación en situaciones clínicas podría quedar reservada para planteamientos que han sido probados previamente bajo condiciones controladas de laboratorio y que tienen por ello una relativamente probabilidad de aportar resultados de interés.

La investigación análoga permite al investigador controlar una gran cantidad de variables que usualmente fluctúan en la si clínica (Eays, 1984). Gurman (1984) por esto mismo manifiesta que los estudios análogos maximizan la validez interna a través del control experimental de las fuentes de variación que pueden afectar al tratamiento utilizado. No obstante, se ha señalado que la superioridad en control mostrada por la investigación de laboratorio frente a la investigación en situaciones clínicas, está función de las prioridades de los diferentes métodos de investigación (Simón, 1989). Algo importante que se debe de mencionar es que, aunque los investigadores suelen estar de acuerdo en que los estudios análogos pueden contribuir al conocimiento general sobre los mecanismos y procesos del cambio conductual

(Simón, 1989, cit. En Buela Casal, 1996).

El desarrollo del siguiente capítulo tiene por objeto presentar brevemente la importancia de las ciencias sociales en el estudio de la salud.

CAPITULO 3. Í CIENCIAS QUE SE RELACIONAN CON LA SALUDÍ

Los profesionales de la salud se preguntan cada vez más sobre los factores sociales que influyen en los estados de la salud y de enfermedad. Los médicos comienzan a pensar que la atención exclusiva en la etiología orgánica de la enfermedad es insuficiente, Los epidemiólogos y los

higienistas ya están utilizando las técnicas de las ciencias sociales en el vasto campo de sus actividades.

A medida que se ha ido desarrollando el concepto de que la medicina es una ciencia biológica y social, las relaciones entre ella y las ciencias sociales son más y más estrechas. Es probable que los médicos que ejercen desde hace unos diez a quince años no hayan tenido contacto con las ciencias sociales en sus estudios de graduación; pero las nuevas generaciones de los médicos si lo están teniendo, los programas actuales de medicina están incorporándose a las ciencias sociales como auxiliares del conocimiento médico y permitieron al nuevo médico una visión integral de los fenómenos de la salud y la enfermedad. (San Martín, 1981).

Existen varias razones que explican una controversia de intereses entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud.

1. Papel de los factores sociales y del medio ambiente en la aparición, distribución y evolución de las enfermedades e importancia básica de la ecología en ellos.
2. Relaciones entre los comportamientos humanos y la salud: explicación social de los comportamientos de tipo humano.
3. Relaciones entre el sistema de salud y la economía.
4. Desarrollo técnico y administrativo del sistema de salud y de la medicina como instituciones sociales y como necesidades primarias de toda la población
5. Dimensión psicológico-social que implican la relación médico-paciente y la terapéutica.
6. Necesidad de planificar el sector salud como parte de la planificación global de la economía creciente nacional o regional.
7. La necesidad creciente de humanizar la medicina en el sentido de ofrecer a la población una atención integrada que necesita de las ciencias sociales para volver a encontrar al individuo, como la unidad biológico social que es el ser humano.

8. La influencia de las ciencias sociales que permite a las ciencias de la salud salir del mero campo de la biología, permitiendo un análisis científico del problema complejo de salud y enfermedad. (San Martín, 1981).

Es a partir de 1960 que el desarrollo de las ciencias sociales en medicina adquiere gran rapidez. En 1961 se registran en los Estados Unidos de América alrededor de 1000 proyectos de investigación en esta área, en los que participan 2000 investigadores.

En 1964, más de la mitad de las universidades norteamericanas y canadienses tienen asignaturas relacionadas con las ciencias sociales, y en América Latina, más de la cuarta parte.

Las ciencias sociales, a pesar de que son aún muy jóvenes, tienen ya un papel esencial en el ordenamiento de nuestro futuro humano y en la gestión de nuestra vida colectiva. Las ciencias sociales, en particular, abordan las leyes objetivas del desarrollo social, lo cual no suprime la importancia que ellas le dan a los aspectos o expresiones individuales a través de los cuales operan las determinaciones sociales. (San Martín, 1981).

Es necesario mencionar que en los países subdesarrollados la contradicción se agudiza también por la falta o la lentitud del desarrollo, las malas condiciones del ambiente social y el crecimiento rápido de la población. Sin embargo, como son poblaciones jóvenes y de corta vida media, esas enfermedades crónicas aparecen como de menor importancia social porque no alcanzan a producirse con todas sus consecuencias.

A continuación se mencionarán y describirán las ciencias sociales que más están colaborando con las ciencias de la salud:

3.1 Ciencias que se relacionan con la Salud

Demografía. Es la ciencia de la población que estudia la distribución geográfica, la cantidad, la estructura y la dinámica de la población y las leyes que rigen estas variaciones.

Su importancia en medicina y salud pública es fundamental porque ambas disciplinas tienen como preocupación básica el individuo y la población.

La salud y la enfermedad no se presentan en forma homogénea en la población; una misma enfermedad presenta características (duración, gravedad, complicaciones), diferentes en cada individuo. El papel de la demografía presenta algunas desigualdades frente a la salud, la enfermedad y la muerte.

Por ser una disciplina esencialmente estadística, la demografía ofrece una gran ayuda a las ciencias de la salud para medir los fenómenos biológicos que les interesan, tales como la anormalidad, la mortalidad, la esperanza de vida y para apreciar cuantitativamente la desigualdad social frente a esos fenómenos. La investigación médico social y la epidemiología se enriquece, con la ayuda de la demografía, al igual que la medicina clínica.

El médico clínico que ejerce su profesión en un sector de población puede servirse últimamente de la demografía del sector como guía importante en el diagnóstico (distribución por sexo, edades, profesión de los enfermos) y en el tratamiento (sexo y edad)

El conocimiento de la estructura y dinámica de la población es un elemento indispensable en la planificación de la salud.

Estadística. El conocimiento exacto de este fenómeno se basa en la medición de los resultados en relación a objetivos concretos y precisos. Esto nos indica la importancia general de la estadística en medicina, salud pública, epidemiología y en la investigación médica y sanitaria.

El método estadístico, como parte del método científico de investigación, ha constituido la base del progreso notable de las ciencias biológicas y de las ciencias sociales estas ciencias incorporan más métodos

precisos de medición, lo cual compensa las dificultades derivadas de la falta de experimentos sociales controlados.

Ecología. Es una ciencia, como la medicina, biológica Y social En el hombre, a diferencia de loa demás animales, es más social que biológico porque el ambiente de la población humana es más sociocultural que natural.

La ecología constituye, en las circunstancias actuales de la humanidad, el aporte más importante para comprender y solucionar los problemas que amenazan a la humanidad; para la medicina y de las ciencias de la salud significa una nueva forma de enfocar los problemas de salud y enfermedad.

Tanto lo biológico como lo social forman parte de la realidad objetiva. El hombre como entidad indivisible biopsicosocial, es el prototipo de la relación entre lo biológico y lo social; la cultura humana constituye el sustrato material de lo social.

La salud enfermedad viene a constituir un ejemplo clásico de la relación entre lo biológico y lo social, como proceso objetivo que existe independientemente de nuestra conciencia, a pesar de que podamos tener interpretaciones diversas de él. Es independiente y objetivo ese proceso porque la voluntad, del hombre no puede impedir la interrelación ecológica salud-enfermedad, sino sólo moditicarla a través del conocimiento de sus causas (epidemiología).

El dominio del ambiente social, en base a la investigación ecológica, abre nuevos horizontes a la búsqueda de medios más eficaces y de fomento de la salud.

Economía. Estudia las formas en que el hombre y la sociedad obtienen y emplean los bienes y servicios (relaciones de producción). Siempre ha existido una relación entre pobreza, riqueza y salud que ha preocupado hoy en día a los estudiantes. Actualmente - las relaciones entre desarrollo económico y salud entre subdesarrollo y enfermedad son analizadas en forma rigurosa y matemática.

Por otro lado, la inclusión del sistema de salud como un sector en el cuadro de la planificación económica nacional exige a los administradores sanitarios tener conocimientos y de planificación económica; los gobiernos fundamentan sus planes de salud sobre bases económicas y no sobre la simple intuición.

Los médicos clínicos están preocupados por los problemas que plantea a la profesión la llamada *economía médica*. Se preocupan del financiamiento del sistema médico (estatal, seguros sociales, obligatorios, sistemas de seguros privados). Y del costo progresivamente alto de los servicios de salud y de las atenciones médicas.

Por todas estas razones la *economía médica* y la *economía de la salud* son aspectos importantes en la práctica de las diversas disciplinas de la salud.

Administración. Casi todos los principios de administración que hoy día utilizamos tuvieron su origen en la administración (ciencia o arte de organizar y dirigir) de las actividades comerciales e industriales; sin embargo, no se puede desconocer otros orígenes para el caso de la administración y de la administración pública como la administración en la salud.

Si la protección de la salud constituye en la actualidad un *sistema social*, la actividad administrativa estará obviamente presente en las instituciones de salud. Los principios que rigen la actividad administrativa serán válidos en salud, cualquiera que sea el tipo de empresa de que se trate, con las particularidades correspondientes. Especialmente en lo que se refiere a la coordinación de los esfuerzos humanos comunes para obtener objetivos previamente definidos en relación a necesidades sociales identificadas.

La administración en salud aplica, pues, la *teoría de la organización de servicios sociales* y la *teoría de sistemas*. El *sistema social* es el conjunto de relaciones sociales, de estructuras y de estratificaciones de una sociedad. El sistema social siempre se estructura sobre un sistema de producción que tiene necesidad de reproducirse para mantenerse. Dentro del sistema social

funcionan varios subsistemas como el de control social, el político, el económico, el educacional. Se puede decir que un - sistema social+ es el conjunto de un sector de producción de bienes y servicios considerando bajo el ángulo de su estructura, funcionamiento y relación entre sus diversos componentes.

De tal modo que un %sistema+ es más que la suma de sus partes: incluye también la interacción de las partes. Un sistema debe tener: estructura, coherencia interna, estabilidad propia, funciones, relación con el ambiente social, inserción en la realidad social.

El %análisis de sistemas+ es el conjunto de métodos para estudiar esta mera sistemática de ver el mundo social. El análisis de sistemas visualiza el sistema de salud como un todo continuo de procesos interrelacionados que generalmente siguen la secuencia política programa proyecto.

En 1970 la OMS inició, como proyecto propio, el análisis de sistemas aplicado a los sistemas de salud y a su administración.

Etología. Es la ciencia que estudia el comportamiento de los animales, incluido el hombre. Se ha desarrollado con gran rapidez en los últimos veinte años a través de la polémica entre biólogos y sociólogos. En el campo de la salud, el análisis de los- comportamientos humanos está alcanzando un lugar preponderante debido a la influencia que ellos tienen (hábitos, tradiciones, creencias, e ignorancia) sobre la mortalidad habitual de una población. La conducta humana constituye siempre un conjunto complejo de comportamientos que implican, a su vez, un conjunto interrelacionado de conocimientos, habilidades y actitudes (enteras, esferas cognitivas, sensorio motora, afectiva).

La conducta real, la que muestra concretamente cada individuo, sólo puede ser comprendida si los individuos considerados tocados como elementos de una totalidad de relaciones objetivas independientemente de sus consciencias, es decir, si la definición de %comportamiento+ no se limita al individuo sino que incluye las condiciones sociales en que éste actúa y la forma cómo esas condiciones influyen sobre la actividad de cada uno.

Como el hombre actúa según fines conscientes y según leyes naturales (lo cual no significa desconocer la esfera inconsciente) nuestro comportamiento tiene sentido sea consciente o inconsciente. Por lo tanto, para explicarlo se debe analizar cada acto nuestro a partir de la totalidad concreta del fin perseguido en el marco en que el acto se produce que no es otro que el contexto histórico social en que los actos suceden.

Sin embargo, frente a esta necesidad existe una gran tendencia a separar la conducta individual de su base social: existe toda una escuela (la llamada ciencias de la conducta) que hace énfasis en el comportamiento individual aislado del contexto social.

La etología humana constituye hoy, junto al estudio de los modos de vida de las poblaciones, una de las ciencias sociales - (Biológico-social) que más está contribuyendo a explicarnos el complejo problema de la salud y de la enfermedad.

Sociología. Estudia las estructuras, funciones y dinámica - de las sociedades humanas y su influencia sobre nuestras vidas.

La sociedad está constituida por individuos aislados, familias, grupos e instituciones que forman un sistema y subsistemas de lo cuales emergen las normas y valores que guían las relaciones humanas y diarias.

La agrupación de individuos en sociedad (grupos socioeconómicos, clases sociales, grupos profesionales) no es indiferente para la salud de la población. La desigualdad social en relación a la salud, la enfermedad y la muerte es un hecho bien conocido. Lo mismo sucede con la diversidad de comportamientos en la sociedad de comportamientos en la sociedad.

Los problemas de salud, ambientales y sociales se concentran en ciertos grupos sociales y en las zonas donde ellos viven sugieren los sociólogos que si se efectuara un ataque concentrado y coordinado sobre los problemas de estos grupos se podría - obtener un rendimiento mayor en las acciones sociales.

La sociología plantea al médico la necesidad de considerar al paciente no sólo cómo un organismo enfermo sino como una personalidad y como

miembro de su familia y de un grupo, es decir, con una ubicación y valores precisos en la comunidad. En este sentido, los sociólogos han analizado muchos aspectos del ejercicio de la medicina y entre ellos la tendencia de los médicos a no entregar la responsabilidad moral y maternal de su salud y de su enfermedad al paciente. El individuo necesita asumir responsabilidades y cierta autonomía en el cuidado de su salud y no depender totalmente del médico y del sistema de salud.

Además en las relaciones entre médico y paciente existe el problema de transferencia afectiva que interviene mucho en el éxito o fracaso de la relación médico paciente.

Si bien la medicina está recibiendo mucho del estudio socio lógico de la salud y de la enfermedad, también ella ha contribuido bastante al enriquecimiento de la sociología. Gracias a esta cooperación, la medicina y las ciencias de la salud están atacando con mayor eficacia problemas que son de naturaleza biológica pero cuyo origen es fundamentalmente social.

Antropología. Estudia los grupos étnicos humanos y sus características físicas, sociales, culturales (etnología, arqueología, y lingüística) y la dinámica cultural de las poblaciones humanas. La antropología ha sido llamada *ciencia del hombre* porque centra su interés en todos los aspectos del hombre; es, pues, una ciencia de síntesis de gran importancia para la medicina y las disciplinas de la salud, éstas también concentran su interés en el hombre y su ambiente.

La organización social, por simple que sea, significa cultura, es decir, un proceso lento de aprendizaje y de transmisión de los productos de la cultura acumulada y de la nueva cultura. Esto es lo que constituye la *herencia cultural* que, evidentemente no es una herencia genética sino social.

La cultura es, pues, el modo de vida que adoptan las poblaciones, según (Herskovits, cit. En San Martín, 1981), los aspectos incluidos en la cultura son muy variados pero podrían resumirse de la siguiente manera:

*Cultura material: tecnologías, economía.

- * Instituciones sociales: organización social, educación, política.
- * Posición del hombre frente al Universo: sistemas de creencias, filosofía, ciencia, control del poder
- * Estética: artes, folklore, música, drama, poesía, literatura.
- * Lenguaje y escritura.

Si se desea conocer lo que cabe esperar de un hombre o sus posibles comportamientos, es necesario saber en qué cultura fue socializado y educado y no a qué grupo étnico pertenece. Uno de los propósitos de la antropología cultural es el estudio de cómo formar o modificar favorablemente los hábitos humanos; esto es lo que le interesa mucho a las ciencias de la salud. Para lograr esto hay que comprender la naturaleza de la formación del hábito y de los comportamientos y también los procesos que intervienen en el cambio de cultura. La cuestión de los hábitos y de los comportamientos de una población está muy relacionada con la aceptación social de las innovaciones que se proponen a la comunidad.

El factor cultural es de la mayor importancia en la vida del hombre; tanto es así que con el desarrollo de la cultura el animal hombre se transformó lentamente en hombre humano, es decir, cultural y social. Cada individuo debe asimilar la cultura de su sociedad; esto es lo que se llama socialización del individuo o desarrollo social de la personalidad. El principio general de la socialización establece que el desarrollo cultural sigue etapas durante la vida del individuo, desde la conducta indiferenciada del niño hasta la compleja y variada del adulto.

La antropología y las ciencias sociales en general ofrecen dos cosas concretas al profesional de salud:

- a) Un punto de vista que le facilitará el conocimiento de la población con que trabajará.
- b) Algunas técnicas y métodos específicos de investigación y de acción para hallar la solución a problemas concretos.

Por ejemplo, al planificar programas de salud, la antropología puede contribuir al éxito del trabajo por lo menos de tres maneras:

* Haciendo estudios iniciales para identificar los problemas y culturales de importancia en salud.

* En el adiestramiento del personal de salud.

* En el diseño y planificación de los programas de educación para la salud.

(Foster, cit. en San Martín, 1981), mencionan nueve aspectos sociales y culturales de la población que el personal de salud debe de conocer:

- 1) Creencias relativas a salud y enfermedad.
- 2) Recursos económicos: salarios o ingresos y costo de vida.
- 3) Organización social de la familia.
- 4) Nivel educacional y alfabetismo.
- 5) Organización política de la comunidad.
- 6) Creencias religiosas, mitos, leyendas, supersticiones.
- 7) Sistema de valores de la comunidad.
- 8) Hábitos, costumbres, vida doméstica, trabajo, comportamientos.
- 9) Nivel de educación sanitaria.

En América Latina el uso más frecuente de la antropología en salud pública ha sido en el estudio de la colectividad; en el análisis de la organización encargada de ejecutar el programa de salud; en la observación de las relaciones humanas entre el personal de salud.

Psicología. Es la ciencia que estudia las funciones psíquicas en sus aspectos normales y anormales, individuales y colectivos. La psicología analiza la forma como recibimos las impresiones del mundo externo, el conocimiento que nos formamos de él y cómo estas impresiones son elaboradas por el mente. Esta es la expresión de la actividad coordinadora de todas las funciones del organismo que sirven para relacionar al individuo con el ambiente. La psicología individual estudia las reacciones psíquicas individuales, y la psicología social los procesos mentales y las relaciones humanas en grupos y sociedades.

Fuera de la importancia del análisis psicológico en el estudio de la motivación, en el comportamiento individual y de los grupos, el aspecto que

más interesa a la salud pública es la psicología del aprendizaje, fundamento de una educación sanitaria científica.

El conocimiento del hombre, en sus aspectos fisiológico, psicológico y social es indispensable para abordar el problema de la salud o el de la enfermedad. Para lograr esto el propio médico o el higienista tiene que poseer capacidad psicológica para apreciar las motivaciones humanas y los sentimientos.

Entender la psicología del enfermo es tan importante en el tratamiento de la enfermedad como entender la psicología del hombre sano en la conservación de la salud.

Por lo tanto la psicología está empleando actualmente técnicas exactas más extensamente que cualquiera de las otras disciplinas sociales, en particular métodos de medición y de observación de registro, técnicas perfeccionadas de entrevistas y encuestas, procedimientos para evaluar las actitudes, que son de gran interés en la búsqueda de induces directos de salud.

Educación. Todo proceso educativo tiene por finalidad el desarrollo de individuos libres que sean capaces de pensar por sí mismos y de tomar decisiones racionales cuando la elección es posible.

El aprendizaje humano es un proceso biológico-social a través del cual el individuo cambia de actitudes y de comportamiento en esferas determinadas. El animal, como el ser humano, aprende a través de un proceso de interacción entre el organismo y su medio proceso que modifica al comportamiento ya existente en función de la experiencia vivida. En este proceso, los factores genéticos del comportamiento y los adquiridos por el aprendizaje no se oponen sino que cooperan en la diversificación de los comportamientos sociales. Es decir que el aprendizaje se produce como el precio de la socialización obligada del individuo en la sociedad.

El aprendizaje humano es siempre un proceso dinámico de interacción en el que el comportamiento y la experiencia de la persona que aprenden y desempeñan un papel capital: el que aprende debe aportar su contribución activa al aprendizaje ya que su percepción del fenómeno estudiado es tan importante como la del que lo enseña. El proceso actúa sobre la esfera

intelectual en tres dominios: afectivo (actitudes-saber-ser), sensorio motor (habilidades- saber-hacer), cognitivo (conocimiento-saber- entender).

Estos conceptos sobre el aprendizaje están en la base de todo tipo de educación incluyendo la educación para la salud. El desarrollo de una verdadera cultura para la salud sólo es posible a través de un proceso educacional iniciado al nacer el individuo y continuando a través de toda la vida por la familia, la escuela la universidad, los sindicatos, los grupos sociales, las instituciones sociales. Lo que se puede hacer es que el individuo y la población adquieran a través de la educación para la salud una cierta autonomía y una consecuente responsabilidad personal para proteger y cultivar su salud. (San Marín, 1981).

3.2. Papel de la medicina y de las ciencias de la salud en el proceso de la salud.

El nivel de salud de una población expresa los resultados de la acción de los diversos factores que tienen influencia en su mantenimiento y en la producción de la enfermedad, de los efectos físicos y de los traumáticos, en la duración de la vida en la fertilidad y el bienestar físico y mental de la población.

La medicina y las ciencias de la salud actúan sobre estos diversos factores mejorando la adaptación entre el hombre y su ambiente. Lo que llamamos medicina social no es una técnica ni una especialidad médica, sino una actitud de la medicina que, abarcando todos los aspectos de ella, coloca el mayor énfasis en el hombre considerado como personalidad y como ser social y en las inter dependencias del individuo y del grupo con el ambiente total, y la forma como esta interdependencia influye sobre la salud y la enfermedad. La salubridad puede ser definida como el programa comunal destinado a prolongar la vida eficiente y gozarla plenamente. Abarca

actividades específicas planeadas para el propósito de protección de la salud, pero reconoce que otras fuerzas y acciones con tribuyen al proceso de la salud sin ser parte de ella directamente. Aun cuando se debiera de la medicina, la salubridad no se concreta a ella, sino que abarca el campo más amplio de las ciencias sociales y del servicio público que incorpora a la medicina como uno de sus componentes principales. Tiene como objetivos directos la organización y dirección de los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud de la población.

