

Epítome de Psicología de la Salud

Una aplicación de las Ciencias Psicológicas

Autores

Dr. Holguer Romero-Urréa, MSc.
Dr. Guillermo León-Samaniego, MSc.
Psic. Johanna Arellano-Romero, MSc.
Psic. Jorge Pazmiño-Jiménez
Egdo.Med. Lenin Romero-Velóz
Egda.Psic. Anita Romero-Urréa
Dr. Julio Bermúdez-Bermúdez, Esp.
Lic. Verónica Santos-Yáñez, MSc.
Lic. Gabriela Vásquez-Espinoza, MSc.

Título de la Obra: Epítome de Psicología de la Salud

Derecho de Propiedad Intelectual: GYE-008508

Depósito Legal: GYE-000270

ISBN: 978-9942-969-82-8

No existe responsabilidad por parte de los autores o editores si el lector actúa o deja de hacerlo como resultado del material expuesto en la presente publicación.

De esta primera edición. © Universidad Estatal de Milagro – UNEMI, 2017

Autores:

Dr. Holguer Romero-Urréa, MSc.

Dr. Guillermo León-Samaniego, MSc.

Psic. Johanna Arellano-Romero, MSc.

Psic. Jorge Pazmiño-Jiménez

Egdo.Med. Lenin Romero-Velóz

Egda.Psic. Anita Romero-Urréa

Dr. Julio Bermúdez-Bermúdez, Esp.

Lic. Verónica Santos-Yáñez, MSc.

Lic. Gabriela Vásquez-Espinoza, MSc.

Rector: Ing. Fabricio Guevara-Viejó, PhD.

Director del Proyecto: Ing. Richard Ramírez-Anormaliza, PhD.

Coordinadora del Proyecto: Ing. Mayra D'Armas-Regnault, PhD.

Revisores Pares: MSc. María Del Carmen Rivera MSc. Irma Castañeda

Ediciones Holguín S.A., equipo editorial:

Directora Editorial: Lic. Lucrecia Resabala Manosalvas, MSc.

Editora de Área: PhD. Alina Rodríguez

Coordinador Editorial: Ing. Danilo Holguín Cabezas, MBA.

Asistente Editorial: Ing. Johanna Coronel Vélez

Revisora de Ortografía y Estilo: Lic. Pilar Huayamave Navarrete, MSc.

Diseño Gráfico y Diagramación: Tnlgo. Omar Zurita Pinargote

Universidad Estatal de Milagro – UNEMI

Cdla. Universitaria Km. 1.5 vía Milagro Km. 26

Teléfonos: (593) 04 2715081- 04 2715079

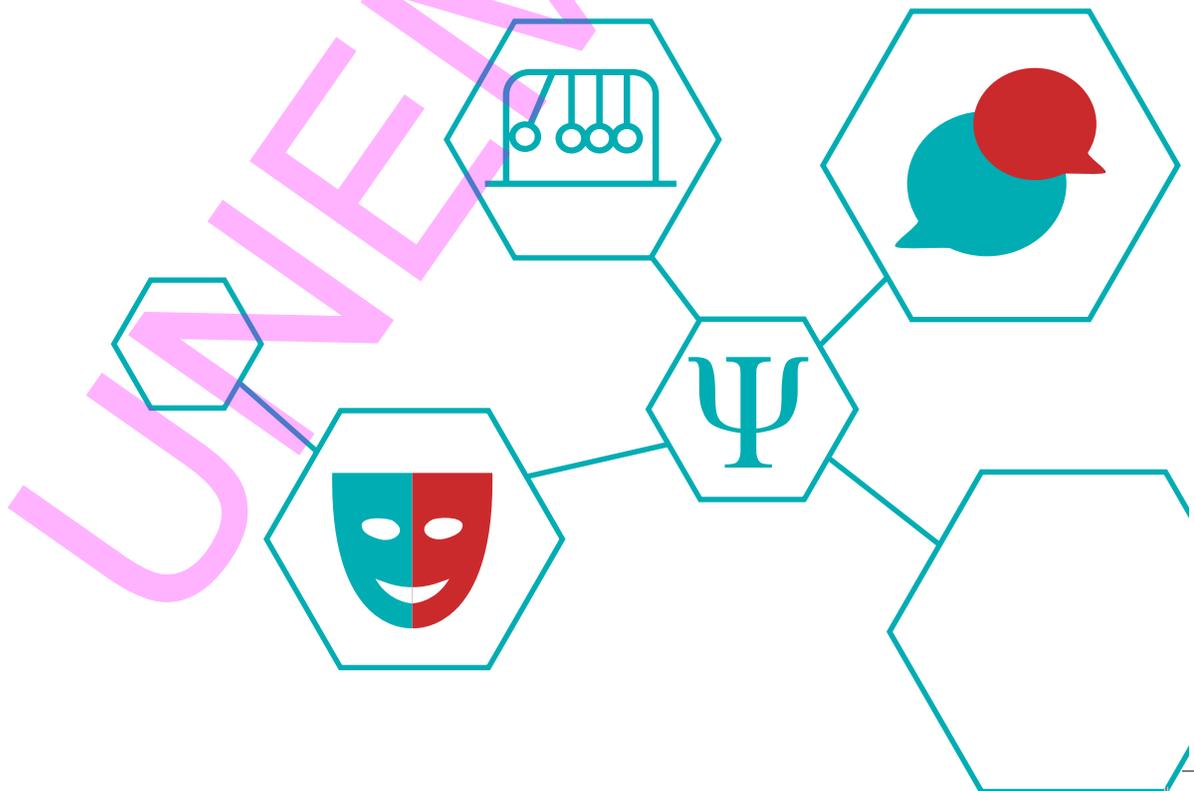
<http://www.unemi.edu.ec/>

Milagro – Ecuador

Todos los derechos reservados. Ninguna parte original de esta publicación puede ser reproducida, guardada en sistemas de archivo o transmitida, en ninguna forma o medio, sin previa autorización del Editor.

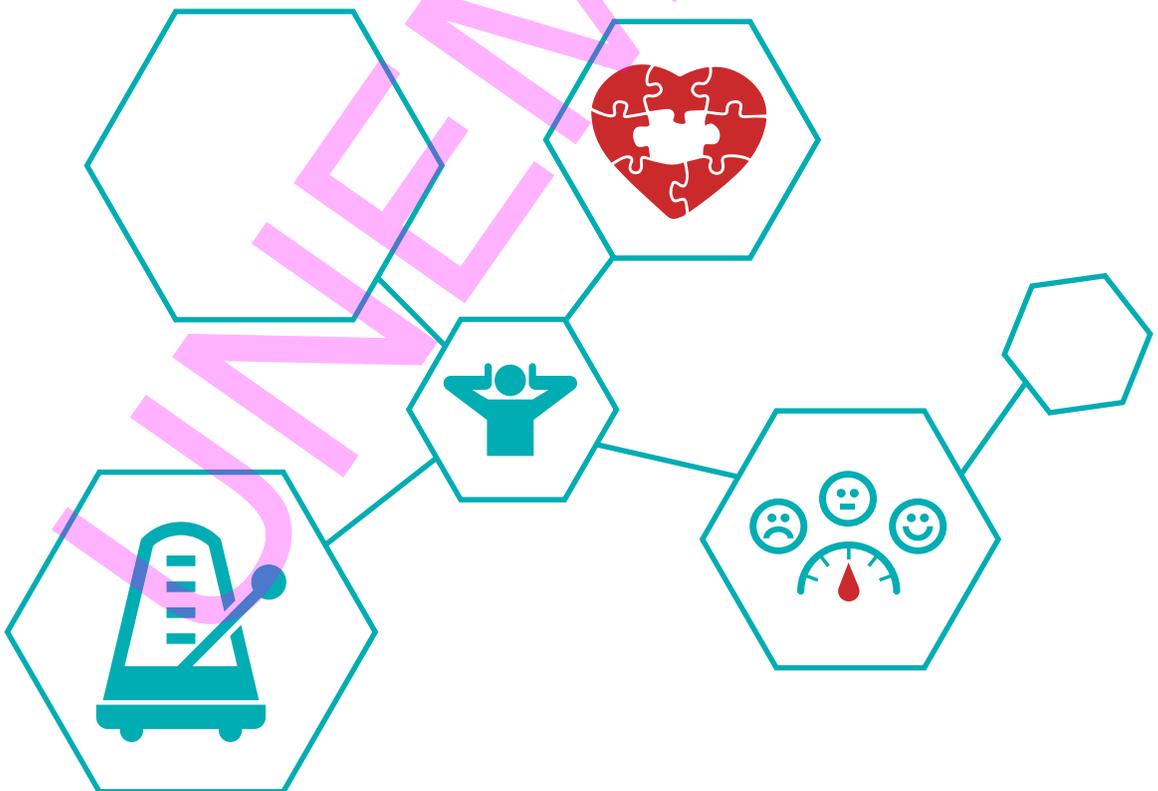
DEDICATORIA

A la memoria de nuestras pérdidas afectivas, a la familia, a nuestros lectores, estudiantes y pacientes que inician su resiliencia hacia la consecución de sus metas y principal ideal "ser felices".