A su vez los médicos se han venido preocupando desde hace mucho tiempo de este problema. La orientación social de la medicina surgió, hace más de cien años, en Europa, en una forma científica. En América Latina, debido a las diferencias notables en el nivel - de vida de los grupos sociales, los médicos se ocupan desde hace poco los aspectos sociales de la profesión. En 1938, La Asociación Médica de Chile, aprobó una resolución referente a este asunto que fijó la orientación del gremio médico chileno frente al bienestar- social:

La aplicación de los principios de la medicina social a través de los programas de salubridad presenta, pues implicaciones político sociales. Esto puede hacer más fácil o más difícil el traducir los programas de salud en acciones administrativas.

Todo esto ha transformado a la salubridad en una especialización que es parte de las ciencias sociales y de las acciones incluidas en los programas estatales de seguridad social. La administración de los programas de salubridad exige hoy día una preparación técnica y social adecuada. Por lo que el administrador sanitario debe integrar, en proporciones variables de acuerdo con la importancia nacional y local de los problemas, las diferentes actividades que hasta hoy día se sabe que tienen influencia en la determinación del nivel de vida de la población.

Estas actividades se pueden clasificar de la siguiente manera:

a) Funciones propias de la salubridad.

* Funciones de protección de la salud.

- * Funciones de fomento de la salud.
 - * Funciones de restauración de la salud.
 - * Funciones técnicas generales y de servicios auxiliares.
- b) Funciones de la colectividad que tienen relación con la salud, sin ser propias de la salubridad.
- * Educación: primaria, secundaria, universidad, y técnica.
 - * Política económica nacional.
 - * Servicios de bienestar para la colectividad.
 - * Recreación organizada para la colectividad.
 - * Estudio de la colectividad en todos sus aspectos: ciencias biológicas, ciencias económicas, ciencias sociales.

Esta clasificación de las funciones de la salubridad responde a su concepción unitaria. El esquema tiene intención de las actividades de protección fomento y reparación de la salud constituyen una unidad de trabajo, indisolublemente ligada, que se aplica simultáneamente al individuo y a la comunidad. Las funciones técnicas generales y de servicios auxiliares son indispensables para aplicar las actividades anteriores.

La solución de los problemas nacionales y mundiales de salud no es un asunto sencillo. No lo es a pesar de que se sabe cómo solucionarlos. Hay demasiados factores no médicos envueltos en el círculo vicioso de la salud y la enfermedad de tal modo que la solución no se puede lograr atacando sólo los problemas médicos. Si así se hiciera se producirían más males que bienes. El progreso de las formas de vida del hombre, incluyendo la salud, tiene que ser total. Esto es un corolario obligado de la teoría de la causalidad múltiple de los fenómenos biológicos. Vivimos en un ambiente de múltiples influencias interrelacionadas. Por esto es que los esfuerzos para mejorar los niveles de salud de la población deben integrarse con la política social y económica total para mejorar el nivel de vida de la población y para asegurarle el goce pleno de - la salud y del bienestar social. (San Martín, 1981).

Por lo anterior, a continuación abordaremos los comportamientos humanos y la salud.

3.3. Los comportamientos humanos y la salud.

No hay disciplinas que requieran tanta comprensión de la conducta humana como los profesores o profesiones médicas y paramédicas. Contradictoriamente, son pocas las escuelas médicas y afines que preparen a los estudiantes en esta materia que parece ser la clave esencial para el éxito del ejercicio profesional.

El problema no se supera con la sola introducción de algunos cursos elementales de psicología, sociología y antropología, que generalmente son sólo informativos. Lo que el estudiante y el profesional necesitan es una real comprensión del proceso de la conducta humana, tanto en salud como en enfermedad.

El análisis del comportamiento de los seres vivos extremadamente complejo por el gran número de variables que intervienen interactuando tanto en la génesis de la conducta como en su control. Cuando se trata de la conducta humana, el problema es aún más complejo debido a la permanente intervención de los factores socioculturales en todas las etapas del proceso. Sin embargo, algunas premisas básicas han sido ya establecidas:

1. El comportamiento actual de nuestra especie es un fenómeno esencialmente humano, vale decir, sociocultural. Esto significa que nuestro peculiar comportamiento se genera en la estructura social en que vivimos y se adquiere y desarrolla por aprendizaje social. Es un comportamiento adquirido, no genético.
2. Se trata de un proceso muy complejo y variable debido a que ésta condicionado por muchos factores biológicos, psicológicos culturales, sociales, que interactúan, lo que dificulta su identificación.
3. Lo ya conocido permite considerar a la conducta humana como un sistema organizado, con estructura, funciones e historia.

Lo dicho significa que no puede estudiarse la conducta humana, como se ha hecho hasta ahora, separadamente del hombre concreto o social y de la estructura de la sociedad específica en que ese hombre vive. Lo social (clase social, relaciones de producción, estructura económica) no es una variable más sino una constante básica y compleja en el proceso de formación y expresión de nuestra conducta.

Las primeras normas de conducta humana fueron las relacionadas con la obtención de los elementos básicos para la vida del grupo, vale decir, normas relacionadas con el trabajo colectivo. Y a pesar de que la variación del comportamiento humano es enorme no se podría decir que un sistema de pautas conductuales es mejor o de más alto nivel que otro, porque cada sistema conductual está adaptado a las condiciones sociales en que se genera o desarrolla y sólo en esta relación de causa a efecto se le puede juzgar y comparar. Por ejemplo cuando decimos, que la conducta de determinada sociedad o grupo es inmoral, lo que estamos expresando en realidad es que ese tipo de comportamiento no es el aceptado por nosotros, es decir, por nuestra sociedad. En las sociedades cristianas la castidad prematrimonial es una norma moral de conducta; en muchas otras sociedades humanas esas relaciones no sólo no son inmorales, sino que se les considera convenientes para el éxito del matrimonio.

Todo esto sucede así porque la conducta real, a pesar de que es expresión de individualidad, sólo puede ser comprendida si los individuos considerados son tomados como elementos de una totalidad de relaciones objetivas independientemente de sus conciencias y si la definición de la conducta se limita a la persona sino que incluyen condiciones influyen en la actividad de cada uno.

El hombre, a diferencia de los animales, actúa según fines-conscientes y según leyes naturales. Esto significa que la conducta humana tiene sentido, sea ella consciente o inconsciente. Por lo tanto, para explicarla debemos comprender la significación de cada acto nuestro a partir de la

totalidad concreta del fin perseguido en el contexto en el que se produce, que no es otro que el histórico-social en que los actos suceden.

Dentro de los comportamientos humanos y los problemas de la salud, es evidente que existen variaciones socioculturales de estos comportamientos humanos en relación a los problemas de salud- que enfrenta la comunidad y cada individuo según San Martín(1981) menciona que se ha demostrado que no es uniforme la manera en la cual las personas de una misma comunidad definen de una misma comunidad definen los problemas de salud, participan en los programas de salud, utilizan los servicios de salud, la forma en que reaccionan frente a la enfermedad, la forma como perciben el mundo, el retraso en buscar tratamientos curativos o preventivos, el uso de tratamientos folklóricos o de auto tratamientos, la actitud preventiva en relación a salud.

Estas diferencias de comportamiento frente a la salud enfermedad no son causales sino que están en relación a actitudes diferentes presentes en los grupos biológicos y sociales de la población: grupos de edad, sexo, profesión o trabajo, culturales educacionales, etc. Los sociólogos han demostrado, por ejemplo, que - los grupos más pobres y más incultos de la población sienten menos estas diferencias que los grupos de mejor condición socioeconómica, tal vez porque éstos comprenden mejor los problemas de salud enfermedad y la forma como operan los servicios de salud.

Detrás de todos estos factores existen varios procesos socio psicológicos que han sido interpretados en diversa forma:

Rosanstock, cit. en San Martín (1981), hace énfasis en el modelo motivación al cuando explica que: la conducta preventiva+ en relación a un problema dado está determinada en la medida en que las personas percibe el problema en sus consecuencias y en sus posibilidades que ocurra La conducta individual será guiada por la interrelación entre motivaciones más intensas y logros más útiles a obtener.

Por otro lado (Zola, cit. en San Martín, 1981), piensa que la decisión de una persona para obtener atención médica para por etapas:

Primero: la situación llama la atención de la persona y/o de las personas que la rodean crisis interpersonal

Segunda: viene la interferencia social, cuando los síntomas provocan una situación en contraposición con su actividad social o con valores sociales establecidos.

Tercero: La acción es precipitada por las presiones sociales en relación al tipo de enfermedad, los síntomas y el pronóstico.

Todo este proceso es muy diferente de un grupo social a - otro y de un grupo centro cultural a otro y varía también con la edad, sexo, profesión, educación.

Estas interpretaciones centralizan el problema de la conducta individual sólo en la persona afectada por la enfermedad y con ceden poca influencia al medio institucional médico sanitario sobre la respuesta en circunstancias en las que se ha demostrado la influencia de la naturaleza de los servicios que se ofrecen a la población y la forma como se distribuye, del tipo de relación médico paciente, del costo de los servicios al público, de la propaganda farmacéutica y médica en el consumo.

3.4. La noción de salud y la noción de enfermedad.

San Martín (1983), menciona que en el enfoque analítico de las nociones de salud y enfermedad considera a la salud como un estado biológico y social estático no realista: la noción de salud implica ideas de variación y de adaptación continua, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y de desadaptación.

No puede, entonces, admitirse que la salud sea la sola ausencia de enfermedad y viceversa: entre los estados de salud y de enfermedad existe una escala de variación, con estados intermediarios, que va de la adaptación perfecta (difícil de obtener) hasta la desadaptación que llamamos enfermedad.

Tanto la salud como la enfermedad presentan síntomas clínicos directos y, en estas condiciones, ambos estados se excluyen mutuamente. Pero no sucede lo mismo con la salud y la enfermedad latente no percibida.

El paso de la salud a la enfermedad comienza con un periodo silencioso de incubación válido para todo tipo de enfermedades, periodo que puede ser muy corto o muy largo. Al comienzo cuando recién se insinúa la influencia perturbadora de la adaptación, el proceso ya es activo pero no se tienen medios técnicos para describirlo. En segunda etapa; aún preclínica, se podría diagnosticar si se pudiera aplicar todas las técnicas de laboratorio de se dispone y si el público se preocupara de los controles periódicos de salud. En una tercera etapa ya hay síntomas más o menos manifiestos a los que el paciente puede o no dar importancia y que el médico puede o no descubrir. En la etapa final, la desadaptación provoca la reacción intensa del organismo (como defensa final) en tal forma que el proceso patológico interfiere con la función normal del organismo y aun con la vida del paciente.

Precisamente, la gravedad de una enfermedad depende del grado de interferencia funcional que provoca.

Salud y enfermedad, dos grados extremos en la variación biológica, son pues, la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total. Por lo tanto, un individuo sano es aquel que muestra y demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente, incluyendo las variaciones (puesto que ningún estado biológico es definitivo, salvo la muerte), en tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo.

Se trata entonces de un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y el medio externo del individuo, estado que toma en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y - las diferencias en sus condiciones de vida. Por esto mismo, la Salud es un estado muy variable que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado. El factor más

importante para lograr esto es el nivel de vida y la calidad del ambiente en el que vivimos.

Parece razonable considerar este enfoque biológico ecológico como una forma objetiva de analizar las nociones de salud y enfermedad la siguiente fórmula para el equilibrio dinámico entre salud y enfermedad.

Equilibrio dinámico = Potencial + Capacidad de + Riesgos y Peligro entre salud y enfermedad del individuo del hombre y salud en el ambiente y la población en su ambiente.

Según esta concepción, la noción de salud puede ser reemplazada por el estado compensado o de equilibrio dinámico. El estado de compensación, el organismo tiene la posibilidad fisiológica de incluir una agresión externa en tal forma que quede limitada y no alcance a provocar el desequilibrio percibido como enfermedad por el individuo. De esta manera, la noción de salud es también el reflejo de capacidades orgánicas de tolerancia de compensación y de poder de adaptación.

A la inversa, el pasar a un estado patológico es la expresión de un desequilibrio de una descompensación de una intolerancia a los agentes agresores externos, una desadaptación. La noción de descompensación implica que los diversos mecanismos por los cuales el organismo habría podido contrarrestar la agresión actúan de manera negativa amplificando los fenómenos patológicos. Por ejemplo, la hipertermia es un mecanismo de compensación y de lucha contra un estado infeccioso pero, al mismo tiempo, la fiebre es percibida por el enfermo como un síntoma patológico negativo.

El médico sabe el significado de la alta temperatura y sabe también que puede ser el punto de partida de nuevos desequilibrios capaces de conducir al enfermo a un estado de mayor gravedad y aun a la muerte.

Esta concepción dinámica de la salud y de la enfermedad (compensación descompensación) permite comprender la evolución espontánea a la curación de un porcentaje importante de enfermedades aun sin ningún tratamiento. Explica también el papel de muchos medicamentos que

refuerzan la resistencia y la capacidad de compensación del organismo sin actuar directamente contra la causa de la enfermedad.

La salud no logra ser un fin en sí misma si no va acompañada del goce pleno y equilibrio de las facultades del hombre sano, del disfrute del bienestar, y de su contribución productiva al progreso social. Es decir, la salud requiere más que una definición biológica: tiene que tener en cuenta los factores que intervienen en su determinación y variación (ecológica, ambiente, sociedad y cultura.).

Por otro lado, el concepto de salud es dinámico, histórico,- cambia de acuerdo con la época y más exactamente con las condiciones de vida de las poblaciones y las indoneas de cada época (relaciones de producción). De aquí que la idea que la gente tiene de su salud no es siempre la correcta; esa idea está siempre limitada por el marco social en que la gente actúa.

Comparar la salud con una sensación de bienestar físico, mental y social complica mucho el problema de evaluación o medida del estado de salud, debido a que introduce un factor altamente subjetivo, ya que toda frustración podría ser considerada como enfermedad. Por otro lado, este tipo de definición de salud olvida que ella es un estado esencialmente variable y la coloca así en el plano de la utopía, irrealizable.

En las condiciones actuales (y futuras, según las previsiones de las Naciones Unidas) del mundo, desde coexisten, sociedades humanas con muy diferentes condiciones de vida y de ambientes sociales no parece realista la noción de %Salud absoluta+ ni de mantenerla como esperanza utópica. Más concreto parece el aceptar la noción de una %Salud relativa+ y variable, es decir, el aceptar niveles de salud que pueden incluir ciertos grados de anormalidad é incluso un cierto porcentaje de enfermedad no percibida. Esta noción de salud relativa se define en relación a las posibilidades que cada sociedad tiene de apreciar objetivamente el estado de salud de cada individuo y de la población.

(Milton Terris, del New York Medical College, cit. En San Martín, 1983), dice que la salud tiene dos aspectos: uno subjetivo - que se refiere a %sentirse

bien+ y el otro objetivo que implica · %a capacidad para la función %o. Sobre esta base Terris modifica· la definición de la OMS en la siguiente forma: %Salud es un esta do de completo bienestar físico, mental y social y de la capacidad para la función, y no solo la ausencia de enfermedad (en cualquier grado) o de invalidez+.

Hay definiciones de salud en relación a la actividad y la capacidad de trabajo productivo, pero la salud no es sólo capacidad para el trabajo y la producción. El ser humano es más que una máquina productora. La salud es, ciertamente, una finalidad en sí misma, pero no tiene sentido si no conduce al bienestar y a cierta alegría de vivir en sociedad.

De todas estas definiciones resulta con claridad que el problema de la salud y de la enfermedad no es sólo privativo del médico clínico, ya que siempre está relacionado con el ambiente de vida de la población y del individuo, con los comportamientos sociales, con el nivel de desarrollo social.

Después de todo lo que se ha explicado sobre la salud, a la enfermedad la podemos definir como la ausencia de salud, y es un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo vivo. La enfermedad no tiene sentido sino en función del hombre tomado como una unidad biológica psicológica social. La atención exclusiva sobre la etiología orgánica es considerada hoy como insuficiente (Multicausalidad de los fenómenos biológicos).

Esta forma la enfermedad podría definirse como %un desequilibrio biológico ecológico o como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto. Este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y/o de la anatomía del individuo+ (San Martín, 1983).

3.5. Valores y posibilidades de salud.

Dentro de los valores y posibilidades de salud, la Organización Mundial de la Salud define a ésta como un estado de completo bienestar físico, mental y social; no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez. Individualmente, la salud es algo más que no estar enfermo en la cama. Hay grados de salud, como hay grados de enfermedad. El bienestar físico, mental y social están interrelacionados.

El funcionamiento normal de todas las partes del cuerpo contribuye, no sólo a la eficiencia y la habilidad para desempeñar el trabajo de todo el día sin más fatiga que la que es natural, sino que también implica alegría, atractivo, valor y entusiasmo por la vida. A su vez, el bienestar mental, emocional y social contribuye a la salud física.

En sus diversas fases, y en el grado en que esté presente, la salud permite alcanzar una calidad más elevada de vida. El deseo de sentir nuestro propio valor es quizá uno de los estímulos más importantes en nuestra vida; la salud nos ayuda a lograr este fin al permitirnos rendir diversos servicios de más alta calidad. (Turner, 1964).

Dentro de los valores existe el de la higiene la cual nos dice que es la ciencia de preservar y promover la salud; se divide generalmente en dos fases higiene personal, que se ocupa del mantenimiento de la salud del individuo, e higiene de la comunidad, que se ocupa del control del medio ambiente (acción sanitaria) y de las actividades gubernamentales y de grupo encaminadas a la protección y promoción de la salud.

Al comenzar el estudio de la higiene del individuo y de la - comunidad pueden considerarse tres objetivos principales:

- a) Puede esperarse, con razón, aprender la manera de desarrollar la capacidad física, la fuerza vital, la eficiencia mental y una personalidad atractiva;
- b) Puede esperarse adquirir un acervo de conocimientos científicos que nos ayude a tomar decisiones adecuadas en materia de salud, cuando

establezcamos y mantengamos una familia sana y feliz, y nos enfrentamos a futuras responsabilidades en nuestra calidad de personas educadas.

c) Puede esperarse obtener conocimientos sobre salud física mental y emocional, que podrán ayudar en una futura comprensión de otras personas y facilitarán nuestras relaciones con ellas. (Truner, 1964)

3.5.1. Relación entre conocimiento y salud.

Se obtendrá, evidentemente, una salud mejor, no por la simple adquisición de higiene, sino por su aplicación.

La salud depende, no de lo que se sabe, sino de lo que se hace; se conserva gracias a una manera sana de vivir, régimen higiénico constante, haciendo lo que se debe de hacer, no simplemente pensándolo, deseándolo o sabiéndolo. Evidentemente el conocimiento en materia de la salud no la producirá, a menos de ser empleado.

La persona que posee un conocimiento básico sobre salud, encuentra que mantenerla es interesante, relativamente simple y rico en recompensas. Son las personas sin cultura higiénica, las que se dejan llevar por la preocupación y por el miedo adoptado una y otra falacia sanitaria.

Al mantener la salud se esta cuidando un mecanismo ~~%~~ mecanismo+ que no tiene semejante. Una de las cualidades más extraordinarias en su constante tendencia a mantenerse en equilibrio fisiológico o equilibrio dinámico. Este estado constante del medio interno del organismo es llamado homeostasis por los fisiólogos. Cualquier cambio físico o químico que desvié el equilibrio interno del cuerpo, pone en movimiento mecanismos compensadores que tienen a corregir el desequilibrio. El cuerpo humano tiene innumerables mecanismos fisiológicos automáticos. (Turner, 1964).

Por toda esta relación entre conocimiento y salud es importante hacer hincapié a:

3.5.2. Valores Higiénicos.

Dentro de estos valores higiénicos la atención que las personas prestan a un estudio y mantenimiento de la salud, depende - del lugar que ocupa ésta en su sistema de valores, Algunas veces - se sacrifica la salud por otros objetivos u otras cosas de la vida en favor de la salud, nunca se ha pensado realmente que es lo que se quiere para tener una buena salud o valorado ésta.

Muchas veces este es un problema de valores relativos, de conversiones sostenidas con muchos estudiantes de la preparatoria y profesional, se deduce que el hombre o la mujer que se encuentran rebosantes de salud, generalmente no piensan, o piensan muy poco, en la importancia de ésta; sus miras están fijadas en otras metas, y solamente en la relación que puede tener la salud con el logro de sus ambiciones, es cuando hacen una estimación más o menos justa de su valor. En cambio, el Hombre que continuamente e5ta luchando contra la enfermedad y la incapacidad siempre coloca en un lugar, quizá demasiado elevado, el valor de la salud: se puede decir que la salud es la cosa más importante de la vida. Los que - tienen menos son los que más la saben apreciar. Esta diversidad de criterios proviene de que para el hombre es difícil poder apreciar el valor de aquéllos de lo que ha disfrutado toda su vida.

Evidentemente, la salud no es el fin supremo de la vida humana y seguramente hay cosas que tienen mayor importancia: el honor la honradez, la justicia y la libertad se han defendido muchas veces a costa de la vida. Todos tenemos la ambición, muy natural, de hacer algo o de llegar a realizar algo muy importante y útil en - nuestra vida, y entra ambición tal vez merezca, en algunos casos, el sacrificio de la salud; pero, en realidad, el sacrificio de la salud, por si mismo, no es capaz de lograr la ambición de cada persona, sino que es más bien causa de un fracaso.