AGRADECIMIENTO

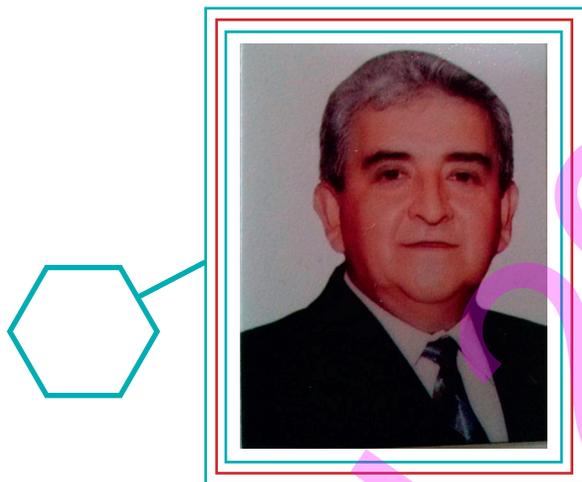
A la Universidad Estatal de Milagro, al Departamento de Investigación, a la Facultad de Ciencias de Salud, a la carrera de enfermería, a todas las autoridades Universitarias, al Ing. Fabricio Guevara Viejo; Rector, y a todos quienes de manera directa e indirecta participaron en la construcción de este compendio.





Dr. Holguer Romero – Urréa, MSc.

Graduado en la Universidad Central del Ecuador, Doctor en Psicología Clínica, Máster en Salud Mental y Clínica Social. Universidad de León, Barcelona- España, PHD en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. Docente investigador: Acreditado y Categorizado por el Senescyt, autor de varios artículos científicos y libros; director de proyectos de investigación y vinculación, experiencia Docente en las Universidades: Estatal de Guayaquil. Universidad técnica Particular de Loja, Universidad estatal de Milagro, Universidad técnica de Babahoyo, Universidad Estatal de Santa Elena. Actualmente, docente titular en la Universidad Estatal de Milagro. UNEMI.



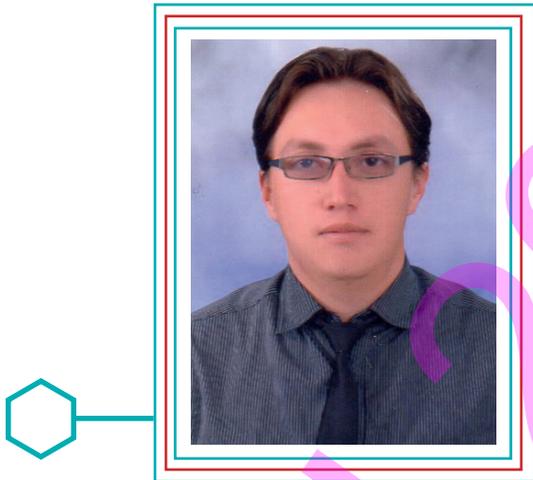
Dr. Guillermo León – Samaniego, MSc.

Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad de Cuenca, Máster en Gerencia en Salud, Universidad Técnica de Babahoyo, PHD en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú. Docente titular en la Universidad Estatal de Milagro. UNEMI.



Psic. Johanna Arellano – Romero, MSc.

Graduada en la Universidad de Guayaquil, Psicóloga Clínica, Máster En Orientación Educativa, Universidad Complutense de Madrid. Autora de varios artículos científicos. Docente en el distrito de educación 09D17 Milagro.



Egdo. Med. Lenin Romero – Velóz

Interno Rotativo de Medicina, Escuela Superior Politécnica del Chimborazo,
autor del libro de Semiótica Psicopatología y de varios artículos científicos.



Dr. Julio Bermúdez – Bermúdez, Esp.

Médico General, Especialista de Primer Grado en Medicina Interna, en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara Santa Clara, Cuba. Diplomado Superior en Metodología Investigación Clínica. Universidad de Anáhuac, México.



Psic. Jorge Pazmiño - Jiménez

Graduado en la Universidad Estatal de Milagro, Psicólogo Clínico Educativo, autor de artículos científicos. Docente en el distrito de educación 09D17 Milagro.



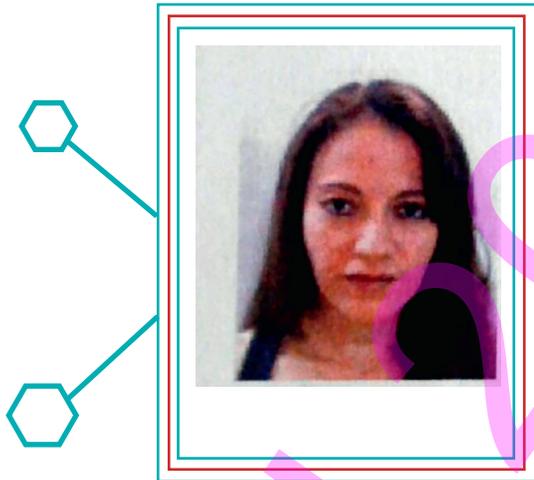
Lic. Verónica Santos - Yáñez

Graduada en la Universidad Vicente Rocafuerte. Trabajadora social. Maestría GERENCIA Y LIDERAZGO EDUCATIVO en la Universidad Técnica Particular de Loja UTPL. Actualmente docente titular de la Universidad Estatal de Milagro.



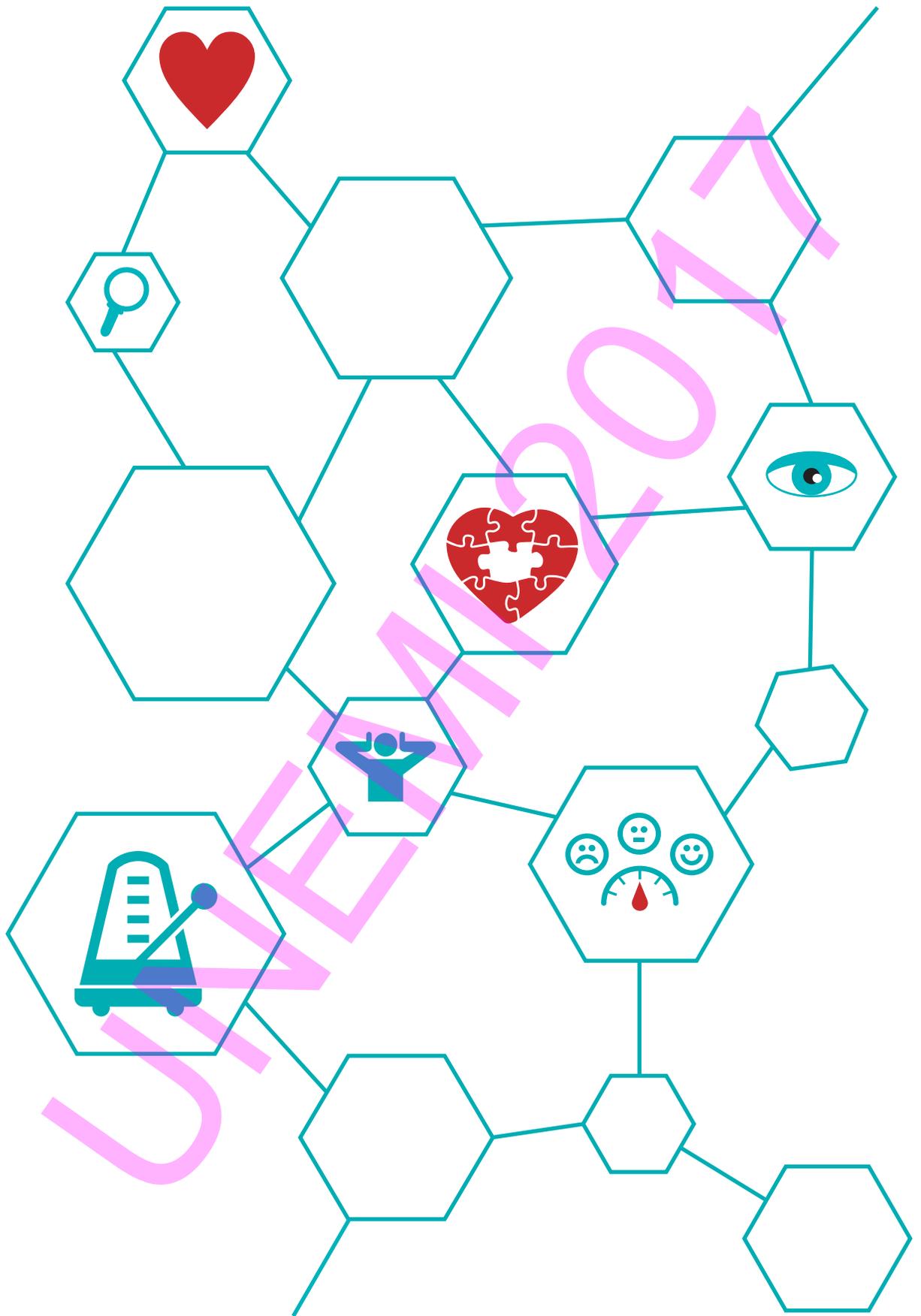
Lic. Gabriela Vásquez – Espinoza, MSc.

Licenciada en Enfermería, Graduada en la Universidad Estatal de Milagro, Máster en Gerencia en Salud, Universidad Técnica de Babahoyo. Docente titular en la Universidad Estatal de Milagro. UNEMI.



Lic. Anita Romero – Urréa

Egresada de la universidad Técnica Particular de Loja, carrera de Psicología. , experiencia laboral con niños con capacidades especiales y tratamiento con adultos mayores.



ÍNDICE

ÍNDICE	1
PRÓLOGO	21
INTRODUCCIÓN	23
PSICOLOGÍA DE LA SALUD	25

CAPÍTULO I

EPISTEMOLOGÍA DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD 27

1.1 Concepto salud / Enfermedad	28
1.2 Conceptos actuales	31
1.3 Síntomas y signos	32
1.4 Valorar la importancia de la influencia cultural previo a los conceptos actuales de salud / enfermedad	34
1.5 Definir salud y enfermedad	41
1.6 Diferenciar los componentes de la propuesta actual de salud	45
1.7 Modelos en la Psicología de la Salud	46
1.8 Objeto de estudio de la Psicología de la Salud	49
1.9 Funciones esenciales la salud pública en las Américas	50

CAPITULO II

BASES CONCEPTUALES EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD 57

2.1 Psicología y salud	58
2.2 El concepto de proceso motivacional y sus aplicaciones al comportamiento saludable	60
2.3 Disciplinas afines a la psicología de la salud	61
2.4 Delimitación Conceptual de la Psicología de la salud	63
2.5 Definición del Psico Neuro Inmuno Endocrinologico	72
2.6 Sistema Inmunológico, sistema endocrinológico relación con el resto de aparatos y sistemas	80
2.7 Trastornos psicológicos producidos por las alteraciones en la estructura, curso y ritmo	

del pensamiento	82
2.8 Proceso conductivo conductual del aprendizaje, influencia del afecto y estado de ánimo	85

CAPITULO III

APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN EL PROCESO DE LA SALUD ENFERMEDAD 101

3.1 Introducción	102
3.2 Promoción de salud y prevención de la enfermedad	102
3.3 Proceso de enfermedad	107
3.4 Mejora del sistema de cuidado de salud y política sanitaria	109
3.5 Análisis del estado actual de la psicología de la salud	115

CAPITULO IV

ADAPTACIÓN, CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE SALUD 119

4.1 Prerequisitos para la salud	120
4.2 La participación activa	121
4.3 Irrumpir en el futuro	124
4.4 Etapas de adaptación	126
4.5 Calidad de vida y estado de salud como producto del proceso de adaptación a la enfermedad	126
4.6 Medidas de resultado en salud: calidad de vida, estado de salud y adaptación	129

CAPITULO V

METODOLOGIA DEL APOYO EN SALUD

133

5.1 Apoyo social	134
5.2 Técnicas terapéuticas como apoyo social en la salud	135
5.3 Terapias sobre la base de la energía	138
5.4 Las terapias y alternativas complementarias	138
5.5 La biodescodificación como metodología	139
5.6 El sentido biológico	139
5.7 Definición de apoyo	140
5.8 Modelos de apoyo social	141
5.9 Evaluación de apoyo social	145
5.10 Problemas metodológicos en el estudio del apoyo social	146
5.11 Redes de apoyo social en los problemas de salud	148

CAPITULO VI

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS E INTERVENCION HOLISTICA

153

6.1 Planteamiento de proyecto de investigación diagnóstica	154
6.2 Aplicación de la psicología de la salud en enfermedades de tipo crónico	157
6.3 El inconsciente biológico	158
6.4 Atención al paciente diabético	159
6.5 Atención al paciente con dolor crónico y su familia	166
6.6 Atención al paciente oncológico y su familia	173
6.7 Derecho y deber de informar	182
6.8 El papel de la familia	183