La salud de una nación tiene significado más allá de la relación entre la salud de un ciudadano individual y su felicidad y satisfacción. La enfermedad es una carga económica que disminuye la producción y los niveles de vida. Además, las posibilidades de salud como individuo dependen de la clase de mecanismo corporal que se ha heredado y de la manera en que se cuide ese mecanismo, en forma permanente. (Turner, 1964).

3.6. Bases para el progreso de la salud.

El progreso de la salud está fuertemente cimentado en la investigación permanente de la difusión de enfermedades y tiene por objeto descubrir ciclos patógenos o agentes causales. La investigación juega un papel primordial en la lucha contra las enfermedades como la difteria y en el notable descenso que se ha producido en - la mortalidad en infantes y maternal en el transcurso de los últimos 50 años. Fue algo imprescindible para el progreso en la lucha contra la enfermedad.

Las instrucciones para la persona al mayor número es necesaria para cada uno conservar su salud, o no sea agente portador; dichas instrucciones se basa en el principio de que todo hecho científico no llega a producir su total impacto en el progreso de la salud hasta que es ampliamente divulgado y la gente llega a comprender la necesidad de utilizarlo.

Es importante también el funcionamiento de servicios sociales que den instrucción a la colectividad, que repartan en las épocas adecuadas las inmunizaciones preventivas y que sean vigilantes de cualquier foco infeccioso que pueda volverse una epidemia, además de luchar contra las endemias en forma permanente y constante.

La base científica del cuidado de la salud es la divulgación de los progresos científicos que se han realizado, están logrando una mayor longevidad y la conservación de la salud de muchas personas que, al enterarse de que son

peligrosas ciertas costumbres familiares, sociales o aspectos ambientales, cambian su modo de vivir. (Mendoza, 1980).

CAPITULO 4 Í DENOMINACION DE ESTRÉS Í

Varias interacciones con el ambiente producen estrés. Se puede decir que se deshacen en el aire. Se presenta en forma más intensa cuando se advierte un desequilibrio entre el reto y los recursos disponibles para encararlo. El estrés adquiere gran fuerza cuando el individuo se haya en una situación ardua y está inseguro de su capacidad para superarla o cuando se presenta una oportunidad y no tiene la seguridad de que sabrá aprovecharla. El equilibrio o desequilibrio no se produce en la exigencia real, sino en la evaluación de ella y de la capacidad para satisfacerla.

4.1. Definición de Estrés

Se puede definir al estrés como el proceso total mediante el cual juzgamos y respondemos a los hechos denominados **estresantes**, que nos amenazan o nos desafían. Los agentes estresantes pueden tener efectos positivos, porque nos excitan y nos motivan para resolver los problemas (Myers, 1988).

Para (Walter Cannon. Cit. En Myers, 1988), estrés es el proceso en virtud del cual juzgamos y reaccionamos frente a los hechos que nos desafían o nos amenazan, como un sistema %luchar o huir %Hans Selye ve el síndrome como algo general de adaptación en tres etapas (alarma/resistencia/agotamiento). La investigación moderna acerca del estrés avalúa las consecuencias para la salud de los episodios cataclísmicos, los cambios importantes de la vida y la pensión irónica. Los hechos son

estresantes cuando se les percibe como negativos y simultáneamente incontrolable.

Por lo tanto se puede decir que no existe una sola definición del estrés todos los seres humanos lo han experimentado en una ocasión y, debido a su daño potencial, fisiológica y Psicológicamente, los psicólogos, psiquiatras y otras personas concuerdan en que es esencial que se intente comprender esta enfermedad para poder prevenir o, al menos, disminuirlo (Gross,1994).

4.2. Modelos de Estrés.

Cox (1975) identifica tres modelos de estrés, alrededor de los cuales han circulado las definiciones y la investigación:

1.- El modelo de ingeniería considera que las presiones externas dan lugar a la reacción de estrés, o tensión, en el individuo.

2.- El modelo fisiológico tiene que ver principalmente con lo que sucede dentro de la persona, esto es, con los aspectos de respuesta del modelo de la ingeniería, en particular los cambios fisiológicas (y, en menor grado, los psicólogos) que ocurren como resultado del estros.

3.- El modelo transaccional representa un tipo de mezcla de los dos modelos y considera que estrés surge de una interacción entre las personas y su ambiente, en particular, cuando existe un desequilibrio entre las percepciones de la persona acerca de las demandas que le hace la situación y su capacidad para satisfacer la demanda y cuándo es importante un fracaso para enfrentar la situación.

Puede considerarse que el modelo de la ingeniería se ocupa en primer término de las preguntas ¿Qué causa el estrés, ¿y el modelo fisiológico de la pregunta ¿cómo reaccionamos (fisiológicamente), al estrés? El modelo transaccional tiene que ver con ambas preguntas además de cómo enfrentamos el estrés? Enseguida se puede mencionar que no hay duda de que el estrés ayuda a mantener el estado de alerta y proporciona cierta energía que se requiere para mantener un interés en el ambiente para

explorarlo y adaptarse a él a este respecto, el estrés es parecido a la motivación emoción (o es un componente de ambos). Sin embargo, cuando el estrés se vuelve intolerable (cuando se tensa a la persona más allá de sus límites de elasticidad) se vuelve evidentemente dañino.

Debido a que la percepción de la persona acerca de la desigualdad entre demanda y capacidad es lo que provoca estrés, el modelo da lugar a importantes diferencias individuales en cuanto a fuente de estrés y cuándo el estrés se experimenta, las personas también pueden diferir en términos de respuestas fisiológicas características al estrés.

Los tres modelos antes mencionados se examinarán en los siguientes tres aspectos:

4.3. ¿Que causa el estrés?

Frustración y conflicto. Ya se ha visto en relación con el modelo transaccional que la desigualdad que se percibe entre demanda y capacidad causa estrés y así, cualquier cosa que impida que se logren las propias metas es una fuente potencial de estrés. De hecho, con frecuencia la **frustración** se define como algún tipo de estado emocional negativo que sucede cuando se impide el logro de una meta, (Coon, 1983, cit. En Gross, 1994), y por tanto es una fuente común de estrés.

Las propias incapacidades pueden evitar que se logren las metas y ambiciones. O bien pueden interponerse toda una serie de factores externos/ambientales sobre los que se tiene poco o ningún control (aunque no menos del que se posee sobre algunos factores personales, por ejemplo, tener corta estatura). Por otro lado se presenta de cómo son los conflictos.

Los conflictos se presentan cuando una persona experimenta dos o más motivos o metas competitivas o contradictorias:

- a) Los conflictos de aproximación-aproximación implican tener que elegir entre dos alternativas igualmente atractivas.

- b) Los conflictos evitación-evitación implican tener que elegir entre dos alternativas igualmente desagradables.
- c) Los conflictos de aproximación-evitación incluyen a una misma persona o situación que tiene cualidades muy deseables e indeseables.

4.3.2. Perturbaciones de los ritmos circadianos.

La palabra circadiano proviene del latín circa diez y significa aproximadamente un día. Describe una periodicidad o ritmo particular de varias funciones fisiológicas y conductuales que pueden observarse en casi todos los seres vivos.

Parece ser que la mayoría de las especies sincronizadas sus ritmos corporales a un ciclo de 24 horas de luz y oscuridad, de modo que durante un periodo de 24 horas existe un ciclo de muchas funciones fisiológicas (por ejemplo, ritmo cardiaco, tasa metabólica, frecuencia respiratoria, temperatura corporal) que tienen parte de la tarde y la primera de la noche, y valores mínimos en las primeras horas de la mañana.

(Colquhoun y Edawardas, p. 129 En Gross, 1994).

Existen evidencia que estos ritmos se controlan de manera (endógena), pero que sus tiempos se sincronizan y coinciden son las señales ambientales externas (exógenos). Así que si persiste en invertir el sueño y la actividad, después de un periodo de aclimatación, los ritmos circadianos del cuerpo se invertirán a un nuevo conjunto de señales exógenas.

Las funciones psicológicas también parecen seguir un ritmo circadiano bien definido, por ejemplo, en general se desempeñan de manera más eficaz, la mayoría de las tareas psicológicas, cuando la temperatura corporal es mayor y con menos eficacia, cuando es más baja. Sin embargo, una excepción notable es la memoria a corto plazo que se encuentra

correlacionada de manera negativa con la temperatura corporal. (Colquhoun, 1971, 1972, cit. En Gross, 1994).

Un grupo ocupacional que se ve muy afectado por la perturbación en sus ritmos circadianos es el de los pilotos de aerolíneas que sufren los trastornos por cambios en husos horarios ya que cruzan varios durante el curso de vuelos.

El conocimiento de las características del reloj biológico ayuda a comprender un rasgo en apariencia acerca del trastorno por los viajes intercontinentales, a saber que la mayoría de las personas sufren mucho menos cuando viajan en dirección oriente, occidente, que en dirección contraria.

Cuando viajan hacia occidente (siguiendo al sol), se extiende temporalmente el día, debido a que el ciclo natural del reloj biológico es de 25 horas, es mucho más fácil lidiar con un incremento en la duración del día que con un decremento.

De hecho, la manera ideal de viajar sería siempre si fuera oriente a occidente en saltos cortos de un horario cada día y con ello cada jornada de viaje se haría precisamente igual que el ritmo de 25 horas que es natural del cuerpo.

La Melatonina es una hormona que produce la glándula hipófisis tiene un papel central en la experiencia e trastornos por cambio en husos de horarios, su secreción alcanza una cima durante la noche y, después de un largo vuelo, la liberación cíclica de la melatonina queda bloqueada durante algunos días en el patrón noche-día del país de origen. Esto puede aclarar el porqué se siente fatiga durante el día e insomnio en la noche. Cuando voluntarios que sufren de trastornos por el cambio en husos de horarios reciben melatonina durante la tarde, mucho menos informan sentir dicho trastorno en comparación con los controles que sólo reciben un placebo.

(Blakemore, 1988, cit. En Gross, 1994).

4.3.3. Cambios Vitales.

Colmes Y Rahe (1967) cit. En Gross, 1994, examinaron los registros de 5000 pacientes e hicieron una lista de 43 sucesos vitales, de gravedad variable, que parecían conjuntarse, en los meses previos, con el brote de una enfermedad, de ello surgió la Social Readjustment Rating Scale (Escala de Clasificación de readaptación Social) (SRRS) una escala auto administrable de lápiz y papel en la que los sujetos señalan todas aquellas cosas que les han sucedido en algún periodo específico de tiempo (en general, de seis a doce meses).

En el siguiente cuadro muestran, los sucesos vitales que se clasifican del 1 a 43 y a cada uno se le asigna un valor promedio (de 100 para %o muerte cónyuge %a %d 1 %trasgresiones pequeñas de la ley+), estos valores promedio (o valores ponderados de los reactivos) se obtuvieron de manera empírica mediante decirle a 100 jueces que el %matrimonio+ se le había asignado un valor de 500 pidiéndoles que le asignaran un número a cada uno de los otros sucesos en términos de qué tanto cambio implicaría en la vida de alguien en relación con el matrimonio.

El promedio de los números que se asignaron a cada suceso se dividió entre 10 y los valores resultantes se volvieron ponderados de cada suceso vital, una puntuación SRRS de un individuo es la suma de los valores de cada suceso vital que se marque.

Escala de clasificación de readaptación social (social Readjustmen Rating Sacale). La cantidad de estrés vital que una persona ha experimentado en un período dado de tiempo, por ejemplo un año, se mide por medio del número total de unidades de cambio vital (UCV). Estas unidades resultan de la suma de los valores (mostrados en la columna de la derecha) asociados con los sucesos que las personas han experimentado durante el periodo de tiempo que se enfoca.

(Ver cuadro).

Cambios Vitales

Rango	Suceso vital	Valor Promedio
1	Muerte de Cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación Matrimonial	65
4	Pena de Cárcel	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Lesión o enfermedad personal	53
7	Matrimonio	50
8	Despido de empleo	47
9	Reconciliación	45
10	Retiro	45
	Cambio en la salud de un miembro de la	
11	familia	44
12	Embarazo	40
13	Dificultades sexuales	39
14	Llegada de un nuevo miembro a la familia	39
15	Readaptación en los negocios	39
16	Cambio en la situación económica.	38
17	Muerte de un amigo cercano	37
18	Cambio de una actividad laboral diferente	36
	Cambio en la cantidad de discusiones con	
19	el Cónyuge	35
20	Hipoteca de más de 10,000 dólares	31
21	Juicio hipotecario por hipoteca o préstamo	30
22	Cambio en las responsabilidades laborales	29
23	Hijo o hija que deja el hogar	29
24	Problemas con la familia política.	29
25	Logro personal sobresaliente	28

26	Esposa que comienza o deja de trabaja.	26
27	Comienzo o terminación de la escuela	26
28	Cambio en las condiciones de vida.	25
29	Revisión de hábitos personales	23
30	Problemas con el Jefe	24
31	Cambio de horario o condiciones laborales	20
32	Cambio de domicilio	20
33	Cambio de escuela	20
34	Cambio de recreación	19
35	Cambio de actividades sociales	18
36	Cambio de actividades religiosas.	17
	Hipoteca o préstamo menos de 10,000	
37	dólares	16
38	Cambio en hábitos de sueño	15
	Cambio en el número de reuniones	
39	familiares	15
40	Cambio de hábitos alimentarios	13
41	Vacaciones	12
42	Navidad	11
43	Transgresiones pequeñas de la Ley	

La suposición que subyace a las escalas es que los sucesos que requieren cambio (ya sea deseable o indeseable) crean estrés. Los cambios vitales son bondades conflictivas, mientras que le puede dar la bienvenida a la variedad y novedad que proporcionan, también impiden que se logren ciertas (otras) metas y pueden forzar a la persona a determinar metas y objetivos que se habían anticipado. La intensidad de la SRRS era predecir que brotará la enfermedad (Gross, 1994).

Varios estudios han mostrado que las personas experimentan muchos cambios vitales significativos (es decir, una puntuación de 300 unidades de cambio vital o más) se encuentran más susceptibles a la enfermedad física o

mental que aquéllas con puntuaciones más bajas, por ejemplo, las correlaciones en general son pequeñas pero significativas y el espectro de síntomas asociados es amplio e incluye muerte por paro cardíaco repentino, infarto del miocardio (No mortal), tuberculosis, diabetes, leucemia, accidentes y aún lesiones deportivas.

Sin embargo, se debe ser cuidadoso para no derivar conclusiones equivocadas a partir de los datos antes mencionados que sólo son correlativos.

(Brown, 1926, cit. En Gross, 1994).

Los cambios vitales pueden ser sólo estresante si son inesperados y, en este sentido, incontrolables. A continuación se hará mención sobre el estrés, la enfermedad y la personalidad.

4.4. Estrés, enfermedad y personalidad.

Una manera importante en la que el estrés puede dar como resultado una enfermedad es a través de su influencia sobre el sistema inmunitarios del cuerpo, una colección de miles de millones de células que viajan a través del torrente sanguíneo y se mueven por dentro y fuera de los tejidos y órganos, defendiendo al cuerpo contra la invención de agentes extraños (por ejemplo, bacterias, virus, células cancerosas) el estudio del efecto de los factores psicológicos sobre el sistema inmunitario se denomina Psicoimmunología. Con frecuencia, las personas de un periodo de estrés por ejemplo: exámenes finales, porque éste parece reducir la capacidad del sistema inmunitario para luchar contra el virus de gripe. Pero existen algunas interesantes variables de personalidad que participan en ello. Por ejemplo los estudiantes con estilos de personalidad que comprenden un fuerte empuje,

donde la mayoría se sienten estresado por los exámenes, tienen los niveles más bajos de anticuerpos y sufren de más gripes que otros estudiantes. (Jermolt y Colaboradores, 1981, p. 134 cit. En Gross, 1994).

Un estudio de Creer y colaboradores (1979), cit. En Gross, 1994, en Inglaterra, acerca de mujeres a quienes se había diagnosticado cáncer de mama (y que, de hecho, se les había practicado una mastectomía) encontraron que aquellas que reaccionaron ya fuera negando lo que había sucedido o mostrando un espíritu de lucha estaban significativamente en mayor disposición para estar libres de manera estoica o que se sintieron desamparadas.

Una persona fuente de estrés es la muerte de un familiar cercano (está al tope de la SRRS) y existe considerable información acerca de que los familiares sobrevivientes mueren dentro de un periodo de semana o aún minutos después de la muerte de una pareja o hijo.

En los 18 meses después de una pérdida semejante, estas personas tienen un mayor riesgo de morir por una variedad de enfermedades (inclusive infartos de miocardio y cáncer) que otras de la misma edad y sexo.

Mientras que los infartos y embolias pueden implicar cambios en el SNA, las enfermedades infecciosas y el cáncer se encuentran más directamente asociadas con deterioros de las funciones inmunitarias, y en definitiva, las personas en estado de duelo tienen una reducción en su resistencia a la enfermedad. Parece ser que la adrenalina puede inhibir la capacidad de ciertos linfocitos para liberar los elementos químicos que matan a los microbios invasores o las células (inclusiva cancerosas) que el cuerpo reconoce como extrañas. Los corticosteroides también evitan que maduren los linfocitos jóvenes y, por tanto, impiden que lleven a cabo de manera adecuada sus funciones de lucha contra la enfermedad.

Finalmente, Locke (1982) encontró que las personas que constituyen buenos enfrentadores manejan de manera efectiva los choques y retos mientras que los malos enfrentadores se deprimen con facilidad, están

nerviosos y presentan un sentido de desamparo. En momentos de cambios vitales importantes, los últimos mostraron una disminución en el nivel de cierto tipo de leucocitos (% células asesinas naturales %) que normalmente acaban con los virus y células de cáncer.

4.5. Dimensiones del Estrés.

La naturaleza del estresor y la capacidad para sortearlo dependen de la intrincada interacción de factores de índole biológica, situacional y personal.

El estrés tiene efectos acumulativos, y una serie de experiencias de índole que en un período determinado puede ocasionar un colapso físico y mental. Se dispone de los instrumentos que permite en un determinado medir el estrés. La estimación de los efectos del estrés y de factores como el hecho de considerar positiva o negativa la fuente del mismo. Es de gran importancia mencionar las siguientes variables en las dimensiones del Estrés:

4.5.1. Variables personales.

La ansiedad sobreviene cuando alguien experimenta un desequilibrio entre un reto y sus recursos personales y no sabe qué hacer al respecto. Son raras las personas que se dejan controlar por la ansiedad. Los que la sufren más intensamente son hipersensibles al peligro parecen estar inmovilizados. Los estados de ansiedad ocasionan extremo desgaste físico y psíquico, por lo cual el individuo siempre acaba por tomar alguna medida que le permite sortear la situación y poner fin a la ansiedad. A pesar de lo expuesto, un alto grado de ansiedad no favorece la planificación lógica ni la realización de acciones adecuadas, por eso los planes trazados en estado de ansiedad no suelen ser eficaces, y esto produce dos efectos negativos:

- La ansiedad contribuye al fracaso.
- El fracaso prepara el terreno a una ansiedad mayor y al nuevo fracaso (Sarason, 1984).

La eficacia personal disminuye con la inseguridad en sí mismo. Aunque en realidad hay que saber como hacerlo. Por ejemplo una mujer recién divorciada quizá no sea tan espontánea en las relaciones sociales que no le costaban el menor esfuerzo cuando estaba casada.

El ajuste al estrés se basa en las habilidades y recurso de se disponga. Una de las principales obligaciones de los padres es dotar a sus hijos con métodos eficaces que les permitan superar el estrés. En la misma situación se encuentra el psicoterapeuta que trata de ayudar a clientes que perciben amenazas en demasiados aspectos de su vida y que se creen incapaces de sortearla. En gran parte la conducta inadaptada es la consecuencia de los métodos irreales con que afrontan el estrés y la ansiedad.

(Sarason, 1984).

4.5.2. Variables situacionales.

Las características de acontecimientos y circunstancias productores de tensión son extremadamente variables. A continuación se mencionan algunos de ellos:

- Duración. Las situaciones de estrés nos presentan la misma duración. Una entrevista de empleo suele durar poco, en tanto que un pleito conyugal se prolonga horas o días.
- Gravedad. Las situaciones difieren en el grado de las circunstancias en que se halla el individuo. Por ejemplo, es más fácil sobreponerse a las

consecuencias emocionales de una lesión menor, que a las de una enfermedad grave.

- **Predicibilidad.** En algunos casos sabemos lo que va a suceder, mientras que en otros el pronóstico es inseguro. El estrés resultantes de tener que hacer una presentación verbal en la clase dependerá de tener que hacer una presentación verbal en la clase dependerá de si la presentación tuvo que improvisarse o si fue una tarea escolar.
- **Controlabilidad.** Uno de los aspectos más perturbadores de un problema es la creencia de que uno no puede influir en las circunstancias. Por ejemplo, las víctimas de un huracán nada pueden hacer para detener el viento y la lluvia.
- **Inicio Abruto.** El carácter repentino del inicio influye en la preparación que uno tiene para afrontar determinado problema. Un accidente es del todo imprevisible, en cambio, hay otras cosas que se pueden predecir.

4.5.3. Variables biológicas.

Según (Hans, Selye, 1976. cit. En Sarason, 1984) fisiólogo canadiense, el estrés es la respuesta del organismo a las exigencias que se imponen. A esas exigencias Selye las designa con el nombre de estresares. Basándose en una serie de experimentos con animales propuso que el estrés desencadena un síndrome de adaptación general en tres etapas.