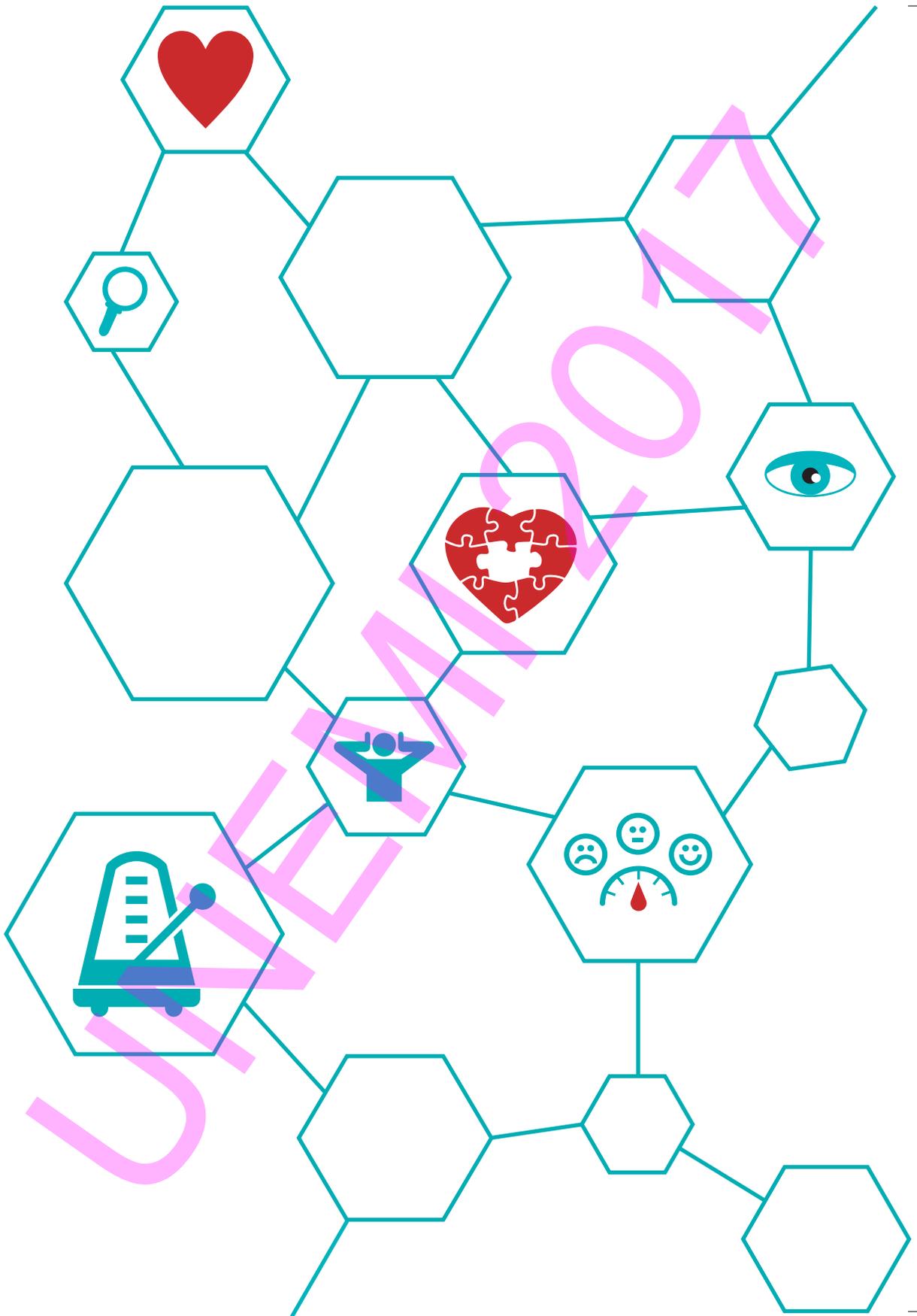


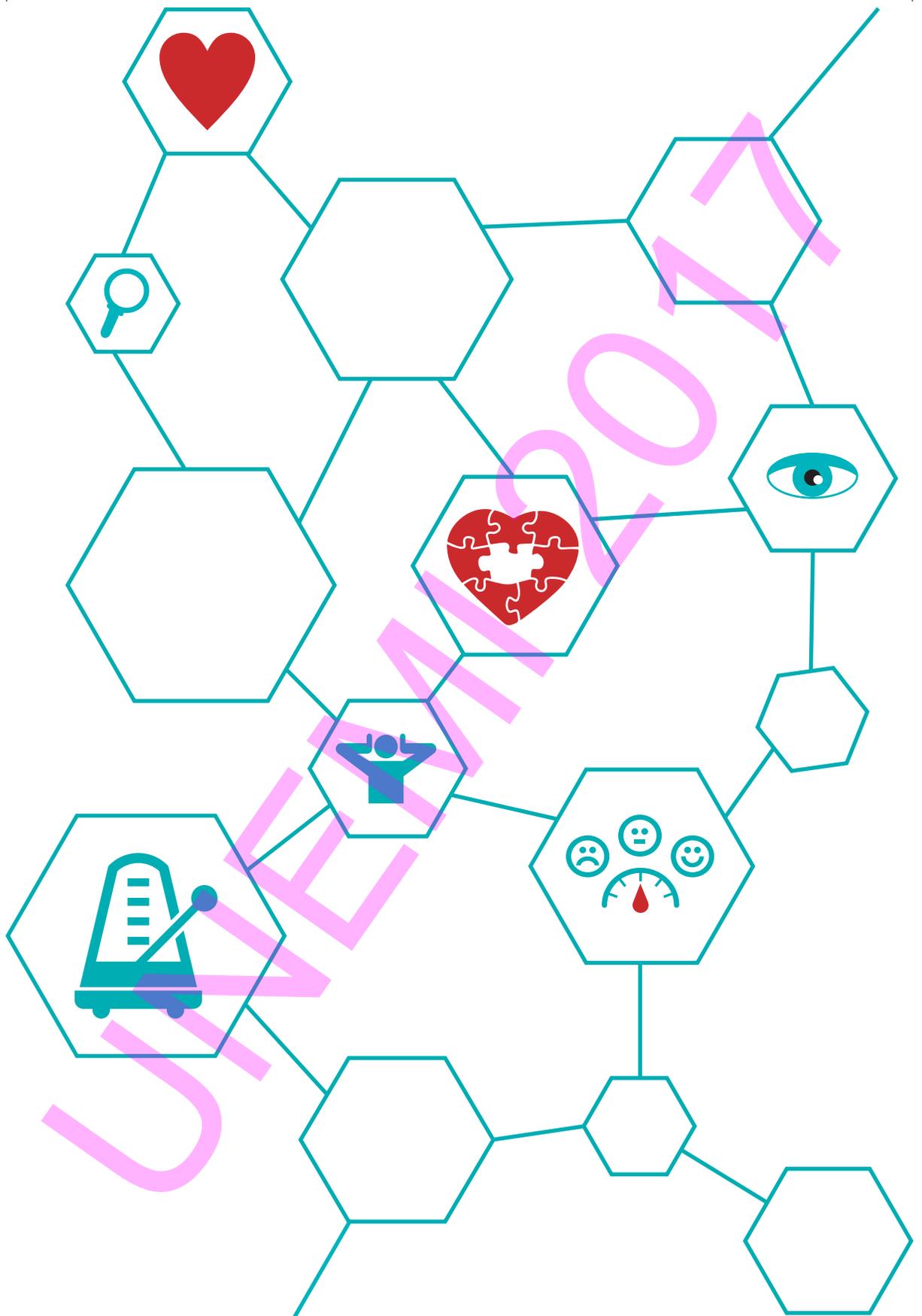
6.9 Atención al paciente cardiovascular	186
6.9.8 El paciente cardiovascular ventilado	198
6.10 ¿Qué es una mala noticia en medicina?	204
6.11 Atención al paciente con Virus Inmuno Deficiencia Humana.	207

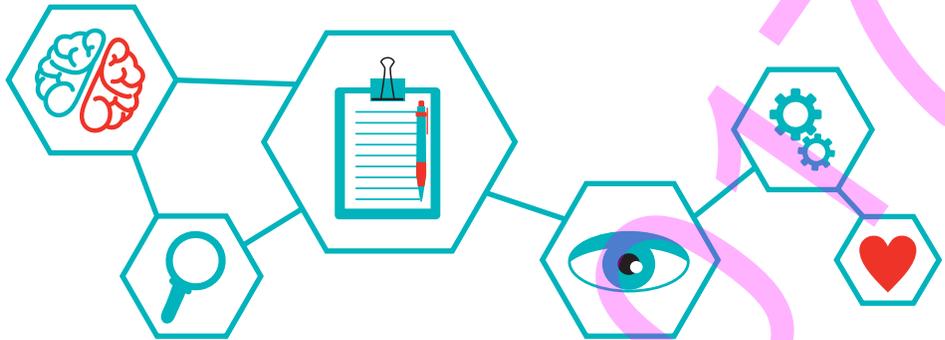
BIBLIOGRAFÍA

217

UNVENMI 2017







PRÓLOGO

Realizar un compendio de las ciencias psicológicas aplicadas a la salud, ha sido una tarea de reconocimiento de las limitaciones que tienen la psicología y la gran capacidad de acción que tiene la misma en las enfermedades, tanto en su origen como en el desarrollo y la recuperación, la salud es el bien más preciado es la salud, a partir de ella viene todo el resto de la vida necesario para ser feliz, durante el tiempo que debemos permanecer en este mundo. Con la modernidad se ha ubicado a la psicología en un amplio papel decisor sobre una realidad establecida a través del tiempo, relacionada entre la salud y la enfermedad, el origen y el final de la enfermedad. Por ello se nos hace necesario conocer más el cuerpo humano y entender que funciona como una unidad integral, entendiendo que el estado de ánimo influye en la enfermedad en forma positiva y negativa, el deseo de vivir motiva a recuperarse, a buscar un nuevo y mejor estilo de vida, obliga a dejar los que nos perjudica y enferma, a cambio de ser felices. Depende del motivo para seguir, para llegar más pronto, o detenerse en el camino para meditar en lo que se hizo mal.

Hoy por hoy las ciencias psicológicas, considera que la enfermedad es un desequilibrio, un desfase, el olvido de las metas y razones de seguir caminando en una vida que nos brinda oportunidades iguales, y de cada uno depende juzgar como positivo o negativo el motivo para seguir adelante, con esperanzas de encontrar un largo estadio de paz interior en medio de la satisfacción del deber cumplido.

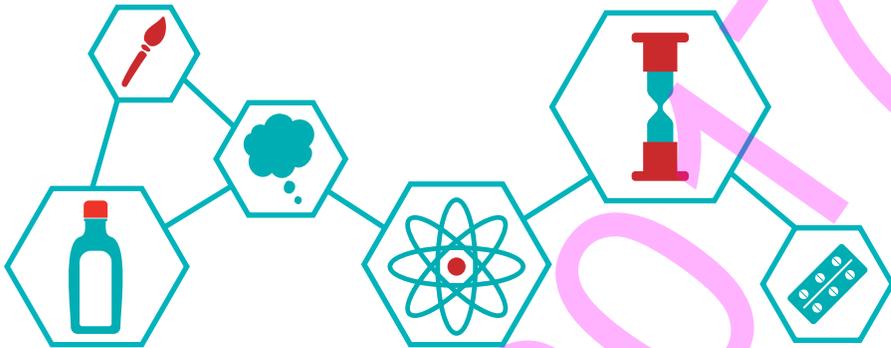
La enfermedad es un alto obligado, desorientarse de su oriente, después de una pérdida de cualquier índole el ser humano hace un alto y depende del tiempo que se demore en retomar su camino para identificar su falencias, su resiliencia;



Además se considera al origen de la enfermedad, como un factor muy importante para su recuperación, fortalecer los motivos, el origen es la etiología, la causa el inicio, el motivo que él tiene; así al paciente, depende de ello para saber cómo re direccionar su existencia, re plantear los propósitos, significa crear nuevas metas mientras continua su camino. Este libro orientará en el papel que tiene que cumplir el estudiante futuro profesional de las ciencias de la salud en su papel más importante, recuperar la salud, o sea, el motivo de existir “dejando un poco de bondad en el corazón de quienes necesitan” para que alcancen el verdadero significado del ser humano, “ser feliz”.

La acción del profesional de la salud, es la luz que guía al paciente en medio de la oscuridad que produce una enfermedad en soledad y sinsabores.





INTRODUCCIÓN

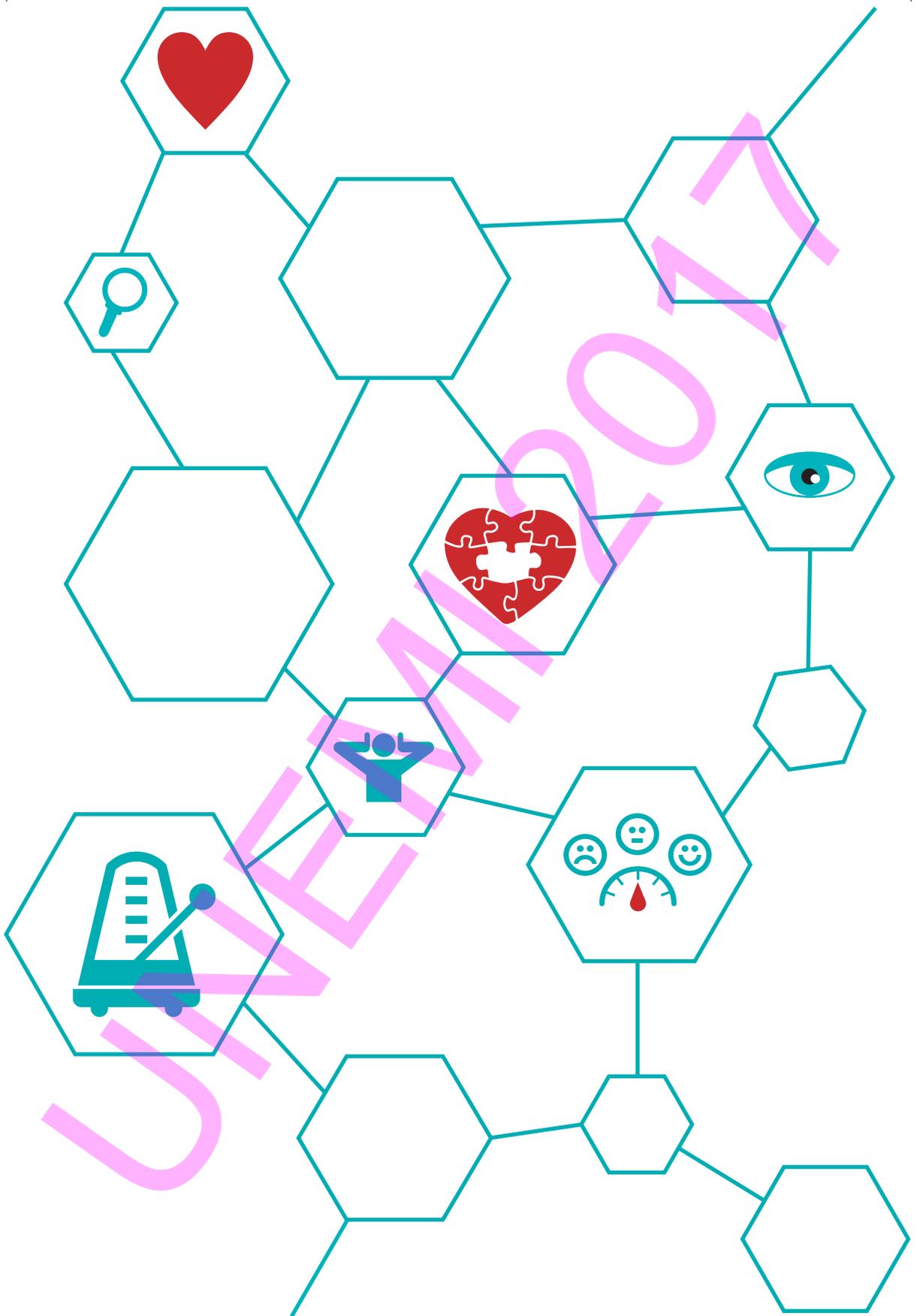
El motivo para vivir se basa en cada una de las metas que nosotros tenemos para ser felices, es todo aquello que presuntamente necesitamos para realizarnos como personas, como seres humanos, como profesionales, como hombres y mujeres; conforme la idiosincrasia de cada uno, dependiendo del contexto social donde se desarrolle. La importancia creciente que tienen los hábitos de comportamiento propios de un estilo de vida, que los llevan a constituirse en factores sustanciales de protección de la salud o, al contrario, en factores de riesgo de enfermedad y de muerte, ha conducido en los últimos 40 años a estructurar nuevos campos interdisciplinarios en el ámbito de la salud; estos pretenden dar cuenta del análisis científico acerca de la naturaleza biopsicosocial de los estilos de vida, y de las aplicaciones dirigidas a su manejo, control y modificación en direcciones congruentes con la promoción de la salud y con la prevención de las enfermedades.

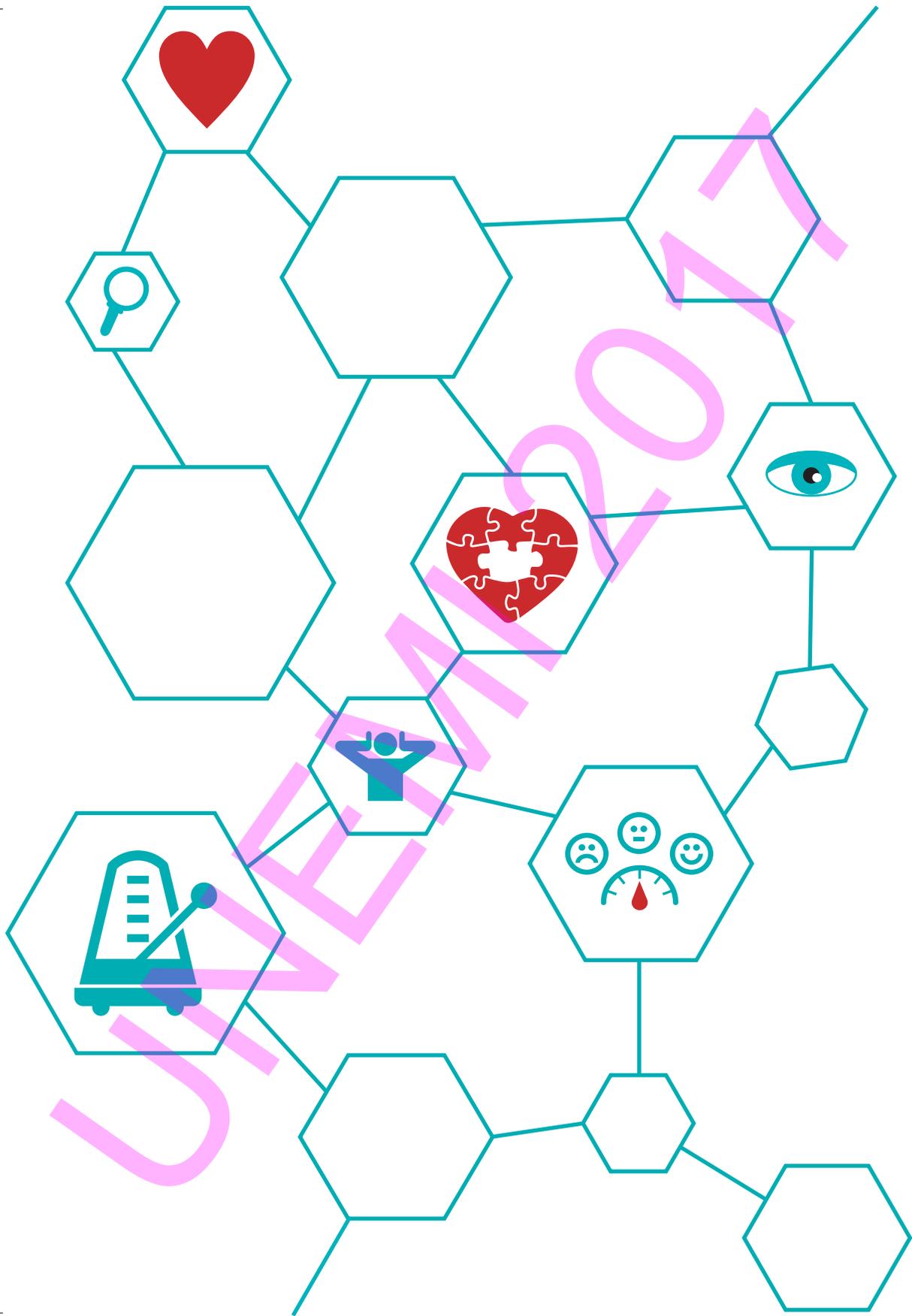
Una ilustración de estos nuevos campos es, por ejemplo, el surgimiento de la Medicina Conductual (traducción del término inglés behavioral medicine), concepto utilizado por primera vez en 1973 como subtítulo de un libro de retroalimentación biológica (biofeedback), para referirse a una modalidad de tratamientos y aplicaciones en salud asociadas al condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas (Birk, 1973); el término se hizo luego extensivo a todo un campo de confluencia interdisciplinaria de conocimientos sobre el comportamiento y la salud (Schwartz, & Weiss, 1978); la existencia de una comunidad científica reunida en torno a la Sociedad Internacional de Medicina Conductual (ver <http://www.isbm.info/>), la realización de congresos