- A)** Reacción de alarma, consiste en cambios fisiológicos generalmente asociados con la emoción: dilatación de las pupilas, aumento de la reacción galvánica de la piel y mayor secreción de adrenalina. Si el estrés persiste, aparece la segunda etapa.
- B)** La resistencia, en el cual el cuerpo se recobra del estrés inicial, y empieza a afrontar la situación. Disminuye la actividad del sistema nervioso simpático, decrece la secreción de adrenalina y se eleva la secreción de la corteza suprarrenal de la hipótesis y si el estrés prosigue, el animal llega finalmente a la etapa

C) Fatiga, en la cual se agotan a los recursos del organismo adecuadamente y el cuerpo empieza a deteriorarse.

La teoría de Selye contiene dos ideas centrales.

La primera es que la reacción de lo organismo es la misma, cualquiera que sea la causa del estrés.

La segunda es que el patrón de las reacciones culmina en el colapso físico. Las reacciones de defensa contra el estrés pueden originar verdadero daño físico, denominado trastorno **psicofisiológico o psicósomático**. En esta categoría se incluye la hipertensión, la cardiopatía, el asma y las úlceras. La enfermedad psicósomática no es una experiencia subjetiva. La causa (prolongada reacción emocional al estrés) puede estar bajo el control del individuo, los síntomas son auténticos. Los datos que van aportando las investigaciones señalan que el proceso valoratorio y la extracción emocional transmiten los mensajes de estrés y su superación, y todos los ñeques de la psicología han aportado datos sobre él. Los constantes desafíos y amenazas de que está llena la vida humana producen gran desastre físico, por lo cual no es extraño que se haya prestado tanta atención a las consecuencias biológicas del estrés.

El enfoque cognoscitivo es el que permite conocer más afondo los procesos de la valoración primaria y secundaria. Los teóricos conductuales han puesto de relieve la importancia de la adquisición de un repertorio con respuestas adecuadas que capaciten al individuo para sortear peligros previstos e inesperados. Las ideas de la escuela psicodinámica sirven para entender por qué algunos están muy propensos a descubrir peligros en el ambiente a o a adoptar una actitud errónea ante ellos. Varias perspectivas, entre las que se centran en el aspecto positivo del estrés y en la suposición de que la capacidad de superarlo nos fortalece. Desde este punto de vista, al superar el reto, el control personal aumenta por lo mismo es importante controlar nuestro estado de animo y nuestras habilidades.

(Sarason, 1984).

CAPITULO 5 Í EL ESTRÉS Y LA SALUD Í

Myers, (1988) menciona que nadie necesita que se le diga los estados psicológicos provocan reacciones físicas. Si estamos nerviosos a causa de un examen importante, sentimos hormigueo en el estómago. Si la necesidad de hablar en público provoca nuestra ansiedad, acudimos con frecuencia al cuarto de baño. Cuando nos irrita un conflicto con un miembro de la familia, sufrimos una jaqueca. Si ese estrés psicológico persiste también puede provocar (en los que manifiestan predisposición fisiológica) erupciones en la piel, ataques de asma o úlceras.

Los psicólogos investigadores (Mary Jasnosi y Gary Schawart, 1985, cit. En Myers, 1988), se opone a los esfuerzos tradicionales que intentan vincular determinadas enfermedades con ciertas causas (los genes, los gérmenes o los sentimientos) mediante la teoría de los sistemas de la medicina de la conducta. Cada nivel de nuestra mente de un sistema más amplio. Por consiguiente, para comprender la salud debemos considerar cómo interactúan estos sistemas biológicos, psicológicos y sociales. Por ejemplo, los órganos del cuerpo forman amplios sistemas para dirigir, permitir la circulación y el procedimiento de información lo que a su vez son parte de un sistema aun más amplio: el individuo mismo. El individuo es parte de su familia, su comunicación, su cultura, y así por el estilo.

A su vez los órganos internos están formados por subsistemas, las células que están compuestas por elementos bioquímicos. En cada nivel, nuestra existencia es parte de un sistema más amplio que la enfermedad tiene una causa física o bien psicológica, los teóricos de los sistemas suponen que la enfermedad es el resultado de la interacción de todos estos sistemas interdependientes (estudiados por los fisiólogos, psicólogos, los sociólogos y otros). En cuanto a nosotros somos sistemas integrados, funcionamos como entidades móviles: basta con que se efectúe y afecte un nivel para que todo el resto también cambie.

La psicología de la salud es un sub. Área que crece de prisa y ofrece el aporte de la psicología a la medicina de la conducta.

Los problemas fundamentales de la psicología de la salud son las cuestiones básicas abordadas a continuación.

5.1 El estrés y la enfermedad.

El estrés es un concepto equivoco. A veces se describe las amenazas o los desafíos y a veces describe nuestras respuestas frente a ellos. Para englobar ambos sentidos podemos definir al estrés como el proceso total mediante el cual juzgamos y defendemos a los hechos denominados estresantes, que nos amenazan o nos desafían.

Los agentes estresantes, pueden tener efectos positivos, porque nos excitan y nos motivan para resolver los problemas. Los grandes atletas, los actores exitosos, los buenos profesores y los buenos líderes todos progresan y destacan cuando un desafío los excita. Pero es más frecuente que los estresantes amenacen nuestros recursos, nuestra jerarquía y seguridad en el empleo, la salud o bienestar de los seres humanos, las ciencias profundamente compartidas, nuestra imagen (Hobfoll, 1989. cit. En Myers, 1988). Y cuando este estrés es severo o se prolonga también puede provocar daños mentales o fisiológicos.

Muchas veces aunque el interés de la medicina por el estrés se remonta a Hipócrates (460- 367 a.c.). Solo en la década de 1920 el fisiólogo Walter Cannon (1929) confirmó que la respuesta al estrés es parte de un sistema mente- cuerpo unificado. Observó una diversidad de situaciones estresantes, el frío extremo, la falta de oxígeno, los accidentes que excitan los sentimientos- desencadenan un flujo de adrenalina y noradrenalina. Estas hormonas del estrés ingresan en el torrente sanguíneo por medio de las terminaciones nerviosas simpáticas de la medula suprarrenal.

Cuando lo alerta una cualquiera, esto no es más que una parte de la respuesta del sistema nervioso simpático aumenta en el ritmo cardíaco y la respiración desvía la sangre hacia los músculos del esqueleto y libera grasa de los depósitos del cuerpo, todo con el fin de preparar al organismo para lo

que Cannon denominó "luchar o huir". En general Cannon consideró que esa respuesta era un sistema maravillosamente adaptado.

Los fisiólogos también han identificado un segundo sistema de respuesta al estrés. Al recibir ordenes de la corteza cerebral la parte externa (corteza) de la glándula suprarrenal, segrega la hormona del estrés, es decir, la cortisona.

El científico canadiense (Hans Selye, 1936- 1976 cit. En Myers, 1988) investigó durante 40 años sobre el estrés profundizado en las observaciones de Cannon y haciendo que el estrés se convierta en un concepto fundamental en psicología y medicina. La historia de cómo Selye llegó a concebir la respuesta del estrés, esta merece ser recordada en momentos de desaliento intelectual. Con la esperanza de describir una nueva hormona sexual Selye inyectó a varias ratas extracto de hormona ovárica, observó tres efectos:

- ❖ Agrandamiento de la corteza suprarrenal.
- ❖ Contracción del timo (que contiene los glóbulos blancos destinados a combatir la enfermedad); y
- ❖ Úlceras sangrantes.

Como ninguna hormona conocida había producido jamás tales síntomas, Selye se sintió animado e inyectó otros fluidos en las ratas, observó el mismo engrandamiento suprarrenal, la contracción del timo y las úlceras sangrantes. Selye llegó a la conclusión de que, lamentablemente, los efectos no respondían a una nueva hormona.

Selye a su vez estudió las reacciones de los animales a diferentes agentes estresantes, por ejemplo, el shock eléctrico, el trauma quirúrgico y la contención inmovilizadoras. Descubrió que estos estresantes tenían efectos psicológicos análogos. De hecho, la respuesta adaptativa del cuerpo al estrés parecía tan general como una alarma contra robos, que suena sin que importe quién entra en el lugar que lo denominó **síndrome general de adaptación (general adaptación síndrome, gas)**.

A juicio de Selye el GAS tiene tres fases. Supongamos que alguien padece de un trauma físico o emocional.

En fase 1, el individuo experimenta una **reacción de alarma**, consecuencia de la súbita activación de su sistema nervioso simpático. El ritmo cardíaco se eleva, la sangre se dirige a los músculos del esqueleto, y se percibe la debilidad del shock. Cuando se han movilizado los recursos, se está preparando para enfrentar el desafío en la.

Fase 2, la resistencia. La temperatura, la presión sanguínea y la respiración continúa siendo elevadas, y hay un súbito aflujo de hormonas. Si persisten el estrés con el tiempo puede agotar las reservas corporales, en la.

Fase 3, el agotamiento. Con el agotamiento, se es más vulnerable a la enfermedad, o incluso, en los casos extremos, al colapso y la muerte.

Las investigaciones más recientes revelan sutil diferencia de las reacciones corporales frente a distintos agentes estresante. Pocos son en la actualidad los expertos médicos que cuestionan la idea esencial de Selye. El estrés prolongado puede provocar el deterioro físico.

Se puede decir de estrés que se experimenta depende del modo en que apreciamos los hechos de nuestra vida.

Una persona sola en una casa puede mostrarse indiferencia a crujidos y no siente estrés. Las investigaciones se han centrado en las consecuencias para la salud de tres tipos de agentes estresantes:

- a) Las catástrofes.
- b) Los acontecimientos vitales importantes.
- c) Las presiones cotidianas.

Dentro de las catástrofes se puede decir que son episodios imprevisibles y en gran escala, como la guerra y los desastres mutuamente después de estos episodios, las consecuencias para la salud pueden ser significativas, (Paúl y Gerald Adams, 1984, cit. En Myers, 1988) documentaron esta afirmación estudiando las secuelas de la erupción y la lluvia de cenizas del

Monte Saint con esto se confirma la Teoría del síndrome de Selye: **Agente estresante-Fase 1. Alarma-Fase 2, Resistencia-Fase 3, Agotamiento.**

El segundo tipo son los acontecimientos vitales importantes este fenómeno estresante está representado por los acontecimientos vitales personales: la muerte de un ser amado, la pérdida de un empleo, un matrimonio o un divorcio. Algunos psicólogos estudian los efectos de los acontecimientos vitales sobre la salud siguiendo la evolución de las personas en el curso del tiempo, para comprobar si tales hechos preceden a las enfermedades. Otros comparan aquellos acontecimientos vitales recordados que le ha provocado (o no) un problema específico de salud, por ejemplo un ataque cardíaco. Una revisión de estos estudios encargada por algún laboratorio.

Muchos artículos recientes publicados en revistas sobre estrés, proponen una escala para calificar las puntuaciones de estrés+ de los acontecimientos vitales. Las puntuaciones de estrés por encima de cierto nivel implican riesgo de enfermedad, pero los investigadores comprueban que estas escalas en realidad no pronostican los futuros problemas de salud.

Por otro lado se puede decir que las presiones constantes en la actividad laboral pueden conducir a un estado de **agotamiento** físico y emocional (Maslach, 1982, cit. En Myers, 1988). Los profesores, las enfermeras, los asistentes sociales y los policías de hecho, todos los que afrontan presiones constantes en su trabajo pueden llegar a agotarse debido a la demanda interminable de su labor. El resultado puede ser un brusco descenso del rendimiento a causa de la fatiga física, la depresión y la desesperanza del agotamiento emocional, y la desconfianza producto del agotamiento mental.

Otra causa de estrés cotidiano reside en los conflictos suscitados derivados de los enfoques **paralelos**, en que dos metas atractivas pero incompatibles nos atraen como también presenciar un episodio deportivo. En otras ocasiones afrontamos el conflicto de la **dobles evitación** entre dos alternativas indeseables.

En el marco de un conflicto de aproximación-evitación nos sentimos simultáneamente atraídos y repelidos. Es imposible que uno adore ciertas cosas de la persona con la cual está saliendo, y le desagraden otras. Comparada con la tendencia a la aproximación, la tendencia a la evitación se acentúa más de prisa a medida que nos aproximamos a la meta. Con esto podemos decir que el estrés se multiplica cuando afrontamos simultáneamente varios conflictos de aproximación-evitación-relacionados con la identidad de la persona con que vivimos o salimos, la escuela a la que asistiremos, el empleo que aceptaremos.

Por lo que es importante mencionar que las catástrofes, los cambios importantes en la vida, las presiones y los conflictos cotidianos son especialmente estresantes cuando los apreciamos como negativos incontrolables.

Aunque no eran muy frecuentes estos estudios antes de este siglo, la enfermedad cardíaca coronaria, el estrechamiento de los vasos que alimentan el músculo cardíaco-hacia la década de 1950 se convirtió en la principal causa de mortalidad en América del Norte solamente en Estados Unidos más de medio millón de personas muere actualmente a consecuencia de ataques cardíacos.

Sin duda la gente vive más tiempo, y la gente mayor es más vulnerable a los ataques cardíacos. (Todos tendemos a morir. Por lo consiguiente la eliminación de ciertas causas de muerte, como la difteria, eleva la frecuencia de otras) pero la variación de la longevidad no explica porqué más adultos jóvenes fallecen a causa de la enfermedad cardíaca. (Cherney, 1984.cit. en Myers, 1988).

Para el estrés la palabra psicomático describía los síntomas físicos de origen psicológico. Para algunas personas estos síntomas eran irreales y que eran meramente psicósomáticos. Para evitar tales connotaciones y describir mejor los auténticos efectos fisiológicos de los estados psicológicos, la mayoría de los expertos de hoy en día se refieren al cambio de las enfermedades **psicofisiológicas** (mente-cuerpo). Estas enfermedades, que incluyen ciertas

formas de hipertensión, las úlceras y las jaquecas, no son consecuencia de trastornos físicos conocidos. En cambio, el culpable es el estrés. En las personas que poseen temperamentos reactivos, el estrés crónico provoca diferentes cambios. En una persona, el resentimiento prolongado, la cólera o la ansiedad pueden estimular en exceso ácidos digestivos que destruyen parte del revestimiento del estómago o el intestino delgado, provocando úlceras. Otra persona estresada puede retener cierto exceso de sodio y de líquido, que unidos a la constricción de las paredes musculares de las arterias, contribuyen al aumento de la presión sanguínea. En el estrés la prueba de que las dolencias psicofisiológicas son reales proviene de centenares de nuevos experimentos que revelan la influencia de los sistemas nervioso y endocrino sobre el sistema inmunitario. El sistema inmunitario es un complejo sistema de vigilancia que defiende al cuerpo aislado y destruyendo las bacterias, los virus y otras sustancias extrañas. Incluye dos tipos de glóbulos blancos, denominados **lifocitos**. Los lifocitos B se forman en la médula ósea y liberan anticuerpos que combaten las infecciones bacterianas. Los lifocitos T se forman en el timo y en otros tejidos linfáticos, y atacan las células cancerosas los virus y otras sustancias extrañas-incluso las de carácter positivo, por ejemplo los órganos trasplantados. Otro agente del sistema inmunitario es el **macrófago** (gran comedor), que identifica, persigue y devora a los invasores perjudiciales. La edad, la nutrición, la genética, la temperatura corporal y ahora lo sabemos el **estrés** son todos los factores que influyen sobre la actividad del sistema inmunitario. El sistema inmunitario puede fallar en dos sentidos. Si responde con excesivo vigor, puede atacar los tejidos del propio cuerpo, provocando artritis o un ataque alérgico. Otras veces reacciona débilmente, y permite por ejemplo que un virus adormecido del herpes se manifieste o que las células cancerosas se multipliquen.

El sistema inmunitario no es un jinete sin cabeza. En realidad, intercambia información con el cerebro y el sistema endocrino que segrega hormonas. El cerebro regula la secreción de las hormonas del estrés, las

cuales a su vez suprimen los linfocitos que combaten la enfermedad (Instituto OF Medicine, 1989).

Las polémicas observaciones que vinculan el estrés y otras emociones negativas con el cáncer son aun más sugestivas.

Varios investigadores informan que la gente corre el riesgo de enfermar de cáncer aproximadamente al cabo de un año de haber padecido un estado de depresión, de impotencia o duelo. Por ejemplo el cáncer aparece con más frecuencia en los que enviudan, se divorcian o se separan. Un estudio de los esposos de las mujeres que tienen cáncer terminal de mama señaló una de las posibles razones. Durante los dos primeros meses después de la muerte de la esposa, las respuestas de los linfocitos de los viudos disminuyeron (Schleifer y Col, 1979 cit. en Myers, 1988).

Al señalar el nexo entre los sentimientos y el cáncer. El investigador Alan Justice (1985) señala que el estrés no crea células cancerosas, más bien afecta su crecimiento al debilitar las defensas naturales del organismo frente a unas pocas células malignas que proliferan. El estado de relajación y esperanza pueden fortalecer esas defensas.

Los pacientes que toman la decisión de imponerse al cáncer de mama sobreviven con más frecuencia que las que muestran estoicas o caen en la desesperanza. (May y Goldstein, 1986 Pattingale y Col, 1985 cit. En Myers 1988).

En realizada, los procesos biológicos que actúan en un cáncer avanzado no tienen probabilidades de detenerse gracias a un espíritu tranquilo pero decidió. Se puede hacer algo para controlar nuestras experiencias del estrés, pero nuestra capacidad de reacción emocional, el cerebro y el sistema inmunológico, los psicólogos de la salud buscan los conocimientos necesarios para distinguir entre el charlatanismo seudocientífico y los auténticos efectos de las emociones sobre la salud.

Los psicólogos de la salud estudian no sólo los vínculos entre el estrés y la enfermedad sino también. El modo de afrontar la enfermedad. En un

mundo perfecto, la gente decidirá racionalmente si debe buscar y aplicar el tratamiento médico.

En primer lugar, observarán y evaluarán de manera realista la gravedad de sus molestias y dolores.

En segundo lugar, buscarán atención médica cuando la necesiten.

En tercer lugar, aplicarán el tratamiento recomendado.

Pero la mayoría de la gente no procede así, para descubrir la razón de esta actitud los psicólogos de la salud están estudiando el comportamiento de la gente en cada uno de estos tres pasos.

Por lo tanto podemos decir que las emociones negativas provocadas por los hechos estresantes de la vida pueden tener diferentes consecuencias relacionadas con la salud. Esto ocurre especialmente cuando se trata de personas propensas a enfermarse, irritables, deprimidas o ansiosas, (Myers, 1988).

5.2. Promoción de la salud.

Es tradicional que la gente solicite a los médico el diagnostico y el tratamiento de la enfermedad. Esto dicen los defensores de la medicina de la conducta, equivale a ignorar el mantenimiento del automóvil y acudir al mecánico sólo cuando el vehículo sufre un desperfecto.

Ahora que se puede comprender que las actitudes y las formas de la conducta afectan la salud, la atención se concentra cada vez más en el mantenimiento de la salud en los modos de afrontar el estrés, prevenir la enfermedad y promover el bienestar. Hay que recordar que la salud es una característica propia de la vida y gracias a la investigación científica se conocen cada vez más los factores que tienen a mirarla. Entre los más importantes encontramos: la **herencia, el medio y las formas de vida**. En torno a la herencia patológica, nada se puede hacer en cuestión a enseñanza puesto que los cromosomas, desde la mayoría de las enfermedades no son hereditarios, así como tampoco son características genéticas los malos vahitos higiénicos de la colectividad.

El conocimiento que se tiene Acerca de la relación recíproca entre la herencia y la salud no puede considerarse totalmente estudiado, pero se sabe lo suficiente como para considerar a cada persona como un individuo unido en su género, con características muy propias y particulares.

En el medio este se considera como a la suma de todas las condiciones y circunstancias externas que influyen en el desarrollo y vida de todo individuo. Intervienen en los medios estrechamente relacionados, físicos, sociales, biológicas y económicos.

Los medios físico y biológico incluyen: clima, altitud sobre el nivel del mar, plantas, animales, ríos, pantanos lagunas, mares, composición química de los suelos, riqueza agrícola y ganadera, casa habitación humanos, promiscuidad, deporte a nivel individual y colectivo, baños, desperdicio de los alimentos y tabúes religiosos (Mendoza, 1980).

Los medios sociales y económicos son mutuamente dependientes. Está plenamente comprobado que cuanto más bajas son las condiciones sociales y económicas, más frecuentes son las enfermedades, estableciéndose con frecuencia un círculo. El bajo nivel económico ocasiona enfermedades y, a su vez, las enfermedades son un factor importante del descenso económico y social. Tan bien es cierto que un buen nivel económico no siempre implica buena salud, ya que algunas personas con altos ingresos compran productos o servicios que los perjudican.

El medio social es un conglomerado de fuerzas, algunas favorables y otras hostiles a la salud emocional, la familia, los amigos, la iglesia, la escuela, los clubes, la fábrica, la oficina; y los sentimientos que el individuo desarrolla frente a las condiciones y las personas que integran una parte vital de su medio social influyen en su salud mental y física.

Con esto podemos decir que la salud, como una cualidad o estado personal ha sido altamente valorada y buscada a través de la historia de la humanidad. Pero a pesar de su elevada prioridad, se ha probado que medir con cierto grado de precisión, los profesionales de la salud y otros han luchado de manera seria con este tema y han adoptado una variedad de

métodos; algunos enfocaron sus esfuerzos hacia los aspectos dimensionales del concepto y ofreciendo diferentes combinaciones de las categorías físicos, mentales, económicas, sociales y espirituales; otros se han interesado en la dinamiza interna que está con la salud en terminas de los sentimientos personales y la habilidad para resistir o adaptarse a microorganismos, tensiones emocionales y otras amenazas externas, otros más han hecho hincapié en la habilidad funcional, sobre todo en el desarrollo y expresión u optima de las habilidades como la autoactualización.

(Greenne, 1988).