periódicos, la existencia de publicaciones especializadas, y su inserción progresiva en el medio docente e investigativo, permiten afirmar que se trata de un paradigma particular en el abordaje científico de un campo de fenómenos de comportamiento relacionados con la salud. La propia Psicología de la Salud es otra corriente disciplinaria que se ha vertebrado en torno a la atención de todos los aspectos psicológicos relacionados con la salud y la enfermedad, dando origen a importantes aplicaciones en áreas clínicas de tratamiento y rehabilitación, así como en áreas sociales de promoción, prevención, y formulación de políticas públicas (Godoy, 1999).

Otro tanto puede decirse de la Intervención Motivacional en Psicología de la Salud, término cuyo uso se propone por primera vez en este escrito. Es un término referente a un área específica de conocimientos psicológicos que, sin tener la tradición de las mencionadas antes, empieza a tener una identidad propia como área que identifica un conjunto particular de aplicaciones en el campo de la Psicología de la Salud, referente a la implementación de intervenciones fundamentadas en el análisis del proceso motivacional, con el fin de facilitar la realización de cambios en el estilo de vida de las personas, para que este sea más favorable a la salud. (Tomado del artículo Intervención motivacional en psicología de la salud, Rojas-Russel 2014).

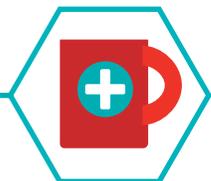
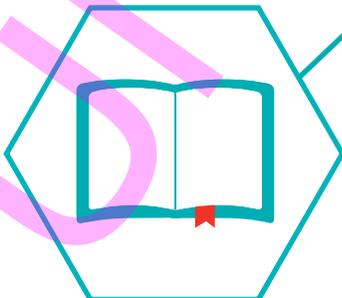
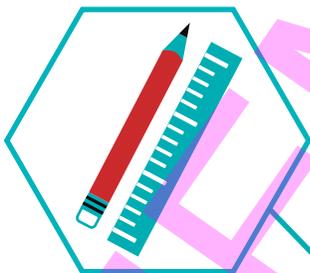


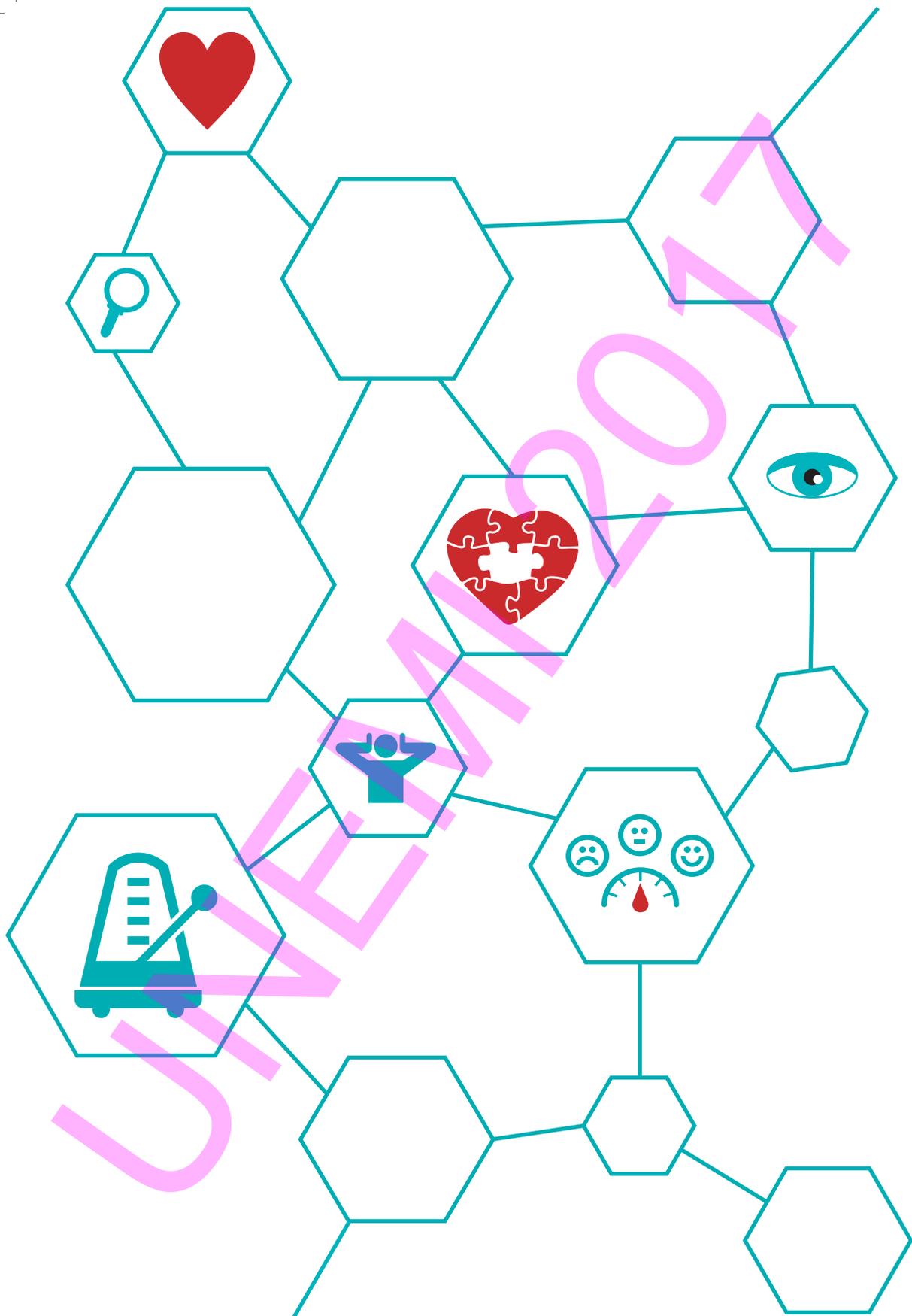


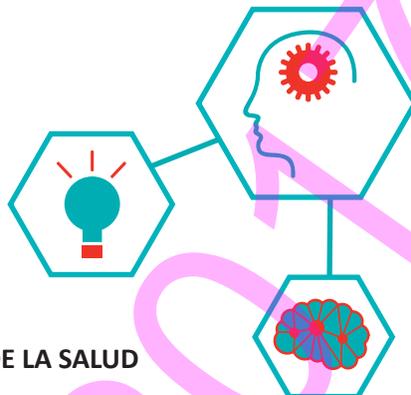


PSICOLOGÍA DE LA SALUD

*El mal que existe en el mundo
Proviene casi siempre de la ignorancia.
Albert Camus, LA PESTE*







CAPÍTULO I

EPISTEMOLOGIA DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

“La salud es algo que todo el mundo sabe lo que es hasta el momento en que la pierde, o cuando intenta definirla”

Piédrola Gíl

RESUMEN

Definir la salud y la enfermedad se convierte en una utopía, por el análisis socio cultural; al analizar las diferentes causas que influyen en el estado del ser humano, la cultura influye directamente cambiando la percepción de cada individuo, modificando el criterio y confundiendo su definición, existen culturas que definen la salud física y mental conforme a sus experiencias diarias.

Dr. Holguer Romero-Urréa, MSc.

Psic. Johanna Arellano-Romero, MSc.