5.2.1. Afrontar el estrés.

Afrontar el estrés puede significar enfrentar o esquivar el problema y adoptar medidas para impedir su recurrencia. Pero el estrés es un integrante inevitable de la vida moderna. Este hecho unido al conocimiento cada vez más definido de que el estrés recurrente se correlaciona con la enfermedad cardiaca, la disminución de la inmunidad y otras dolencias corporales, nos aporta un mensaje claro.

Si no es posible eliminar el estrés cambiando o ignorando la situación será mejor que se aprenda a controlar la ansiedad. El control del estrés incluye el ejercicio físico, la biorretroalimentación, la relajación y las redes de apoyo social.

Los psicólogos de hoy no sólo se ocupan de las técnicas de enfrentamiento (superación)

Que ayudan a superar el estrés, sino que además tratan de aplicar los principios de ellas y de la conducta autorreguladora al campo entero de la salud. Dos nuevos campos interdisciplinarios, la medicina conductual y la psicología al hombre llevar una vida más sana y recobrase de la enfermedad físico. (Sarason, 1984),

Muchos estudios sugieren que el ejercicio físico constante como la carrera que aumenta la capacidad funcional del corazón y los pulmones puede aliviar el estrés, la depresión y la ansiedad.

La gente que hace ejercicio regularmente afronta mejor los episodios estresantes de muestras de más seguridad en si misma, y está menos deprimida (Brown, 1991; Honga, 1989, cit. En Myers, 1988).

Pero cuando la formulación se hace a la inversa la gente estresada y deprimida hace menos ejercicio la causa y el efecto se confunden. Muchos de los investigadores en la actualidad se preguntan por qué el ejercicio físico alivia los efectos del estrés y las emociones negativas. Saben que el ejercicio fortalece el corazón y reduce la presión sanguínea y la respuesta de la presión sanguínea al estrés (Perkins y Col, 1986; Roviano y Col, 1984. cit. En Myers, 1988).

La biorretroalimentación. Cuando unos pocos psicólogos comenzaron a experimentar cómo entrenar a la gente para que sometieran a control consciente el ritmo cardíaco y la presión sanguínea pues de todo, tales funciones están controladas por el sistema nervioso autónomo (%~~no~~voluntario+). Pero a fines de la década de 1960 algunos experimentos ingeniosos realizados por psicólogos respetados consiguieron que los que dudaban comenzaran a interrogarse Por su parte Neal Millar comprobó que las ratas podían modificar su latido cardíaco si recibían un estímulo cerebral grato cuando el latido cardíaco aumentaba o disminuía. La investigación posterior reveló que algunos seres humanos paralizados (que no pueden utilizar sus músculos esqueléticos) también podían aprender a controlar su presión sanguínea (Millar y Brucker, 1979. cit. En Millar, 1988).

Millar estuvo experimentando con la **biorretroalimentación**, un sistema para registrar, ampliar y retroalimentar electrónicamente información acerca de las sutiles respuestas fisiológicas. Los instrumentos de la biorretroalimentación han sido comparados con un espejo. Los espejos no controlan el cuerpo, del mismo modo que un espejo no controla los cabellos mientras nos peinamos. Más bien reflejan los resultados de los esfuerzos de una persona. Esto permite que el individuo evalúe que técnicas son más eficaces para controlar determinada respuesta fisiológica.

Al principio los investigadores de la biorretroalimentación, y los que aplicaron este método creyeron que la gente podía aprender a aumentar su producción de ondas cerebrales alfa, calentarse las manos y disminuir la presión sanguínea, todos signos de un estado más relajado. Una década más tarde, cuando los investigadores con más distancia. Evaluaron los resultados de centenares de experimentos, se comprobó que las afirmaciones iniciales acerca de la biorretroalimentación habían sido exageradas. (Millar, 1985, cit. En Myers, 1988). Durante el entrenamiento en el método de la biorretroalimentación la gente indudablemente goza de una tranquilidad relajante. Pero esto debido, sobre todo, a los factores conmitante entre ellos la entrada sensorial limitada. La by retroalimentación permite sin duda que algunas personas influyan sobre la temperatura de sus dedos y la presión muscular y puede ayudar a reducir altivamente la intensidad de las jaquecas y del dolor crónico. A su vez podemos, mensionar que los ejercicios sencillos de relajación ofrecen beneficios parecidos a los de la birrioalimentación.

CAPITULO 6 Í EVALUACION DEL ESTRÉS PSICOSOCIALÍ

A la hora de evaluar un constructo psicológico lógicamente los procedimientos y objetivos de la evaluación varían en función de lo que se entienda por dicho constructo. Ante el caso que nos ocupa, esto es, la evaluación del estrés, se debe de pensar que existen pocos constructores en psicología tan amplia y heterogéneamente utilizados como el concepto del estrés. Este problema dificulta enormemente cualquier análisis sobre la evaluación o diagnostico de lo mismo. Por esta razón, antes de ver los

procedimientos de evaluación que se van a presentar, es necesario abordar brevemente dos etapas previas.

La primera que será tratada en la problemática del concepto del estrés y las implicaciones relativas a su evaluación.

La segunda, que se presenta en el apartado siguiente, tiene como finalidad delimitar el campo específico sobre el que versará la de más información (Selve, 1936. cit. En Buela-Casal, 1996).

Este autor propone el concepto de estrés como un conjunto de respuestas fisiológicas inespecíficas a estímulos físicos externos o internos (estresores). Las respuestas fisiológicas implican activación del sistema nervioso simpático y de los sistemas neuroendocrinos corticosuprarrenal (sección de glucocorticoides) y medulosuprarrenal (secreción de catecolamina). Tales respuestas fisiológicas asociadas al estrés suelen inducir inhibición de ritmo y desarrollo de úlceras sépticas. No obstante, para que estas respuestas (autónomas y neuroendocrinas) puedan ser consideradas como estrés, deben ser respuestas inespecíficas, asociadas a alguna etapa del síndrome de adaptación (reacción de alarma, etapa de resistencia o etapas de agotamiento, y relacionadas con un estado de sobre-esfuerzo del organismo (agudo o crónico). (Cuela- Casal, 1996).

6.1. El estrés psicosocial.

Una línea de investigación focaliza en el estrés como estímulo que ha alcanzado enfoque de los sucesos vitales. Dos grandes precursores de la investigación del estrés psicosocial fueron Harold G. Wolf y Adolf Meyer. El primero destacó por sus trabajos sobre medicina psicosomática en el laboratorio del Cornell University Medical College de Nueva York, así como la publicación de su libro *Life stress and bodily disease* (1950). El segundo interesado por la relación entre tres disciplinas afines como la biología, la psicología y la sociología, y los procesos de salud y enfermedad desarrolló

durante las décadas de los años veinte y treinta lo que denominó historia personal. Mediante esta ficha personal, en cada paciente se describían sus situaciones vitales y ordenadas cronológicamente.

Dichas situaciones vitales eran experiencias de la persona bien relativas a su estilo de vida. De esta forma Meyer pretendía conocer no sólo el momento de ocurrencia de la enfermedad sino también el contexto en el que aparecía.

Thomas H. Colmes, influenciado por las ideas y aportaciones de estos dos autores, se interesó sólo por quién enferma sino también cuando uno enferma (contexto), lo cual le llevó a desarrollar un nuevo marco para investigar las relaciones entre los fenómenos psicosociales y la enfermedad. Una de las principales aportaciones de este autor fue la construcción de cuestionarios para evaluar el estrés. Su primer paso fue transformar la historia personal en una prueba auto administrativa en forma de cuestionario, dando lugar al Schedule of recent experience, SER (Inventario, de experiencia reciente). Mediante esta primera versión de la SER, que se realizó en 1956, Colmes pretendía reflejar los problemas psicosociales a que están sometidos los individuos (en particular los que padecen alguna enfermedad) y que, en último término afectan negativamente la salud.

SRE, así como posteriores escalas de este autor revisiones de esta, se elaboró mediante ítems que consistían en sucesos vitales no fueron seleccionados de forma arbitraria o especulativa; únicamente se seleccionaron aquellos que de forma repetida habían resultado suficientemente importantes en las historias personales, y que parecían asociarse de forma significativa con el inicio de las enfermedades. Los sucesos vitales son definidos como eventos sociales que requieren algún tipo de cambio respecto al habitual ajuste del individuo. Por tanto se asumía, que los sucesos vitales podían evocar primeramente reacciones psicofisiológicas. De este modo, los sucesos vitales podrían denominarse como cambios vitales. A mayor (por ejemplo, por la suma de varios sucesos vitales) mayor probabilidad de enfermar. Esta aproximación suponía un cambio sustancial

respecto a la tradicional orientación médica, sustituyendo el clásico modelo que entiende la causa de la enfermedad unifactorialmente (agente patógeno) por un enfoque más complejo y multidisciplinar (biopsicosocial).

El grupo de Colmes, sobre todo después de publicar el primer método escalado para cuantificar el estrés psicosocial (impacto psicosomático potencial) (Colmes y Rahe, 1967. cit. En Buela-Casal, 1996). Universalizó toda la línea de investigación sobre el estrés y la salud que sigue vigente en el momento actual. Los sucesos vitales se entienden como experiencias objetivas que alteran o amenazan con modificar las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en la conducta de dicho individuo. La investigación basada en los sucesos vitales se ha desarrollado según dos métodos fundamentales:

* Un método ha consistido en centrarse en un único evento altamente traumático (remoto o reciente) y estudiar sus efectos sobre la salud. Son ejemplos de esta categoría los estudios sobre casos de estrés postraumático (por ejemplo, en supervivientes de la guerra del Vietnam), pérdida temprana de los Padres, enfermedad Terminal, confinamiento en campos de concentración y los desastres naturales (terremoto, inundación).

* Un segundo método se ha basado en procedimientos de multieventos, estudiándose el impacto del estrés reciente (por ejemplo, durante los dos últimos años) sobre todo por la proliferación de escalas de sucesos vitales (en gran medida derivadas de Colmes y Rahe) que han permitido cuantificar el estrés asociado a la acumulación de varios eventos ocurridos en periodos de tiempos determinados. Parece más lógico pensar que el estrés que experimenta una persona en la vida real obedece a múltiples sucesos, ya que raramente los individuos están expuestos al efecto de un solo evento durante un periodo de tiempo determinado. Esta línea ha aportado importantes pruebas empíricas sobre la implicación efectiva del estrés psicosocial en el comienzo y evolución de los trastornos orgánicos y psicológicos (Vaharte, 1979).

Algunos autores han diferenciado entre los niveles micro, **mezo** y marco de las situaciones estresantes (Chiriboga, 1989). El nivel micro se refiere a sucesos menores o micro eventos, esto es a las experiencias diarias (problemas cotidianos). Son los estresadores más comúnmente experimentados por el agente y parece que poseen una mayor relación con la salud que los sucesos vitales mayores. Se han investigado en menor grado que estos últimos, pero actualmente existen considerables trabajos empíricos, así como numerosas escalas de evaluación basadas en este tipo de eventos.

El nivel **mezo** incluye aquellos estresores relacionados con situaciones que generalmente son menos frecuentes que los microestresores, pero que también actúan directamente sobre la persona.

Finalmente, el nivel macro influye estresores cuyo impacto primario es sobre la sociedad a nivel general, afectando al individuo de forma secundaria pero significativa. Son estresores de esta categoría acontecimientos generales como la amenaza de una guerra o las malas noticias económicas del país.

Por otro lado podemos decir que Colmes elaboró el primer cuestionario conocido para evaluar el estrés por sucesos vitales (primera versión a partir de 1956) (Amundson, Hart. y Colmes, 1989) Este cuestionario, denominado Schedule of recent experience, SER (inventario de experiencia reciente), fue diseñado para obtener información sobre la ocurrencia de sucesos vitales durante la experiencia reciente de la persona y, de este modo, recabar datos sobre la historia y estilo de vida del individuo, así como también para disponer de un instrumento estandarizado que sirve para organizar dichos datos en la investigación y para subsiguientes entrevistas clínicas.

La SER es la única escala de sucesos vitales construida mediante un estricto criterio de validez empírica (en este cuestionario, cada evento fue seleccionado por su ocurrencia real antes del comienzo de algún tipo de enfermedad).

Todos los demás cuestionarios basados en los sucesos vitales derivan directa o indirectamente de esta escala.

Como se indico al comienzo de este tema, los estresares también pueden conceptualizarse como elementos o fenómenos menores (%nivel micro+). Si bien es cierto que ya el propio Colmes evaluó y, en cierto modo, definió este tipo de estrés, también es verdad que la nueva orientación basada en los sucesos menores, originada fundamentalmente de la década de los años ochenta, surgió como una orientación de investigación del estrés psicosocial alternativa clásico enfoque basado en los sucesos vitales mayores. (Buela-Casal, 1996).

Una de las criticas al enfoque basado en los sucesos vitales ha sido, como hemos visto, que la acumulación de sucesos mayores (ponteados o no) a veces aporta una baja explicación de la varianza respecto a indicadores sobre alteraciones de salud psíquica o física). En cambio, la orientación basada en los sucesos menos es mas accesible para configurar diseños longitudinales, obviándose tales problemas y permitiendo estudios que pongan a prueba relaciones causales entre el estrés y la salud. En parte como un intento de mejora y en parte como una resolución sobre el enfoque tradicional, esta nueva orientación esta suponiendo un importante avance para la investigación del estrés y de sus nocivos sobre la salud.

Los sucesos menores han sido conceptualizaos en términos de contraste con los sucesos vitales. No obstante la investigación sobre las relaciones entre sucesos vitales y los fenómenos psicológicos y físicos se ha visto afectada por múltiples problemas que, al menos potencialmente, pueden suponer una grave amenaza para la validez de los datos de sucesos vitales. Otros fenómenos relevantes y que en la actualidad provocan amplia controversia, son los sesgos psicopatológicos mediante los cuales el sujeto trata de dar explicación a sus problemas incrementando el informe de sucesos vitales, la confusión de medidas, o confusión de sucesos con síntomas (muchas listas de sucesos vitales incluyen ítems que implican síntomas), y el posible efecto de disposiciones personales como el efecto

negativo que se identifica en gran medida de un informe sobre el estrés. Finalmente, cuando se pretende establecer relaciones causales entre los sucesos vitales y la enfermedad o trastorno, debe tenerse en cuenta que los sucesos pueden estar producidos por el propio trastorno o por algún otro suceso (interrelación entre eventos) (Buela-Casal, 1996).

CAPITULO 7 Í ANSIEDADÍ

En este tema, el termino tensión se usa para referirse a un complejo proceso psicobiologico que comprende tres elementos principales. El proceso se inicia con una situación o estimulo potencialmente peligroso o nocivo (agente productor de la tensión). Si el agente es visto como algo potencialmente peligroso o amenazador, se producirá una reacción de ansiedad. De tal manera, la definición se refiere a la siguiente secuencia de sucesos temporales;

1. Agente
2. Percepción de la amenaza.
3. Estado de ansiedad.

El término agente se usara para describir situaciones o estímulos que se caracterizan objetivamente por algún grado de peligro físico o psicológico.

El término agente se usara para describir situaciones o estímulos que se caracterizan objetivamente por algún grado de peligro físico o psicológico.

El termino amenaza se refiere a la percepción o apreciación de dicha situación o estimulo, por parte del individuo como algo potencialmente peligroso o dañino. Las personas que consideren amenazadora una situación, experimentaran una reacción de ansiedad.

El termino estado de ansiedad se emplea para describir una reacción emocional que consiste en las sensaciones objetivas de la tensión, el temor, el nerviosismo y la preocupación, axial como una elevada actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger,1980).

7.1. Definición de Ansiedad.

La ansiedad se puede definir como un estado emocional desagradable en el que hay sensaciones de peligro amenazador, caracterizado por el malestar, tensión o aprensión. Generalmente, la causa es un conflicto intrapsíquico inconsciente o irreconocible. La ansiedad va acompañada por un patrón característico de descarga del sistema nervioso autónomo, implicando una tasa respiratoria alterada, un aumento del ritmo respiratorio, palidez, sequedad de boca, aumento del sudor y trastorno musculoesqueléticos, con un consecuente temblor y sensaciones de debilidad. (Kaplan, 1987).

Es importante diferenciar la ansiedad del temor, en el que la comparación precedente de sensaciones y descargas nerviosas que ocurre como una reacción al peligro real, consciente y externo, que está presente o que amenaza con materializarse.

El pánico es una ansiedad extrema, aguda e intensa, comparada por la desorganización de la personalidad y de su funcionamiento.

La ansiedad flotante es el síntoma celular y clave de la neurosis. Consiste en una sensación de miedo que el paciente no puede asignar de forma lógica a una causa específica. En su búsqueda de la causa, los pacientes que sufren ansiedad flotante tienen tendencia a relacionarla con algún contenido ideacional apropiado.

Otros trastornos que se presentan en la ansiedad son los siguientes:

- El trastorno de ansiedad generalizada.
- La histeria de conversión.
- La fobia social y la fobia simple.

Al clasificar los trastornos ansiosos, el DSM-III subraya en particular aquellos casos en los que los ataques de pánico ocurren esencialmente de forma impredecible en relación con el tiempo, el lugar o las circunstancias

sociales. Esto es particularmente característico de la agorafobia con ataque de pánico.

La mayoría de los estados fóbicos con pánico son mezclas, es decir, están asociados con el pánico en situaciones generadoras de fobia, axial como episodios de pánico aparentemente no específicos.

Desde el punto de vista del trato clínico, el diagnóstico diferencial es importante, pues las reacciones no específicas de pánico responden más bien específicamente a los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminooxidasa.

Por otro lado podemos decir que la ansiedad es un estado emocional displacentero de miedo o aprensión, bien en ausencia de un peligro o amenaza identificable, o bien cuando dicha alteración emocional es claramente desproporcionada en relación a la intensidad real del peligro. La ansiedad se caracteriza por una gran variedad de síntomas somáticos como temblor, hipertonia muscular, inquietud, hiperventilación, sudoraciones, palpitaciones. Aparecen también síntomas cognitivos como aprensión e inquietud psíquica, hipervigilancia y otros síntomas relacionados con la alteración de alerta (distraibilidad, pérdida de concentración, insomnio). Se distingue entre la ansiedad situacional, debida a una etiología específica, y la generalización, sin evidencia de un factor desencadenante permanente de la personalidad del sujeto y la ansiedad estado a una alteración temporal. La ansiedad de reparación es una forma infantil en la que el cuadro aparece cuando existe una amenaza o una reparación real de las personas por la que el niño siente apego.

Debe efectuarse una clara distinción entre la ansiedad primaria y la secundaria a otros cuadros. De hecho, la ansiedad puede aparecer como síntoma en cualquier trastorno psiquiátrico y en muchas otras patologías médicas, por lo que se considera el síntoma más frecuente y ubicuo. En ocasiones se asocia con o a la depresión de una forma tan estrecha que resulta difícil establecer una jerarquización entre ambas (trastorno mixto de ansiedad-depresión).

La condición ansiosa+ envuelve de forma crónica al sujeto, lo hace flotar en una situación de dudas e inseguridades y dificulta su capacidad de adaptación a la vida cotidiana. La creencia de la persona afecta de que cualquier situación más o menos contradictoria (aunque sea irrelevante) provocará problemas, le hace anticipar desgracias+ con la finalidad (sus sufridores natos), lo cual no hace mas que incrementar sus síntomas somáticos de alerta. Aunque preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioró social, laboral o de otras arreas importantes de su actividad. (Smith Ronaldo, 1984).

7.2. Trastornos de Ansiedad.

Las conductas típicas de ansiedad (angustia) varían enormemente, pero todos ellos tienen un aspecto en común; la experiencia de profunda ansiedad. Tal sensación se presenta en los casos siguientes: Cuando se prevé un acontecimiento futuro, cuando ya éste ha tenido lugar, cuando se decide afrontar un problema productor de temor, y cuando se decide cambiar un aspecto incorrecto de la conducta, pues todos alguna vez hemos experimentado, sino que su magnitud parece excesiva si se tiene en cuenta el acontecimiento que la desencadenó. (Sarason, 1984).

Antes que se publicará el DSM III, se daba el nombre de neurosis a esta clase de alteraciones. **Neurosis**, es un término acuñado en la teoría psicoanalítica. Según Freud, tenía su origen específico en las experiencias de la niñez temprana. Los síntomas de sus pacientes representarían medios ineficientes de encarar los problemas relacionados emocionalmente con traumas o hechos aterradores de su vida anterior. El DSM III, se propone descubrir los trastornos en vez de clasificarlos a partir de la inferencia de causas y no exagerar una perspectiva a expensas de las otras. Por eso el nombre fue cambiando por el de trastorno s determinados por la ansiedad. Hay tres tipos importantes:

- El trastorno de ansiedad generalizado, en que una persona se siente inexplicablemente tensa e inquieta.
- El trastorno Fóbico, en que una persona se siente irracionalmente temerosa de determinado objeto o cierta situación.
- El trastorno obsesivo-compulsivo, en que cierto pensamiento o actos repetitivos perturban a una persona. (Myers, 1988).

7.2.1 Ansiedad Generalizada.

La persona puede experimentar una ansiedad generalizada y difusa que no es producto de ninguna situación u objeto particular ni de cualquier peligro o amenaza realista.

La persona está, por lo común, nerviosa e irritable encuentra difícil concentrarse y tomar decisiones, tiene problemas para dormir y puede experimentar una ansiedad y una variedad de síntomas físicos (Gross, 1994). Por otro lado (Sarason, 1984), menciona que las personas que sufren de una ansiedad generalizada sienten síntomas físicos propios de miedo:

1. Alta frecuencia cardiaca.
2. Disnea
3. Sudación profunda.
4. Micción.
5. Diarrea.
6. Inapetencia.
7. Mareos y desmayos.
8. Insomnio.

En realidad siempre están agotados y agobiados por el miedo, pero no aciertan a explicar qué es lo que les causa ese temor. Tales sentimientos, cuya aparición no tiene una explicación lógica, duran a veces meses años. La angustia se observa en muchos estados patológicos, pero en la ansiedad generalizada es el rasgo distintivo de la conducta, sin que se agrave por

circunstancias, contacto deficiente con la realidad o alteración del pensamiento.

Además de los síntomas físicos, la extrema ansiedad a menudo se manifiesta por los siguientes síntomas:

- a) **Tensión Motora**, o sea la incapacidad de relajarse, una sensación, una expresión facial tensa, y suspiros profundos.
- b) **Preocupación excesiva** o miedo al futuro.
- c) **Hipervigilancia**, es decir, un constante escudriñar al ambiente en busca de peligros que el individuo no acierta a especificar.

Por otro lado el autor (Myers, 1988), menciona que los sentimientos imprecisos, descontrolados y amenazadores son de un trastorno de ansiedad generalizado. Los síntomas de este trastorno son típicos; su persistencia no es la adecuada. Los pacientes se sienten siempre tensos e inquietos, aprensivos acerca de acontecimientos negativos que puedan suceder, afectando y afectado por todos los síntomas de la extinción del sistema nervioso autónomo (aceleración de los latidos cardiacos, manos pegajosas, hormigueos en el estómago). La tensión y la aprensión pueden expresarse mediante el funcionamiento del ceño, el parpadeo nervioso o los movimientos inquietos.

Una de las peores características de un trastorno de ansiedad generalizada es que la persona no puede identificar, y por lo tanto no puede evitar su causa. Para emplear la expresión de Freud, la ansiedad ~~%lo~~ libremente. Más aun, sin que exista una razón evidente, la ansiedad puede convertirse en un terrorífico **ataque de pánico**: un episodio de temor intenso, que generalmente dura varios minutos. El dolor, el mareo o el desmayo suelen ser concomitantes típicos del pánico. La experiencia es imprevisible, y tan temible, que el doliente quizá evite después las situaciones que sobrevinieron los taques.

7.2.2. Estado de Pánico.

A diferencia de los trastornos de ansiedad generalizada, caracterizado por angustia constante, en éste se advierten ataques de las mismas conductas relacionadas con la ansiedad. Son repentinos, intensos, recurrentes y normalmente imprevisibles. Su duración es variable: A veces desaparecen en segundos o se prolongan varias horas o días. Durante el ataque de la persona tiene miedo de morir. De enloquecer o perder el control. (Sarason, 1984). Ir al dentista, presentar un examen y solicitar un trabajo son ejemplos de situaciones que suelen considerarse potencialmente peligrosas, físicas o psicológicamente. Se puede decir que las sensaciones de temor, tensión emocional y preocupación, experimentados por las personas en dichas situaciones, parten directamente de la posibilidad de ser dañados por ellas. Por lo que las reacciones emocionales a las situaciones angustiosas son aparentemente influidas tanto por los peligros potenciales reales de tales situaciones como por las apreciaciones individuales.

Las reacciones a las situaciones angustiosas se basan en las apreciaciones e interpretaciones individuales; no obstante, algunas situaciones son inherentemente más angustiosas que otras.

Cuando alguien se halla en una situación angustiosa y la interpreta como algo peligroso o amenazado, experimenta sensaciones de tensión, de pánico temor y preocupación. Asimismo, sufren de activación del sistema nervioso autónomo. **La intensidad de la reacción es proporcional a la magnitud del peligro o amenaza comprendida.**

Las sensaciones de incertidumbre, temor, nerviosismo y preocupación al igual que los cambios fisiológicos y conductuales como ya se había mencionado anteriormente los temblores, las palpitaciones y las náuseas, frecuentemente constituyen los síntomas de la ansiedad. Por otra parte Freud insistía en la utilidad del miedo y de la ansiedad en el proceso de adaptación de una persona en peligro.

En su posterior concepción de la ansiedad, Freud llamó la atención sobre dos frecuente potenciales de peligro, el mundo exterior y los propios impulsos interiores de la persona. Si la fuente de peligro o estado de pánico se encontraba en el mundo exterior, esto daba por resultado una reacción **objetiva** de la ansiedad.

A las reacciones de ansiedad provocadas por los impulsos internos prohibidos o inaceptables se les llamo ansiedad **neurótica**.

Para Freud la ansiedad objetiva y el miedo eran sinónimos, ambos términos se refieren a la desagradable sensación producida por la anticipación de algún daño o herida causada por algún peligro externo. Cuando se considera que el peligro real, en el mundo exterior, es verdaderamente amenazador, esto da por resultado una reacción objetiva de ansiedad.

Según Freud, una característica importante de la reacción objetiva de ansiedad (o miedo) es que la intensidad de la sensación desagradable es proporcional a la magnitud de peligro externo que la causa. En otras palabras, cuanto mayor es el peligro exterior, tanto mayor resulta la ansiedad objetiva producida.

7.2.3 Fobia y trastornos fóbicos.

Las fobias son temores específicos de gran vehemencia en situaciones que en realidad no constituyen verdaderos peligros. En algunos casos varios de ellos se presentan simultáneamente. El individuo no suele mostrar deformaciones notables de la realidad, y no se advierten indicios de

daño estructural ni orgánico. No obstante, sus temores son exagerados, parecen inexplicables y escapan al control involuntario.

Las fobias tienden a generalizarse y a aumentar poco a poco. Las personas que no pueden cruzar el umbral de ciertos cuartos ni trabajar, quedan tan incapacitadas como aquellas que sufren síntomas más extraños. En cierto modo, son más afortunadas que la que muestra ansiedad generalizada. Como sus temores están rígidos a objetos específicos, suelen idear estrategias para atenuarlos y reducir la angustia con sólo evitar ese objeto. (Sarason, 1984).

Por otro lado Gross, (1994), define a la fobia como un temor extremo e irracional a algún objeto o situación específica. Por lo común, el fóbico reconoce que el objeto de su temor es inofensivo, pero de todas maneras experimenta temor (este es el elemento irracional) y los intentos por ocultar la fobia de las demás personas pueden evitar a toda costa al objeto o situación temidos y es esta conducta de hesitación la que puede interferir con el funcionamiento normal de la persona y que puede distinguir a una fobia de un temor leve o del mero desagrado por algo.

Casi cualquier cosa se puede volver el objeto de una fobia, pero algunas fobias son mucho más comunes que otras, La más común de todas es la **agorafobia** (en general definida como temor a los espacios abiertos).

Su vez Spielberg, (1980), menciona que las fobias son un ejemplo de la ansiedad neurótica y en ellas se produce un miedo intenso ante una situación u objeto específico relativamente inofensivo. Cuando una persona fóbica es expuesta al objeto, o a la situación temida, experimenta un ataque de ansiedad que le hace tomar medidas bien pensadas para evitar el objeto causante de su fobia. Como la ansiedad intensa es provocada por un estímulo claramente inofensivo, las reacciones fóbicas son, sin duda, ~~irracionales~~ irracionales+o patológicas.

Existen muchos tipos diferentes de fobias, la claustrofobia, por ejemplo, es un temor irracional a los lugares cerrados, como los cuartos

pequeños, los guardarropas, los elevadores o inclusive los vehículos tales como los automóviles o los aeroplanos.

Otras fobias comunes son la aerofobia (vértigo a la altura), la agorafobia (miedo a los espacios abiertos), numerosas fobias animales como el miedo a los gatos, perros, serpientes y otras criaturas e inclusive a objetos inanimados (las hojas muertas, el papel).

Las fobias tienden a perdurar, pues quien la padece evita los objetos o situaciones temidas. Como se encuentra impedida para descubrir que las situaciones aterradoras que le provocan tales reacciones de ansiedad neurótica son realmente inofensivas, a la experiencia traumática original. Más aun, siempre que se elude exitosamente al objeto productor de la fobia, la ansiedad se reduce y, su vez, se incrementa la determinación del individuo de evitar la situación temida.

La intensidad del estado de ansiedad, en las reacciones fóbicas, obviamente es mucho de lo se esperaría como base en el peligro real. La interpretación de una situación como más o menos amenazadora dependerá de sus características objetivas, de los pensamientos y recuerdos estimulados por la situación, de la capacidad de enfrentamiento propia del individuo, así como de las experiencias previas con situaciones similares.

Es importante entender que las ansiedades neuróticas y objetivas difieren en términos de las gentes internos que las provocan, de la complejidad de los procesos que intervienen entre los agentes y los estados de ansiedad resultante, y de si la reacción es proporcional o no al peligro real. No obstante, los estados emocionales desagradables experimentados en ambas clases de reacción son tan similares que algunas veces son prácticamente indiferenciales.

A su vez Spielberger, (1980) menciona que la **ansiedad peculiar** se ha empleado para describir las diferencias individuales de la propensión a la ansiedad, es decir, de la tendencia a ver el mundo exterior como algo peligroso y en la frecuencia con la cual se experimenta el estado de ansiedad durante un prolongado lapso de tiempo: Podemos decir que las personas que

padecen una alta ansiedad peculiar. (que peculiar) tienden a su vez más peligroso el mundo comparadas con las que la tienen baja y responden a su percepción de la amenaza en muchas situaciones, también sin particularmente vulnerables a la tensión. También es más probable que experimenten la ansiedad neurótica, en el cual, las derivaciones de los pensamientos o recursos reprimidos de situaciones peligrosas, den lugar a reacciones del estado tipo A.

Las personas con una ansiedad peculiar muy alta tales como los psiconeuróticos o las personas que padecen depresión, casi todo el tiempo se encuentran en un estado de ansiedad. Sin embargo, tiene incluso defensas contra la ansiedad que rara vez los libran de ella.

En los trastornos fóbicos, la ansiedad concentra la atención en un objeto específico, en una actividad o situación determinada. Las fobias, los temores irracionales son un trastorno psicológico frecuente que la gente a menudo acepta y con el cual convive, pero algunos trastornos fóbicos incapacitan al paciente (Myers.1988).

7.3. Enfoques sobre los trastornos de ansiedad.

Aunque no hay una explicación general para estos tipos de anomalías, contamos con varias pistas acerca de su etiología. Hay varias teorías antagónicas que incorporan diferentes grupos de estas pistas, fundándose cada una de ellas en un modelo básico de la conducta humana. Las observaciones y teorías de Freud han ejercido profundo impacto en la identificación de la dinámica de los trastornos de ansiedad (o neurosis, nombre que él les impuso). Su concepto de motivación inconsciente, en especial respecto a los deseos sexuales, la agresión y la evitación de ansiedad, se ha convertido en lo fundamental de las explicaciones psicodinámicas.

Muchos clínicos siguen interpretando los trastornos de ansiedad a partir del enfoque psicodinámico. Desde su punto de vista, las causas

fundamentales son el conflicto interno, los sentimientos de culpabilidad y las motivaciones inconscientes.

Sin embargo muchos de los teóricos de tendencia psicodinámicas sostienen que esas personas poseen defensas inadecuadas. Todo mundo lucha con presiones y temores internos, pero la mayoría consigue controlarlos o afrontar con actitud realista; los que sufren ansiedad no lo superan.

Los teóricos de la escuela psicodinámica están convencidos de que no se deben dejar guiar por las apariencias, sino examinar la dinámica sobre que se funda. Por otra parte, los teóricos de aprendizaje, como B. F. Skinner, sostienen que los trastornos de ansiedad pueden explicarse si observamos la conducta y las condiciones del aprendizaje en que se origina. Los terapeutas señalan, que se debe prestar mucha atención a todos los estímulos ambientales y a la respuesta de los pacientes ante ellos. (Sarason, 1984).

Por otro lado los teóricos de la tenencia biológica no han logrado descubrir una causa fisiológica directa de la mayoría de los casos de trastorno de ansiedad, pero se sabe que la herencia desempeña un papel importante. La ansiedad generalizada puede afectar a varias generaciones de algunas familias (Miner, 1973).

Los ataques de tipo pánico pueden presentarse en varios miembros de una familia y su frecuencia es dos veces mayor en las mujeres. La herencia interactúa con las fuerzas ambientales mediante mecanismos indicándolos. Los trastornos de ansiedad pueden surgir en los miembros de una familia, pero no se pueden asegurar que se deban a los genes que el progenitor trasmite a su hijo; tal vez sea consecuencia de los métodos de crianza de los hijos o al ejemplo de los padres. (Sarason, 1984).

Otro trastorno provocado por la ansiedad es el de obsesivo compulsivo. Se puede decir que a veces podemos sentirnos obsesionados por pensamientos insensatos u ofensivos a los que no podemos rechazar. O bien protagonizamos un comportamiento compulsivo y regido.

Los pensamientos obsesivos y las conductas compulsivas traspasan la línea divisora que separa la normalidad del trastorno cuando llegan a ser

tan persistentes que interfieren en nuestro modo de vivir o cuando provocan angustia. (Myers, 1988).

Sarason (1984). Menciona que esta anomalía, las ideas y acciones ocurren repentinamente y al parecer sin motivo alguno. Al individuo le resulta imposible dejar de pensar en una palabra particular, o experimenta sin cesar el impulso irresistible de lavarse las manos. Se halla literalmente bajo la tiranía de sus ideas y actos. Siente compulsión de ejecutar determinadas acciones o se irá de acciones, un y otra vez. Las posibilidades de las ideas y actos compulsivos son prácticamente infinitas.

Las obsesiones son pensamientos o ureas irracionales, recurrentes, sobre las que la persona no tiene control, mientras que las compulsiones son acciones que la víctima se ve obligada a repetir una y otra vez (un ejemplo común es el lavado compulsivo de las manos).

Con frecuencia, las obsesiones y compulsiones se relacionan y las últimas representan un intento por contrarrestar a las primeras; por ejemplo, lavarse las manos de manera compulsiva puede ser un intento por retirar la preocupación obsesiva por la contaminación por suciedad o microbios, ya sea como agente o víctima (Gross, 1994).

Sin embargo en el tipo conversivo de la neurosis histérica, (que fue el modelo de neurosis en el que Freud basó su teoría psicoanalítica) sucede una simulación de síntomas físicos, es decir la persona experimenta síntomas físicos, para los que no hay causa física o corporal detectable. De acuerdo con (Mackay, 1975 .cit. En Gross, 1994), en general estos síntomas son de uno de tres tipos:

- a) Síntomas sensoriales**, Anestesia (perdida completa de sensación al dolor) o parestesia (hormigueo u otra sensación poco común, ceguera o sordera histérica)
- b) Síntomas motores**. Parálisis, fobia (incapacidad de hablar más allá de un murmullo) y la incapacidad total para hablar.
- c) Síntomas viscerales**. Seudoapendicitis, paludismo, tuberculosis, embarazo, ataques de tos, desmayos, cefaleas graves.

Existen en general tres signos **relatores**: primero, una falta de preocupación acerca de los síntomas, segundo, la naturaleza selectiva de la disfunción (por ejemplo, el paciente es mudo sólo en presencia de ciertas personas) y tercero, la inconsistencia de la sintomatología (por ejemplo, el brazo paralizado no se atrofia o detrior). Los síntomas también aparecen y desaparecen de manera bastante repentina (a diferencia de los síntomas genuinos). Estos síntomas físicos aparentes aun demandarán una gran cantidad de atención de médicos y familiares, y también asegurarán que la persona evitará ciertas situaciones desagradables; estas ventajas de estar **enfermo** se conocen como **ganancia secundaria**.

7.4. Trastornos provocados por la ansiedad.

En algunas ocasiones podemos sentir bastante ansiedad en una situación social en la que no nos atrevemos a mirar a los ojos o evitamos hablar con alguien, los denominamos **timidez**. Pero por algunas personas, dos tercios de las cuales son mujeres, la ansiedad puede llegar a ser tan inquietante y persistente que puede decirse que padecen un **trastorno determinado por la ansiedad**.

Ya se había mencionado que la ansiedad es parte de nuestra experiencia cotidiana. Felizmente para la mayoría las sensaciones ocasionales de inquietud no implican el sufrimiento intenso de los que padecen verdaderos trastornos determinados por la ansiedad, uno de tantos son los trastornos afectivos en el cuál nos dicen que la ansiedad no es la única reacción emocional que interviene en los trastornos conductuales. Algunos sufren depresión y otros tienen problemas relacionados con cambios en su estado de ánimo a menudo de carácter imprevisible y muy intenso. Reciben el nombre de **trastornos afectivos** porque afectan primordialmente a las emociones.

En dicha categoría caen tanto la depresión, caracterizada por hondos sentimientos de tristeza y a veces también por un ritmo lento de actividad, la manía, estado de gran excitación y actividad. El DSM III la expresión trastorno bipolar para designar el comportamiento que engloba la fase de depresión y manía.

Dentro de estos trastornos provocados por la ansiedad se encuentra además la depresión, a algunas personas lo invade la melancolía cuando están agripados, celebran días de fiesta, se mudan de domicilio o no tiene nada que hacer en un lúgubre día de invierno. La mayoría se entristece y sufre al perder algo importante para ellos: La muerte de un paciente o la decepción de no haber conseguido un ascenso. A veces el deprimido no se limita a auto condenarse, sino que pasa de los pensamientos de a la acción. Ante el peligro de suicidio. Los clínicos procuran aplicar la técnica que corrija la depresión inmediatamente. Los dos métodos de mayor uso están tomados del enfoque biológico: terapia electro convulsivo y antidepresivos, incluso los de tendencia psicodinámica los emplean (sobre todo, los fármacos por su gran comodidad) ya que son eficaces. Sin embargo por una enfermedad temporal, sienten remordimientos por algo, consideran la posibilidad del suicidio.

Otro trastorno es el obsesivo compulsivo, en esta anomalía, las ideas y acciones ocurren repetidamente y al parecer sin motivo alguno. Al individuo le resulta imposible dejar de pensar en una palabra particular, o experimenta sin cesar el impulso irresistible de lavarse las manos. Se halla literalmente bajo la tiranía de sus ideas y actos. Siente la compulsión de ejecutar determinadas acciones o serie de acciones, una y otra vez. Las posibilidades de las ideas y actos compulsivos son prácticamente infinitas. (Sarason, 1984).

Sobreviene gran angustia cuando dejan de realizarse los rituales. A veces éstos consisten en pequeñas distracciones como golpear suavemente la madera o ponerse siempre el zapato derecho antes del otro. Otras veces consisten exagerado cuidado por los detalles. Las ideas obsesivas y los

rituales compulsivos se convierten poco a poco en fobias, de modo que la angustia los acompaña, y se evitan las situaciones que los provocan.

7.5. Explicación de los trastornos provocados por la ansiedad.

En su intento de comprender los trastornos provocados por la ansiedad, los psicólogos han utilizado tres enfoques conocidos:

- a) **El enfoque psicoanalítico.** La teoría psicoanalítica supone que, a partir de la niñez, el individuo tiende a reprimir los impulsos, las ideas y los sentimientos intolerables. Esta energía mental sumergida, de todos modos influye sobre nuestros actos y nuestros sentimientos, y a veces determina sentimiento de ansiedad, depresión u otros síntomas de inadaptación que desconciertan incluso al paciente.

Uno de los casos clásicos de Freud se refirió a un niño de 5 años llamado el pequeño Hans, cuya fobia a los caballos le impedía (en aquellos tiempos antes de la difusión del automóvil) salir de casa. La controversia de la hipótesis de Freud era que el temor del pequeño a los caballos expresaba el temor subyacente a su Padre a quien Hans veía como un rival frente al afecto de su Madre.

A su vez los impulsos prohibidos pueden irrumpir en forma de pensamientos mal disfrazados, que a su vez provocan actos orientados a suprimir la ansiedad asociada. El resultado: las obsesiones y las compulsiones. Por ejemplo el lavado repetitivo de las manos puede ayudar a reprimir la ansiedad provocan por las ansias %ucias+del individuo.

- b) **El enfoque del aprendizaje.** Los investigadores del aprendizaje vinculan la ansiedad general con la definición aprendida. En el laboratorio, los investigadores pueden hacer que las ratas estén crónicamente ansiosas, propensas a contraer úlceras, aplicándoles descargas eléctricas imprevisibles (Schawartz, 1984.cit.En Myers, 1988). Como la víctima de la violación que manifestó sentimientos de ansiedad cuando vulva a su continuo barrió los animales se muestran aprensivos en el ambiente de estrés

postraumático. En el caso de muchas víctimas del síndrome de estrés postraumático+la ansiedad crece ante cualquier recordatorio del trauma.

Cuando los shocks llegan a ser previsibles están precedidos por un estímulo condicionado dado el temor de los animales se concentra en ese estímulo y se relaja cuando desaparece. Lo mismo puede suceder con los temores humanos.

c) **El enfoque biológico.** Los investigadores de orientación biológica explican nuestra inclinación a la ansiedad en términos evolutivos, genéticos y fisiológicos.

Algunas personas parecen más predispuestas genéticamente que otras a determinados temores y elevados niveles de ansiedad. Los mellizos idénticos contraen a menudo fobias análogas, en ciertos casos, incluso cuando se les cría por separado (Carey, 1990; Eckert y Col, 1981) Una pareja de mellizas idénticas de 35 años contrajo claustrofobia cada una por su lado .

También llegaron a temer tanto al agua que ambas se metían en el océano, caminando hacia atrás, solo hasta que el agua les llegaba a las rodillas. En el caso de los monos aislados reaccionan con más intensidad a la tensión si sus parientes próximos muestran actitudes intensamente activas (Suomi, 1986, cit. En Myers1988).