Egdo.Med. Lenin Romero-Velóz

1.1 CONCEPTO SALUD/ENFERMEDAD

La promoción en salud es el conjunto de actividades dirigidas a estimular y desarrollar estilos de vida saludables en los diferentes grupos de población, mediante el desarrollo de procesos de educación, comunicación para la salud y participación social, de modo que los individuos y la comunidad asuman la responsabilidad del auto cuidado de su salud.

Se pretende educar a la población para que ellos por sí solos entiendan el valor de mantener su salud en los momentos que aparentemente tienen ausencia de enfermedad, la conceptualización proporcionara un estado de conciencia que producirá un cambio en sus costumbres en sus hábitos, la manera como debe enfrentar, confrontar y disfrutar los diferentes eventos que se dan en la naturaleza, en relación con un contexto social.

1.1.1 Perspectiva histórica

Hasta hace no muchos años, la historia de la medicina era terreno casi exclusivo de los mismos médicos y consistía esencialmente en tratados que celebraban los avances de la ciencia, la eficacia de ciertos tratamientos y las trayectorias de médicos ilustres. Desde hace unas dos décadas, sin embargo, se ha producido un resurgimiento del campo desde las ciencias sociales y las humanidades, que se funda sobre nuevas bases conceptuales, renovación a la que no ha sido ajena la historiografía argentina. Aunque con agendas de investigación dispares (unos se concentran en la historia de la profesión médica, otros en los aspectos socioculturales de las enfermedades, otros en la actitud del Estado y el diseño de políticas de salud pública), los nuevos trabajos coinciden en considerar a la enfermedad como una entidad compleja y rica para el análisis y en tomarla como una excusa para reconstruir la historia social y cultural. (Armus, Diego 2002).

Las nuevas investigaciones entienden la enfermedad y la salud como cuestiones social y culturalmente construidas en el tiempo y, si bien reconocen la relevancia de la dimensión biológica de las enfermedades, centran su atención menos en los desarrollos del conocimiento médico que en una variedad de procesos y dimensiones que incluyen la política, las experiencias de los enfermos y las dimensiones sociodemográficas de una cierta enfermedad, así como las condiciones de trabajo y de vida de quienes la padecen. También estudian temas como la emergencia y consolidación de grupos profesionales; los avatares de la “medicalización” de la sociedad “con sus instrumentos e instituciones del control médico y asistencia social” como elemento constitutivo de la modernidad; el rol

del Estado en la construcción de la infraestructura sanitaria; las condiciones de trabajo y sus efectos en la mortalidad, o el uso de la enfermedad para etiquetar la diferencia o legitimar sistemas ideológicos y culturales, entre otros. (Lobato, Mirta 1996)

A través de los años el ser humano ha tenido que desarrollar diversos procesos y metodologías para buscar el mejoramiento de su propia salud. Vemos como nuestros ancestros llámese aborígenes, desarrollaron una medicina que la basaron en las virtudes de las plantas las cuales les permitían curar o prevenir enfermedades que les llevarían mayores complicaciones a su salud hasta la pérdida de la vida; para no retroceder tanto en nuestro medio en ocasiones decimos “mis padres hacían curaciones o sanaciones de salud mediante plantas medicinales antes de recurrir a una medicina tradicional o una medicina más técnica y avanzada como la actual. (Rojas 1990).

La definición de salud según la OMS (Organización Mundial de la Salud) es Aquel estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad y la enfermedad es la alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar.

Es importante reconocer algunos aspectos que nos permiten reconocer el estado de normalidad o no de un individuo como la temperatura, Peso, la presión arterial, la edad (muy importante para el desarrollo de las diferentes enfermedades que se manifiestan a cierta edad), Capacidad vital (máximo volumen de aire que puede expulsar una persona después de una intensa inspiración), Pulso o ritmo cardíaco, y los diferentes análisis de sangre o (hemogramas) que son indispensables en el diagnóstico, los análisis de orina y de materia fecal, etc. (Rojas 1990).

1.1.2 Identificar los antecedentes históricos de la concepción actual de la salud / enfermedad

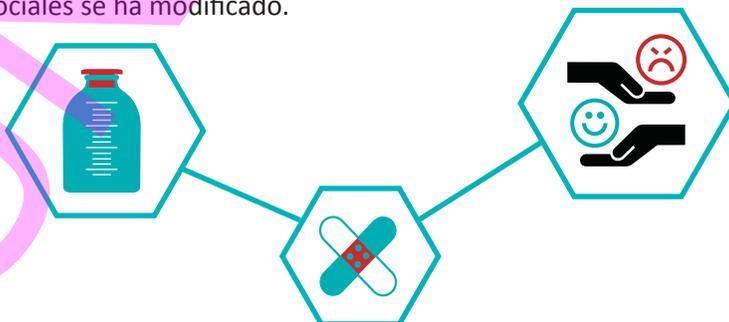
La salud de las personas y de las poblaciones constituye en la actualidad una de las mayores preocupaciones no sólo de cada uno de nosotros, sino también de los gobiernos de cada país y también de muchas ONG (Organizaciones No Gubernamentales). Su problemática va más allá de los límites nacionales para adquirir una dimensión verdaderamente mundial. La salud del cuerpo y de la mente es necesaria para la vida cotidiana –trabajo, placer, sufrimiento, ocio, creación- y, por tanto, para el desarrollo de todas las funciones individuales y sociales del hombre.

El estudio de los factores que puedan influir, positiva o negativamente, en la salud es un aspecto de la mayor importancia dentro de un planteamiento sociopolítico que tienda al logro de la estabilidad de las sociedades. La lucha contra la enfermedad ha sido una constante en la historia de la Humanidad. Sensaciones como el malestar general, la fiebre o el dolor no pasan fácilmente inadvertidas para la esfera consciente de la inteligencia, por lo que ya el hombre primitivo debió tener un claro conocimiento del concepto de enfermedad. Lo mismo puede decirse de las heridas y traumatismos, en los que el dolor, la hemorragia y las mutilaciones son hechos concretos claramente perceptibles. Asimismo, la relación de la enfermedad con la muerte también debió quedar prontamente establecida. El mantenimiento y la recuperación de la salud han sido históricamente abordados de forma individual. El planteamiento colectivo es reciente.

La salud se ha convertido en un bien individual y colectivo que forma parte de nuestra cultura social y política. Como veremos más adelante, el derecho a la salud está incluido como uno de los derechos humanos básicos, y ha sido recogido en Constitución, donde se establece el derecho a la protección de la salud para todos los españoles.

El papel de la relatividad cultural en relación a las enfermedades mentales dependen del tipo de cultura al que esté expuesto el ser humano, es así que cada cultura está determinada por un tipo de normas que determinan sus vidas y son aprobadas por la colectividad como bueno, convirtiéndose en la normalidad que es influenciada por una serie de valores, juicios, entre otros. (Capponi Ricardo "Psicopatología y semiología psiquiátrica pág. 11).

Naturalmente desde la antigüedad el ser humano se ha dedicado a cultivar valores y juicios en base a su idiosincrasia, con particularidades simbólicas, lingüísticas y materiales, es así como antes en la época feudal se consideraba como un valor que ante de casarse la futura pareja de esposos, esta debía primero pasar por las manos del rey o el señor feudal, lo que después de los cambios sociales se ha modificado.



1.2 CONCEPTOS ACTUALES

El Diccionario de la Lengua Española define la salud como “el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones”.

Basándose en esta definición, y en su XXX Asamblea, se adoptó la estrategia de Salud para Todos, con el principal fin de reducir las enfermedades que impiden mantener una vida social y económicamente productiva. Tal estrategia fue concretada en 38 objetivos de aplicación para Europa, objetivos que se fueron perfilando en las conferencias de Ottawa de 1986, de Adelaida de 1988 y de Sundswall de 1991.