La biología del trastorno general de ansiedad, el pánico e incluso las obsesiones y las compulsiones puede elevarse a través del exceso de excitación (Basteo y Col, 1987; Buchsbaum y Col; Reiman y Col.cit. En Myers, 1988 Por ejemplo, los exámenes PET de personas que padecen el trastorno obsesivo-compulsivo revelan una actividad particularmente elevada en un área de los lóbulos frontales que está exactamente sobre los ojos y en un área más primitiva en la profundidad del cerebro. Algunas drogas antidepresivas controlan la conducta obsesivo-compulsiva sobre la disponibilidad de serotonina neurotransmisor (Rapoport, 1989, cit. En Myers, 1988).

7.6 Trastornos Neuróticos.

En 1985, Freud llamó neurosis de ansiedad a dos cuadros clínicos. Uno de ellos estaba constituido por un sentimiento de temor difuso producido por la represión de un deseo o de un pensamiento y era tratable a través del psicoanálisis. El otro se caracterizaba por un sentimiento desbordante de angustia acompañado de síntomas vegetativos (Sudación, diarrea, aumento de la actividad cardiorrespiratorio) que dependían de factores psicológicos, sino de una actividad sexual inadecuada. Llamó a esta forma neurosis actual (o real).

Freud propuso que un sentimiento o un impulso reprimidos pueden expresarse a través de un síntoma, aunque es probable que antes de expresarse como síntoma sean disfrazados a través de operaciones defensivas diversas que hacen que tomen la forma de un pensamiento obsesivo, un ritual compulsivo, una fobia o un fenómeno. La persona puede experimentar una ansiedad generalizada y difusa que no es producto de ninguna situación u objeto particular ni de cualquier peligro o amenaza realista. La persona está, por lo común, nerviosa e irritable, encuentra difícil concentrarse y tomar decisiones, tiene problemas para dormir y puede experimentar una variedad de síntomas físicos.

La persona puede experimentar **crisis de ansiedad** ocasionales que pueden durar de 15 minutos a una hora) en los que existen sentimientos de un peligro inevitable que pueden hacer que la persona se sienta exhausta. Una forma extrema de esta crisis son las **reacciones de angustia** que duran por días y producen un estado de desorganización y desorientación.

Neurosis obsesiva compulsiva.

Las obsesiones son pensamientos o ideas irracionales, recurrentes, sobre las que la persona no tiene control, mientras que las compulsiones son acciones que la víctima se ve obligada a repetir una y otra vez (un ejemplo común es el lavado compulsivo de las manos).

Con frecuencia, las obsesiones y compulsiones se relacionan y las últimas representan un intento por contrarrestar a la primera; por ejemplo, lavarse las manos de manera compulsiva puede ser un intento por retirar la preocupación obsesiva por la contaminación por suciedad o microbios, ya sea como agente o víctima

Trastornos disociativos.

El tipo disociativo de la neurosis histérica, se presentan psicopatologías más físicas y toma la forma de una separación o, disociación, de una parte de la personalidad con respecto a otras. (Esto ha conducido a la confusión común entre personalidad múltiple, un tipo de trastorno disociativo, y esquizofrenia, en la que se da una escisión pero que es de carácter diferente con respecto a la disociación).

En el **sonambulismo**, una parte de la personalidad toma el control de la conducta mientras que la personalidad común está inactiva o duerme; estos estados parecidos al aturdimiento ocurren durante el día o a la noche con los ojos abiertos o cerrados.

La **amnesia aparece** de la nada (sin que exista alguna cosa que informe de ella como un golpe en la cabeza) y puede desaparecer de la misma manera repentina-El olvido es muy selectivo y, con frecuencia, el material olvidado se puede recuperar bajo hipnosis o se reconocerá cuando se presente (lo cerebral)

La fuga (fuga) puede considerarse como una extensión de la amnesia, en la que el paciente huye del hogar y de sí mismo mediante deambular en un viaje, sin saber de manera en que llegó a ese lugar y siendo incapaz de recordar su verdadera identidad. La persona asume una nueva identidad pero, a diferencia de muchos pacientes amnésicos, no experimenta confusión ni desorientación general, es un episodio breve que dura desde horas hasta días, más que semanas. Como la amnesia, con frecuencia puede dispararla al estrés psicológico grave y en ambos casos la recuperación es, por lo general, rápida y completa y su recurrencia es rara.

La **personalidad múltiple** implica que dos o más personalidades integradas residen dentro del mismo cuerpo al que cada una de ellas domina en diferentes ocasiones. La personalidad original en general no está consciente de la otra (u otras) aunque estas otras pueden estar conscientes (al menos en parte) de la primera personalidad que se han reprimido y, por tanto, han permanecido sin expresión; por ejemplo, una persona tímida e inhibida en un sentido sexual puede desarrollar una segunda personalidad que es coqueta y promiscua sexualmente. Los cambios de una a otra pueden ser repentinos y sorprendentes y la personalidad múltiple puede acompañarse de la fuga.

Trastornos psicosomáticos (o psicofisiológicos)

No siempre se incluyen bajo la categoría general que encabeza a los trastornos neuróticos, pero es conveniente hacerlo así en este caso debido a la parte que representa la ansiedad, que en realidad es el sello distintivo de la neurosis en general. Los síntomas implicados aquí (a diferencia de aquellos en la neurosis de histeria de conversión) son reales y los confirma el examen médico (signos): incluyen úlceras, alta presión sanguínea. Asma, migraña, cefaleas, ataques cardiacos, y son claramente inducidos por estrés o se relacionan con él.

Trastornos mentales orgánicos.

Los trastornos orgánicos son el único tipo de trastorno mental en el que existen causas orgánicas conocidas e identificables.

Las **infecciones cerebrales** incluyen paresia general (parálisis general del demente), un trastorno psiquiátrico importante producto de sífilis no tratada y que es Terminal. Los **tumores cerebrales** pueden, en ocasiones, dar lugar a síntomas psiquiátricos (por ejemplo, la primera indicación puede ser que los familiares detectan un cambio en la personalidad del paciente) y sus efectos varían siempre dependiendo de su localización precisa. **El daño cerebral agudo** es producto de fiebres elevadas, perturbaciones hormonales, ingestión excesiva de drogas y deficiencias nutricionales graves

y en general sólo es temporal. Sin embargo, el daño cerebral crónico es más grave y es básicamente irreversible. Algunos de los signos clínicos del daño cerebral incluyen:

- *Alteración de la memoria (por ejemplo, confabulación.
- *Cambios en afecto. (por ejemplo un incremento en inestabilidad emocional.
- *Deterioro intelectual general (por ejemplo, menor capacidad en pensamiento abstracto, comprensión de ideas nuevas o toma de decisiones).
- *Trastornos de la atención (por ejemplo, el paciente se distrae con mayor facilidad y tiene menos capacidad de concentración)
- *Cambios de persona (que en general se relacionan con la personalidad (pre mórbida).
- *Ataques epilépticos.

La degeneración del sistema nervioso. Incluye demencia senil, Corea de Huntington, enfermedad de Pick, enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson. (Gross, 1994).

CAPITULO 8. Í EL ESTRÉS Y SU RELACIÓN CON ANSIEDAD EN POBLACION METROPOLITANAÍ

De acuerdo con la evidencia empírica que existe con respecto a la aplicación de educación para la salud es posible afirmar que el comportamiento saludable puede enseñarse y ser aprendido a lo largo del continuum de desarrollo, contando con los distintos entornos en lo que tal comportamiento puede emplazarse.

Dada la naturaleza multidimensional de los problemas de salud, es obligado ampliar al máximo el rango de medidas, desde los fenómenos subjetivos hasta las alteraciones biológicas objetivas. Cada uno de los diferentes niveles de medida debe cubrir las diversas facetas o componentes del problema existente. No obstante algunos trastornos exigen la utilización de instrumentos de medida de amplio espectro, mientras que otros tal vez el rango pudiera reducirse. Sumado a lo anterior se observa la carencia de estudios psicológicos actuales que muestre las características y necesidades psicológicas de nuestra población en cuanto a salud integral y el tipo de trabajo que debe de realizar el psicólogo en el área de salud, este proyecto pretende enfocarse a detectar las condiciones particulares de la salud y además de describir por que factores están siendo originados y mantenidos, haciendo uso de un instrumento de evaluación preciso, para así poder planear un programa de prevención preciso, para así poder planear un programa de prevención, intervención y/o rehabilitación en la población de estudio.

Es así que se establecen datos de la investigación, a continuación se menciona el método.

Método

Objetivo General.

Describir el estrés y la ansiedad de una población que vive en el área metropolitana; así como determinar y describir su relación en ambas.

Hipótesis

La investigación que se realizó es no experimental, descriptiva y explicativa de diseño trasversal, no se estableció hipótesis como tal, se consideraron los datos por sí mismos, partiendo de la variable independiente (estrés) y la variable dependiente (ansiedad).

Sujetos

Los sujetos fueron retomados del estudio realizado por Vega Castillo Miriam (Tesis de Licenciatura Psicología FES Iztacala, 2002) titulado Psicología De La Salud Hábitos Positivos Para Conservar Un Estado Saludable+, y en ellos se basó toda la presente investigación, los contaron con las siguientes características.

- Muestra no probabilística de 985 sujetos, de entre 17 a 77 años en ambos sexos.
- Usuario del sistema de salud paciente de consulta externa, interna de los centros: Hospital MIG, español, Juárez, 1ro. De Octubre y Centro Médico Nacional siglo XXI.
- Comunidades: sujetos pertenecientes a una agrupación sin importar, sexo o nivel socioeconómico.
- Familias: conformadas por Padre e Hijos.
- En instituciones (sector salud): prestadores de servicio, enfermeras, Técnicos, etc. Administradores y Profesionales Médicos, Psicólogos, Trabajadores sociales entre otros.

Escenario

Se citará el escenario en el cual se llevó a cabo la investigación de Vega (2002), En el cual nos apoyamos y es el siguiente:

° Sector salud; Salas de espera para consulta externa de los hospitales antes mencionados.

° Comunidades: Sociedad de colonos del fraccionamiento Bosques de Aragón S.C. y sociedad de colonos Linda vista S.C.

° Familias: Se solicitó la participación de familias cuyos hijos asisten a los colegios: escuela primaria "Thomas Alba Edison" A.C. Secundaria 2 Colegio Cultural México A.C. y Escuela Nacional Preparatoria Núm. 3 "Justo Sierra" UNAM.

° Instituciones: Profesores, Administrativos y Alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Definición de variables

Se determinó la relación que existe entre la variable independiente con las variables dependientes en base a los reactivos que evalúan cada una de las variables.

Materiales e instrumentos

Basada en Vega C.M. (2002) se emplearon los siguientes:

-985 formatos de los instrumentos "Funcionamiento psicosocial" y "Funcionamiento de la salud" (Ramírez y Cortés, 2000 cit. En Vega, 2002).

- Bolígrafos.

El instrumento que se empleó en la presente es el mismo utilizado en Vega (2002) (Ver anexo 1):

"Funcionamiento de la salud" (FS): que consta de 5 subescalas, con un total de 69 reactivos.

"Funcionamiento Psicosocial (FP): que consta de 4 subescalas, con un total de 58 reactivos.

En la presente investigación solo se utilizó "Funcionamiento psicosocial (FP) en la subescala de estrés.

Los resultados utilizados fueron: (VI 18) Y (VD 34, 35, 36,37.)

La confiabilidad de instrumento se obtuvo en el estudio "Psicología de la Salud. Hábitos positivos para conservar un estado saludable" de Vega (2002) por medio de un estudio piloto, empleando una prueba test-retest en un grupo de 100 sujetos entre 18 y 80 años de ambos sexos en un intervalo de 3 semanas.

La elección de los reactivos se realizó tomando como base las conductas a considerar.

Procedimiento.

La investigación fue no experimental y el análisis de datos fue no paramétrico. El procedimiento consto de dos fases:

Fases:

- I. Como mencionamos anteriormente, se tomaron los datos obtenidos en Vega (2002) y se organizaron para seleccionar aquellos datos que surgieron de los reactivos que nos competen.
- II. Análisis de datos cuantitativamente: se obtuvo la frecuencia de cada reactivo. Se utilizó una prueba no paramétrica (Ji cuadrada y coeficiente de perason) para evaluar la relación entre las variables (V.I. Y V.D.), con el programa computarizado SPSS.

CAPITULO 9 Í ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOSÍ

Del instrumento FS. Se seleccionaron los reactivos relacionados con el estrés y su relación con ansiedad en población metropolitana, en la descripción ya se hizo mención del instrumento los cuales se relacionaron entre si.

El análisis de las variables fue no parametrico en el cual se utilizo la prueba Ji cuadrada por medio del programa computarizado estadístico SPSS para determinar la relación entre variables categóricas tomando como nivel de significativo .05

Los resultados se presentaran en tablas de contingencia con tabulación cruzada, ya que cada una contiene dos variables. Así mismo de las correlaciones para mostrar claramente las diferencias en la frecuencia.

9.1. Análisis individual de las variables.

Se analizaron los reactivos que competen a cada una de las dos variables para describir las características generales que presenta la población con respecto a enfermera crónica al estrés 18 y ansiedad (34, 35, 36,37).

9.1.1. Ansiedad.

Se iniciara describiendo la frecuencia de respuesta en la población, se observa que la tensión año pasado de familiares impacientes, familiares poco considerados, familiares que llamarón la atención y familiares que se burlaron siendo 979 personas que equivale al 99.1% reportando una ansiedad y el 9 que corresponde al 9% de la población que reporta padecer estrés.

9.1.2. Se analizaron cada uno de los reactivos de ansiedad.

Familiares impacientes, en este reactivo se muestran la frecuencia de respuesta de la población en donde 231 personas reportan ser bastante impacientes o están enojados con un familiar el cuál equivale al 23.5% el 41 de personas que no presentaron nada hacia algún familiar que representa el .41%, 186 un poco impacientes hacia algún familiar siendo el 18.9%, 410 personas que regularmente

estaban impacientes siendo el 41.8%, muchas veces están impacientes el 109 siendo el porcentaje de 11.1% por lo que se puede considerar que este reactivo es significativo. (.000) (.000)

<u>VALIDEZ</u>	<u>FRECUENCIA</u>
	<u>PORCENTAJE</u>
0	2
.2	
Nada	41
.41	
Un poco	186
19.3	
Regular	410
41.9	
Bastante	231
23.6	
Mucho	109
11.1	
<u>Subtotal</u>	<u>979</u>
<u>96.51</u>	

Tabla No. 1 representa la frecuencia de la población que tanto estrés o tensión tuvo (34FS) familiares impacientes.

9.1.3 Se analizaron cada uno de los reactivos de familiares poco considerados.

En este reactivo se encontró que 410 personas regularmente los familiares son poco considerados siendo el 41.8%, 41 personas son nada poco considerados la cual equivale al .41% 186 personas por lo que se considera un 19.3% de familiares que son un poco considerados, las personas que son bastante considerados son 231 personas en donde se habla del 23.6%, por último 109 personas son muchos familiares que son poco considerados en donde se esta hablando del 11.1% por lo que se considera que este reactivo es significativo (.0008) (.002).

Tabla 2 esta tabla representa la frecuencia de la población (35FS)

<u>VALIDEZ</u>	<u>FRECUENCIA</u>
	<u>PORCENTAJE</u>
0	2
.2	
Nada	41
.41	
Un poco	186
19.3	
Regular	410
41.9	
Bastante	231
23.6	

Mucho	109	
11.1		
Subtotal		979
<u>96.51</u>		

9.1.4 Análisis del reactivo de los familiares que llamarón la atención:

Los familiares que el año pasado ningún familiar llamo la atención fueran 41 personas siendo el .41%, 186 personas llamarón la atención en donde se puede decir que es 41.9% posteriormente 231 personas son bastantes familiares que llamarón la atención el año pasado mencionando un 23.6% y por último 109 personas fueron muchos familiares que llamaron la atención en donde equivale un 11.1% siendo con esto significativo nuestro reactivo (.000) (.000).

Tabla 3 esta representa la frecuencia de la población que ningún familiar llamo la atención

	<u>VALIDEZ</u>	<u>FRECUENCIA</u>
	<u>PORCENTAJE</u>	
0		2
.2		

Nada	41	
.41		
Un poco	186	
19.3		
Regular	410	
41.9		
Bastante	231	
23.6		
Mucho	109	
11.1		
<u>Subtotal</u>		<u>979</u>
<u>96.51</u>		

9.1.5 Por último el reactivo es el de los familiares que se burlaron, el cual 109 personas se burlaron mucho siendo el 113.1%, 410 personas regularmente se burlaron de sus familiares el año pasado que equivale al 41.9%, 231 personas bastante se burlaron en donde hablando de porcentaje fue el 23.6% , hablando de 186 personas se burlaron un poco siendo el 19.3% y por último el 41 de las personas ninguna se burlo, el cuál equivale al .41% siendo con esto significativo nuestro reactivo (.004) (.001).

Tabla 4 representa la frecuencia de la población de familiares que se burlaron de sus familiares el año pasado (18 y 36FS)

	<u>VALIDEZ</u>	<u>FRECUENCIA</u>
	<u>PORCENTAJE</u>	
0		2
.2		
Nada		41
.41		
Un poco		186
19.3		
Regular		410
41.9		
Bastante		231
23.6		
Mucho		109
11.1		
<u>Subtotal</u>		<u>979</u>
<u>96.51</u>		

9.2 Correlación de las variables.

Una vez descrita y analizada la frecuencia de respuesta de cada una de las variables (estrés y familiares impacientes) se analizará y describirá las correlaciones existentes entre estas, por medio de la prueba estadística Ji cuadrada.

El estrés y familiares que llamaron la atención.

Al aplicar la prueba Ji cuadrada para establecer la relación entre estrés y familiares que llaron la atención el año pasado, se obtuvo una significancia de (.000) lo que parece indicar que el estrés y los familiares que llamaron la atención fue de 231 personas bastante, 186 un poco, 109 mucho y 41 ninguna persona llamo la atención (18 y 35 FS)

	<u>VALIDEZ</u>	<u>FRECUENCIA</u>
	<u>PORCENTAJE</u>	
0		2
.2		
Nada		41
.41		
Un poco		186
19.3		
Regular		410
41.9		
Bastante		231
23.6		
Mucho		109
11.1		
<u>Subtotal</u>		<u>979</u>
<u>96.51</u>		

Estrés Ji cuadrada Valor 4.827 df.35 ap sig.000

El estrés y familiares que se burlaron de sus familiares.

En relación al estrés y a los familiares que se burlaron la prueba Ji cuadrada arrojó un nivel de sig.= .004 lo que indica que estadísticamente es significativamente entre ambas variables, si observamos la tabla y figura encontramos que 410 personas regularmente se burlan, 231 bastante, 186 un poco, 109 mucho y 41 personas no se burlaron de sus familiares.

Ji cuadrada Valor 2896 df. .35 sig.004. Estrés y familiares poco considerados (.08 y 34 FS).

El estrés y familiares impacientes.

Al terminar la relación de estrés y familiares impacientes aplicando la Ji cuadrada, se encontraron diferencias significativas (sig.008) por lo que los familiares impacientes y el estrés no existe relación entre si de 410 regularmente los familiares son impacientes y solo 41 personas no son impacientes, 231 personas son bastante impacientes.

Ji cuadrada Valor 2.640 d.f. 35 aprox. Sig. .008 ESTRÉS (18 Y 37 FS).

Tabla

Esta representa los puntajes obtenidos en la prueba Ji cuadrada para determinar la relación entre enfermedad estrés y familiares poco considerados (.18 y 34 FS).

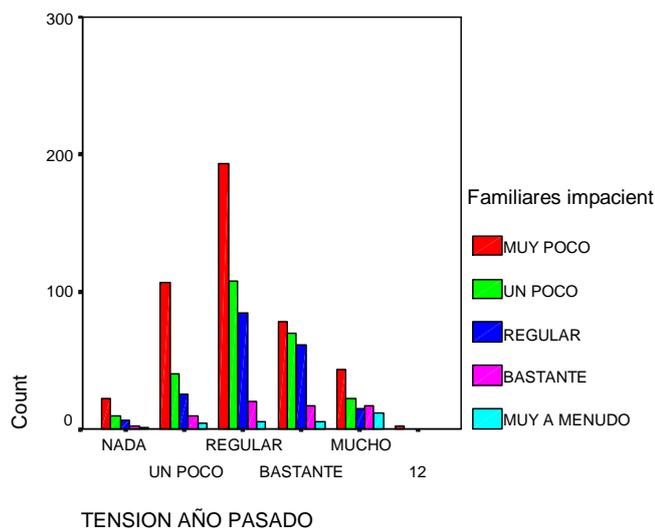
Una vez realizado el análisis de datos que se obtuvo a través del programa estadístico SPSS, se describirán las características generales que se presenta en la población con respecto al estrés y con dada tensión: familiares poco considerados, llamaron la atención, se burlaron y familiares

impacientes y finalmente analizar la relación existente entre estrés y cada uno de los estados de ansiedad en zona metropolitana.

La población estuvo conformada por 979 personas que equivale al 99.1% reportando ansiedad en familiares impacientes 410 regularmente que corresponde al 41.8% y 231 personas que equivale al 23.5% son bastante impacientes el menor es de 41 personas con el .41% de ningún familiar impaciente, lo cual permite tener en consideración al analizar que si es significativamente estrés y ansiedad en familiares impacientes **(ver tabla y figura 1)**.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TENSION AÑO PASADO * Familiares impacientes	979	99.1%	9	.9%	988	100.0%
TENSION AÑO PASADO * Familiares poco considerados	979	99.1%	9	.9%	988	100.0%
TENSION AÑO PASADO * Familiares llamaron atención	979	99.1%	9	.9%	988	100.0%
TENSION AÑO PASADO * Familiares se burlaron	979	99.1%	9	.9%	988	100.0%



Para analizar la ansiedad de familiares poco considerados se utilizo el reactivo 35 FS que las respuestas fueron nada, un poco, regular, bastante, mucho+se observo que el mayor numero de personas impacientes regularmente son familiares impacientes, posteriormente 231 personas son bastante impacientes y mucho un poco no existe gran diferencia en familiares impacientes. Lo cual se puede afirmar que en general los resultados son significativamente **(ver tabla y figura 2).**

Crosstab

Count		Familiares impacientes					Total
		MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY A MENUDO	
TENSION	NADA	22	10	6	2	1	41
AÑO	UN POCO	107	40	25	10	4	186
PASADO	REGULAR	193	108	84	20	5	410
	BASTANTE	78	70	61	17	5	231
	MUCHO	43	22	15	17	12	109
	12	2					2
Total		445	250	191	66	27	979

El siguiente estado de ansiedad fue el de familiares poco considerados en donde se utilizo el reactivo (35 FS) se encontró que la población en su mayoría son regularmente poco considerados y en un menor porcentaje son las personas que nunca, con 41 personas son poco considerados de la tensión del año pasado.

(Ver grafica y tabla 3) por lo que se considera que es significativamente.

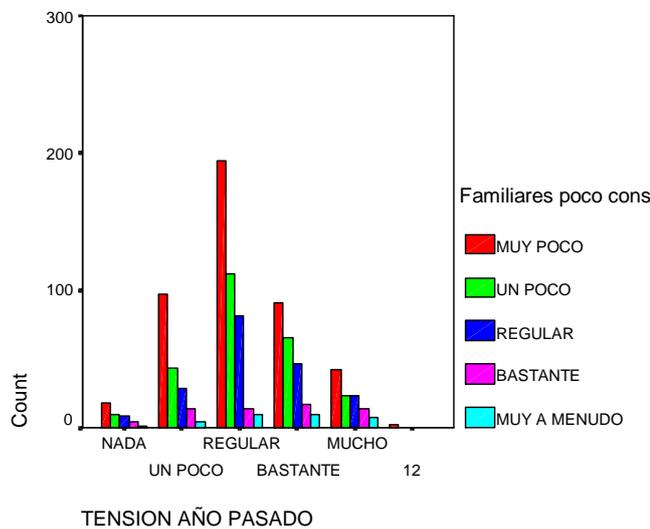
Crosstab

Count		Familiares poco considerados					Total
		MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY A MENUDO	
TENSION	NADA	18	10	8	4	1	41
AÑO	UN POCO	97	43	28	14	4	186
PASADO	REGULAR	194	112	81	14	9	410
	BASTANTE	91	66	47	17	10	231
	MUCHO	42	23	23	14	7	109
	12	2					2
Total		444	254	187	63	31	979

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig. ^c
Interval by Interval	Pearson's R	.084	.035	2.640	.008 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.100	.033	3.137	.002 ^c
N of Valid Cases		979			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.



En el caso de la tensión del año pasado con familiares que llamaron la atención el reactivo que se utilizó fue el (36FS) en donde se observó de igual manera que lo anterior es significativamente en donde poder decir que las personas con un alto puntaje fueron las que regularmente los familiares

llamaron la atención y las personas con menos puntaje de tensión en el año pasado fueron aquellos que nunca llamaron la atención.

(Ver grafica y tabla 4).

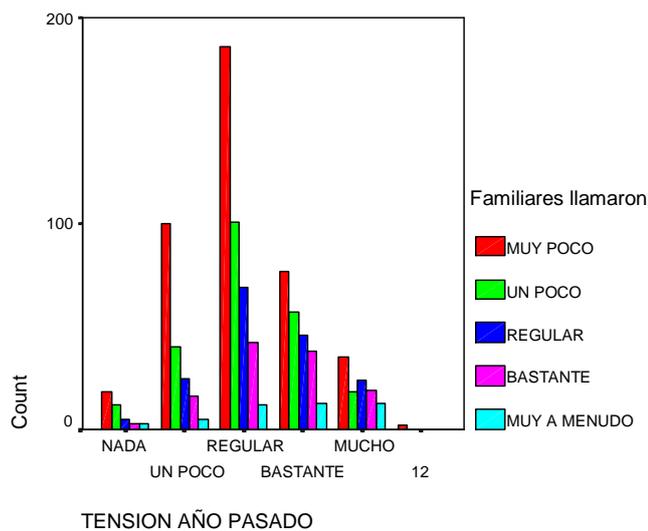
Crosstab

Count		Familiares llamaron atención					Total
		MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY A MENUDO	
TENSION	NADA	18	12	5	3	3	41
AÑO	UN POCO	100	40	25	16	5	186
PASADO	REGULAR	186	101	69	42	12	410
	BASTANTE	77	57	46	38	13	231
	MUCHO	35	18	24	19	13	109
	12	2					2
Total		418	228	169	118	46	979

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.153	.036	4.827	.000 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.177	.032	5.632	.000 ^c
N of Valid Cases	979			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.



Por ultimo se mencionara de los familiares que se burlaron en el cual se utilizo el reactivo (37FS) y se hace mención que de igual manera el resultado de este reactivo es significativo puesto que el total de las personas que se burlaron fue regular y nunca es el mas bajo.

(Ver tabla y grafica 5).

Crosstab

Count		Familiares se burlaron					Total
		MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY A MENUDO	
TENSION	NADA	28	9	3		1	41
AÑO	UN POCO	146	10	19	9	2	186
PASADO	REGULAR	306	62	33	2	7	410
	BASTANTE	152	43	19	14	3	231
	MUCHO	68	17	9	7	8	109
	12	2					2
Total		702	141	83	32	21	979

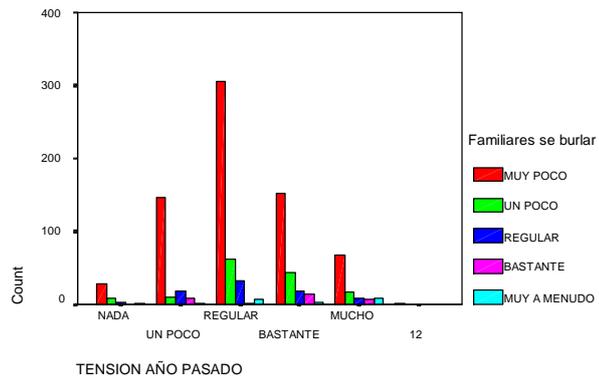
Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval Pearson's R	.092	.035	2.896	.004 ^c
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	.104	.033	3.266	.001 ^c
N of Valid Cases	979			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.



CAPITULO 10 Í CONCLUSIONÍ

La problemática de la salud es de gran importancia para la psicología puesto que para que un sujeto pueda producirse y reproducirse, necesita tener pleno desarrollo de sus capacidades, lo cual representa una de las condiciones necesarias para el desarrollo de su vida, incluyendo Allí el proceso o estado salud-enfermedad.

Sin embargo podemos mencionar que la psicología de la salud, es una de las áreas mas jóvenes y mas necesarias para nuestros conocimientos en donde es importante tener un amplio conocimiento sobre la salud, por lo que el objetivo general de la presente investigación fue en gran parte contribuir con dicha investigación insistente dentro del área de psicología de la salud en población Metropolitana y por otra parte conocer de manera especifica el estrés y su relación con ansiedad en familiares poco considerados, que llamaron la atención , impacientes y familiares que se burlaron.

Partiendo del objetivo específico de este trabajo, se encontró que considerando lo anterior el estrés y su relación con ansiedad es principalmente por la falta de conocimientos o estudios psicológicos que puedan contribuir a un desarrollo estable y emocional.

Sin embargo el concepto de salud es uno de los conceptos, que más a sido intentado definir y mantener no solo por diferentes isciplinas sino que a su vez por una gran diversidad de culturas.

El primer intento realizado para sustentar, liberar la definición de salud con la vinculación del bienestar físico, fue realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1946 (Ballester, 1997) incluyendo en la salud, aparte de un bienestar físico, el mental emocional y social, definiendo la salud como un estado de bienestar completo, físico, psíquico y social y no como ausencia de enfermedad o invalidez (Buena-Casa, Caballo y Sierra, 1996).

Por otro lado se encontró que los factores específicos que determinan la salud, son por una parte los factores físicos psicológicos y sociodemográficos como factores internos o personales y por otra parte, el ambiente físico y el ambiente social como factores externos o ambientales (Rivas y Fernández en Buela- Casal, Caballo Sierra, 1996).

Es importante considerar a las primeras sociedades como antecedentes que dieron origen al surgimiento de la salud, en las cuales se creía, que la enfermedad se debía a que los demonios o fuerzas espirituales, los griegos estuvieron entre los primeros en comprender la enfermedad como fenómeno natural, durante la edad media la comprensión de la enfermedad se sustentó en términos espirituales y durante el renacimiento se retomaron las explicaciones naturales (Becoña y Oblitas, 2000).

En 1978 la psicología de la salud se constituye formalmente, cuando un grupo de psicólogos de diferentes áreas hace una decisión de psicología de la salud en la APA (Oblitas y Becoña, 2000) por lo que se puede decir que la definición más aceptada y apoyada por el APA denominada psicología de la salud fue la de (Matarrazzo, 1980) que la define como ***El agregado de las contribuciones educativa científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud- enfermedad y disfunciones relacionadas.***

Sin embargo no se descarta como definición acertada la de Carboles (1993. cit. En Oblitas y Becoña, 2000) como ***la psicología de la salud es el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la salud, especialmente físicos o médicos con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar estos en casos que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, las principales***

determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de la salud existentes en la actualidad.

En cuanto al objetivo principal de la psicología de la salud Oblitas (2000, cit en Oblitas y Becoña, 2000) indica que es la prevención y en este sentido la codificación d los patrones de comportamientos y de estilos de vida inadecuados para la salud de las personas.

Por lo cual podemos mantener que la psicología de la salud se define como el aporte profesional de diferentes arreas de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud integral, Ali como el diagnostico, premención y tratamiento de la enfermedad y para ello es de valiosa importancia conocer que factores dependen y cuales son los procesos involucrados en los comportamientos que incrementan, mantienen o disminuyen la salud-enfermedad.

Existen áreas que trabajan de manera conjunta con la psicología de la salud, pero que persiguen objetivos muy similares a esta, y que en algunas ocasiones trabajan de manera interdisciplinaria como la psicología medica, medicina conductual, medicina psicosomática y psicología clínica.

Existen también diferentes teoriza psicológicas aplicadas en el área de la salud, que son las que utilizan dentro de la psicología general. Teoría de la adaptación, Teoría de afrontamiento, Teoría psicosomática, Teoría humanista, y la Teoría de la salud conductual.

Sobre las técnicas metodologiitas utilizadas dentro de la psicología de la salud en la evaluación, diagnostico, prevención, promoción y rehabilitación, podemos decir que la evaluación se han ido desarrollando pruebas que se han utilizado en otras áreas especificas de la psicología, aplicables a los ámbitos de la psicología de la salud, muchas veces como herramientas de detección de posibles alteraciones, y algunas de ellas carentes de la suficiente base teórica o la mínima evidencia de fiabilidad y validez (Buela-Casal, caballo y Sierra,1996).

De igual manera Karoy, (1995: cit En Fernández, 1996) hace dos divisiones que determinan la evaluación dentro de la psicología de la salud a) *La procedente de la psicología de la salud, y, la b) Procedente de la medicina conductual*, en la primera se enfatiza las variables personales en la que se aplican entrevistas, auto informes y escalas de apreciación y en la segunda considera las variables moleculares aquí se utiliza el registro mediante instrumentación o la observación en situaciones controladas.

Los métodos que pueden ser utilizados, la elección de estos dependerá de la información que se desea conocer y sobre todo de la habilidad del terapeuta, las técnicas más utilizadas según Karoly (1985, cit. En Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996) son **Entrevista, Cuestionario, Diarios, Psicometría, Observación, Medidas psicofisiológicas, Datos de archivo**, se deben de tomar en cuenta ciertos problemas metodológicos en esta actividad. Las distorsiones de respuesta en los autos informes de la salud.

- 1) La relación existente entre escalas de apreciación de otros y auto informes de salud.
- 2) Y la importancia de seguir ciertas normas en la adaptación de instrumentos construidos en ciertas culturas, (Fernández, 1996).

Los métodos de investigación más comunes dentro del área, están los métodos transversales-retrospectivos y los métodos longitudinales-prospectivos.

La intervención del psicólogo dentro del área de salud puede ser a tres niveles primario (detección de factores de riesgo) secundario (acciones para identificar y tratar enfermedades), y tercero (acciones sobre la enfermedad ya presente), (Ramírez, 1996, cit. En Velásquez 2001).

Respecto a las técnicas de intervención existe una gran variedad, las cuales debido a la poca investigación en esta área son las mismas que generalmente se utilizan en la psicología dentro de otras áreas, (Ramírez, 1999), como son: Efecto de placebo, Asesoría de apoyo, Aproximaciones con el individuo y con la familia, Grupos de apoyo, Psicoterapia verbal. Educación

e información, Intervención en crisis, Procedimientos de entrenamiento en relajación. Desensibilización encubierta, hipnosis, Retroalimentación, Desensibilización sistémica, Modelamiento, entrenamiento de habilidades y ensayo conductual, Manejo de contingencias y Estrategias cognitivas.

De igual manera fue de suma importancia dar a conocer cual es la participación del psicólogo en el área de la salud, el trabajo que realiza el psicólogo en esta área se ha hecho algunas clasificaciones, como son prevención, tratamiento e investigación.

Para satisfacer el objetivo del presente trabajo es importante conocer de algunos aspectos relacionados con estrés y ansiedad.

Con todo lo anterior, se puede afirmar que la Psicología en el área de la salud, se enfoca en la salud positiva ya que considera como elementos fundamentales a la promoción, mantenimiento o modificación de comportamientos relacionados con esta. Con esto nos hace notar que el comportamiento y la actitud ante la salud de parte de individuo son pilares del estado saludable del individuo. Por lo que en el presente estudio se pudo identificar aquellas conductas que llevan a cabo las personas.

Al inicio se pretendió evaluar a las personas que reportan ansiedad y estrés en el año pasado con familiares y amigos cercanos que estuvieron impacientes o enojados, familiares poco considerados, que llamaron la atención y familiares cercanos que se burlaron. Asimismo con familiares que presentaran cierto estrés y ansiedad.

A partir de los resultados obtenidos, se pudo observar que la población en la Zona Metropolitana, por lo menos en lo que compete a la capital del país (Distrito Federal), la población en general padece estrés y ansiedad.

En general podemos mencionar que la tensión del año pasado fue significativamente considerada como una ansiedad y estrés en la zona Metropolitana en familiares poco considerados, personas que llamarón la atención, familiares que se burlaron, y familiares impacientes.

Y la problemática es que, de cierta manera las personas no se preocupan de su salud y se abandonan a la enfermedad.

Como conclusión se puede decir que se encontró.

Que no existe mucha información teórica y metodología en cuanto a Psicología de la salud, y que por consiguiente los estudios a este respecto son escasos. El instrumento resulto muy eficaz para medir el estrés y la ansiedad en los familiares poco considerados, que llamarón la atención, familiares que se burlaron y familiares impacientes, así como detectar las características de la población metropolitana y aquellas creencias en cuanto a salud.

Uno de los pilares de la problemática que vivimos en nuestro país es que no existe fuerte difusión de una cultura. Esto es,, las mismas instituciones involucradas en el área de la salud se dedican más a la intervención y seguimientos de la enfermedad que en prevención. Y por otro lado, las instituciones dedicadas a la educación no cultivan en área de la salud, es tema que dejan de lado y que muchos olvidamos.

Por lo tanto, considera conveniente que una de las herramientas de las cuales se puede hacer uso para abordar esta cuestión, es la educación. Es decir proporcionar a la población información sustanciosa y llamativa acerca de las diferentes aportaciones o conductas relacionadas con estrés y ansiedad, el como tratarlas una vez que se presente esta conducta , como también ir notando constantemente cuan importantes es la información para obtener un bienestar y tener una convivencia positiva y salud adecuada.

No es una tarea fácil, se reconoce que cada persona presenta una conducta inadecuada, es decir, el como se desarrollan en el ámbito familiar. Sin embargo se cree que aunque la población metropolitana es difícil de abordar y sumamente extensa con tenacidad se podrán lograr resultados, tal vez no en esta generación pero si en un futuro.

De igual manera el poder hacer labor y promoción para futuras investigaciones en la Psicología de la Salud.

Y por ultimo, se puede sugerir que basándose en el instrumento de Ramírez y Cortés (2000), se puede hacer una investigación que contribuya a la creación de instrumentos que evalúen el estrés y la ansiedad, como también elaborar perfiles psicológicos de cada una de estas conductas, con la finalidad de que el psicólogo sepa de aspectos en particular trabajar para que el estrés y la ansiedad para que las personas que presentan este tipo de conducta sepan controlarlas y tengan una mejor salud.

BIBLIOGRAFIA

- Amigo, V., Fernández, R.C., Y Pérez, A.M. (1998) **Í Manual de Psicología de la SaludÍ** En conceptualización de la Psicología de la salud. Editorial Pirámide: Madrid, pp. 19-31
- Bandura, A. (1978) **Í On Paradigms and Recycle ideologiesÍ**. Cognitive Therapy and Research, 2, 79-103
- Basch, C.E. Sliepecevic, E.M.Gold, R.S Duncan, D.F. y Kolbe, L.J. (1985) **Í Avoinding Type III error in hecth education programs evaluationsÍ**. A CASE STUDY HEALTH Eduction Quarlerty, 12, 315-331
- Ballester, R. (1997) **Í Introducción a la psicología de la saludÍ : Aspectos conductuales** promolibro Valencia.
- Bayes, R. (1987) **Í El efecto placido en los procesos de cambio terapéuticoÍ** estudio de Psicología, 31,71-81
- Buela-Casal, G. Caballo. V.E. y Sierra JC. (1996) **Í Manual de evaluación en psicología clínica y de la saludÍ** Editorial Siglo XXI, España
- Coon, D. (1983). **Í Introduction to psychologyÍ** (3rd.ed). St. Paul Minnesotaa: West Oublishing co.
- Cox, T. (1975) **Í The nuture and management of stressÍ** Behavior, September, 25,493-5
- Dubos, R. (1965) **Í Man adapting New HavenÍ** Yale University Press.
- Echeburúa, e. (1993) **Í La fobia social: Evaluación y tratamientoÍ** Barcelona, Martines Roca
- Fernández-Ballesteros, R. y Maciá, A. (1983) **Í Garantías científicas y ética del psicodiagnosticoÍ**. En R. Fernández-Ballesteros (comp) Psicodiagnóstico, Madrid UNED.
- Gómez Jara, Fco. (1989) **Í Salud ComunitariaÍ** , Editorial Porrúa. México.

- Gross Richard, D. (1994) **Í Psicología de la ciencia de la mente y la conductal** editorial Manual Moderno, México.
- Gurman, A.S. (1984) **Í Commentary: analogue research and the Family tresraspistl** . Family Process, 23.341-345
- Kadin, A.E. y Wilson. G.T. (1978) **Í Evaluation of Behavior Therapy**Í issues evidence and research strategies, cambrige, Ballinger
- Kaplan, H.L. (1987) **Í Compendio de Psiquiatría**Í editorial, Salvat México
- Kazdin.A.E. (1980).**Í Research design in clinical Psychology**Í En E.S Paykel (comp). Handboor of affective disoders, Nueva York. Guilfors Press
- Locke, S...E (1982) **Í Stress, adaption and immunity: Studies en humans**Í General Hospital Psychiatry: 4.49-58
- Matarrazo, J. (1980) **Í Behavioral health and Behavioral Medicine, Frontiers of a New Health Psychology**Í American Psychology. En Buela Casal, G. Caballo, U.E. y Sierra, J.C. (1996) **Í Manual de evaluación en psicología clónica y de la salud**Í , Editorial Siglo XXI, España
- Myers, D.G. (1988) **Í Psicología**Í editorial Medica panamericana, Uruguay
- Organization Mundial de la Salud (1946) **Í Constitution of the World Health Organization**Í Ginebra. World Helth Organitation Cáldes, México
- San Martín, H. (1981) **%Salud y Enfermedad**Í Ediciones científicas la prensa, México
- Sarason, B.R. (1984) **Í Psicología fronteras de la Conductal**Í Editorial, Harla, México
- Spielberger Charles, (1980) **Í Tensión y ansiedad, la Psicología y Tú**Í Editorial Harla; México
- Turner.C-E- (1964) **Í Higiene del individuo y de la comunidad**Í Editorial la Prensa Medica Mexicana; México
- Vega, C.M. (2002) **Í Psicología de la Salud, Hábitos Positivos para conservar un Estado Saludable**Í Tesis de Licenciatura Psicología Fes Iztacala
- Vega.F.L. (1976) **Í Bases esenciales de la Salud,**Í Editorial Publica MSP; México.

ANEXOS

El año pasado. ¿En cual de las siguientes situaciones se encontró?

Marque **0** (NO) si NO le ocurrió Marque **1** (SI) si SI le 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 1	Muy poco tenso 2	Poco tenso 3	Muy tenso 4		Totalmente tenso 5					EP	
				NO	SI	1	2	3	4	5		
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 1	Un poco 2	Regular 3	Bastante 4	Mucho 5						EG	
18. ¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?						1	2	3	4	5		<input type="checkbox"/>

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

	Me describe muy mal		Regular 3	Me describe muy bien							HA	
	1	2		4	5	1	2	3	4	5		
19. Acepto mis sentimientos						1	2	3	4	5		
20. Mantengo la calma						1	2	3	4	5		
21. Procuo 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		

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
-----	--	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>

Ninguno Un poco Regular Bastante Mucho
1 2 3 4 5

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?	1	2	3	4	5

AO AI AT

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
-----	---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>

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
32.	¿Qué tan probable es que ellos hagan o le den cosas en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

<input type="checkbox"/>

TS = =

Cuando 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
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

IN

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