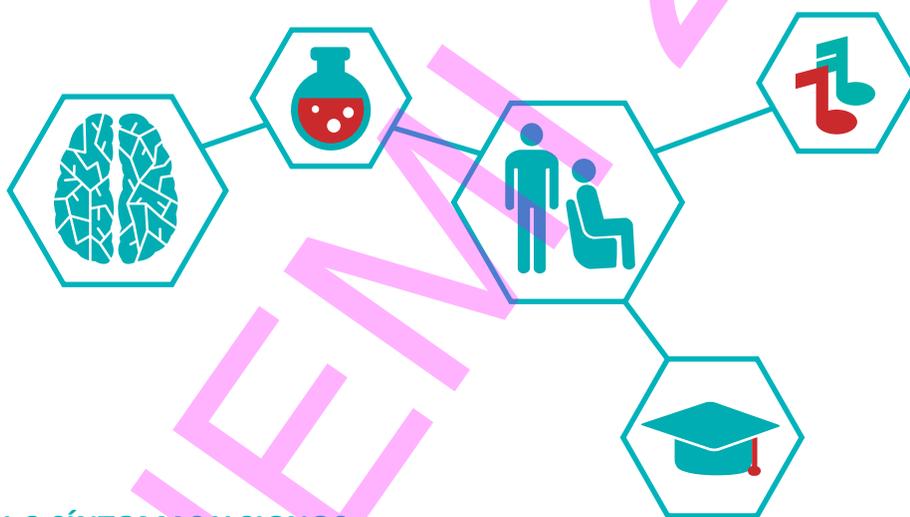
El Estado Español se sumó a esta estrategia en 1990. Como desarrollo del planteamiento de la OMS aplicada a nuestro país, el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó en 1991 el documento del Plan de Salud: objetivos estratégicos de Salud Pública, concretados en 22 áreas de intervención (nutrición, actividad física, tabaco, abuso de alcohol, drogas, accidentes, riesgos medioambientales, riesgos laborales, higiene alimentaria, antropozoonosis, enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, salud mental, salud materno-infantil, salud del anciano, diabetes, enfermedades transmisibles, VIH/SIDA, salud bucodental, información sanitaria y estrategias comunes de intervención).

La definición mayormente utilizada por la administración sanitaria es la de Lalonde, la más acertada para nosotros como especialistas en salud mental de tipo integral, cuando consideramos al individuo como un ser único e indivisible, que es afectado por su universo interior y su universo exterior: la salud es “una variable influida por diferentes factores: biológicos o endógenos, ligados al entorno, los hábitos de vida y factores ligados al sistema sanitario”. Así, el conocimiento de los muchos y variados factores implicados en conseguir mejoras en la salud individual y colectiva, ha ayudado a establecer el papel que deben llevar a cabo los sistemas sanitarios. (Junta de andalucia.es).

En una concepción moderna de la salud es preciso considerar la existencia de factores objetivos y subjetivos, así como de diferentes niveles o grados. Los exámenes de salud, esto es, los reconocimientos médicos de amplios sectores de la población que se realizan por los servicios sanitarios para detectar enfermedades de interés social, permiten comprobar que, para una enfermedad dada, el estado sanitario no es homogéneo, y que éste no puede dividirse en personas sanas y personas enfermas, puesto que entre ambos extremos se encuentran diversos estados intermedios de salud relativa en los que, junto al cumplimiento satisfactorio de los condicionantes que definen este estado sanitario, pueden

encontrarse algunos signos desfavorables, sensaciones dolorosas, disfunciones de órganos o sistemas; de intensidad discreta y no evolutivos, que no impiden a la persona integrarse plenamente en una actividad normal, familiar, profesional y social, y que le permiten “considerarse sano” tanto frente a sí mismo como frente a la sociedad. Este concepto de salud relativa es superponible al de salud plenamente desarrollada, y es el estado de la mayoría de las personas sanas.

El Diccionario de la Lengua Española define la enfermedad como “alteración más o menos grave de la salud”. La enfermedad es considerada como cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano. Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Incluso cuando la causa se desconoce, casi siempre se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran.



1.3 SÍNTOMAS Y SIGNOS

La comprensión de las enfermedades depende de una descripción clara de los síntomas, los cuales son manifestaciones de los procesos vitales alterados. Pueden variar desde relatos subjetivos de dolor, como cefalea (dolor de cabeza) o lumbago (dolor de la parte inferior o lumbar de la espalda), a hechos objetivos o signos, como inflamación o erupción. Así pues, podría decirse que un signo es una manifestación imposible de fingir ante un médico, mientras que un síntoma subjetivo es algo imposible de ser detectado por un médico. No podemos fingir que tenemos fiebre o tener varicela, por ejemplo; sin embargo, un buen médico nunca podrá ver nuestro dolor de cabeza, aunque quizás con los avances tecnológicos pueda lograrse en un futuro.



Algunos síntomas subjetivos u objetivos son comunes a distintas enfermedades, por ejemplo los cambios en la temperatura corporal (como fiebre), la fatiga, la pérdida o el aumento de peso, y el dolor o hipersensibilidad de los músculos u órganos internos. Por ello el profesional médico debe realizar en muchos casos estudios más profundos pueden poner de manifiesto, por ejemplo, la presencia de microorganismos infecciosos, mediante su crecimiento por cultivo en medios nutrientes especiales o por otras técnicas; otros ejemplos son el descubrimiento de fracturas óseas en la exploración radiológica; la existencia de cambios en la composición de las células de la sangre; y la observación de crecimiento canceroso al microscopio en un tejido extirpado quirúrgicamente (biopsia). Así pues, se trata de realizar un correcto diagnóstico para poder llevar a cabo un tratamiento adecuado.

Es de la misma manera en la enfermedad mental, se ven signos y se sienten síntomas, y en base a cada uno de ellos la relación que existen entre ellos como clínicos en psicología se puede determinar la salud o la enfermedad, toda respuesta que no se espera ante un estímulo determinado se considera anormal, y si se repite en varios eventos, circunstancias o contextos se tendrá una patología, un trastorno, es fácil.

Algunas enfermedades como el sarampión y las paperas se identifican fácilmente por su apariencia, otros problemas como las fracturas óseas se pueden sospechar por sus síntomas y signos, y se confirman mediante radiografías. Pero muchos síntomas requieren un procedimiento diagnóstico más complejo. La confirmación de una úlcera gástrica, por ejemplo, requiere la introducción de un endoscopio en el estómago.

La enfermedad coronaria puede sospecharse por las características del dolor y por las alteraciones electrocardiográficas, pero su evidencia definitiva sólo puede conseguirse mediante coronario grafía, técnica en la que se inyecta una sustancia de contraste en las arterias coronarias que irrigan el corazón. El diagnóstico de muchos tipos de cáncer requiere la realización de una biopsia, tomando un fragmento del tejido afectado para su examen microscópico. El diagnóstico de diversas enfermedades fetales es hoy en día posible mediante ecografía o mediante análisis del líquido amniótico obtenido por amniocentesis.

El caso de las enfermedades de tipo mental también presenta las pruebas de laboratorio son cada vez más importantes. La medida de los niveles de hormonas identifica alteraciones endócrinas. El recuento de los diferentes tipos de células de la sangre, llamado recuento diferencial, sirve para diagnosticar los diferentes tipos de anemias y algunos tipos de leucemias y otros cánceres. Los cultivos microbiológicos de líquidos y tejidos sirven para identificar los microorganismos

causantes de enfermedades infecciosas, siendo esenciales para el tratamiento racional con antibióticos.

Muchos síntomas, como las cefaleas, son difíciles de atribuir a una enfermedad concreta porque pueden obedecer a muchas causas distintas. Algunas enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple y la corea de Huntington sólo pueden ser identificadas con certeza tras varios años de observación clínica del paciente. Para afinar sus diagnósticos, los médicos y otros profesionales sanitarios mantienen reuniones con regularidad (llamadas sesiones clínicas) en las que se discuten los casos de difícil diagnóstico y solución. Con el aumento del uso de las pruebas de laboratorio en las exploraciones físicas de rutina que se realizan a personas aparentemente sanas, los médicos diagnostican cada vez con más frecuencia enfermedades que carecían de síntomas manifiestos para el paciente. Por ejemplo, la hipertensión se puede detectar en fases precoces antes de que produzca lesiones importantes en el corazón o en los vasos sanguíneos.

Otro tipo de patología que se detecta en alrededor del 10% de todas las personas exploradas, y que por lo general no produce síntomas, es el prolapso de la válvula mitral, en el cual una válvula del corazón no funciona adecuadamente. En apariencia, la mayor parte de las personas con un prolapso de la válvula mitral están sanas, pero algunos presentan un riesgo elevado de enfermedad. El desarrollo y el aumento del empleo de pruebas cada vez más sensibles plantean la necesidad de hacer un uso más cuidadoso del término enfermedad.

En salud mental se utiliza las imágenes, laboratorio y los reactivos psicológicos que confirman el constructo del clínico, lo comparan con la historia clínica y se confirma la sintomatología con el DSM IV. Ahora con el DSM V. Cada vez más se incursiona más en el uso de técnicas de laboratorio para medir el desequilibrio bioquímico que se dan en las alteraciones mentales, el estudio del sistema endocrinológico ha permitido ser más específico en el diagnóstico, a la vez los reactivos psicológicos son modificados para adaptarse al contexto, con la participación de la neuropsicología.



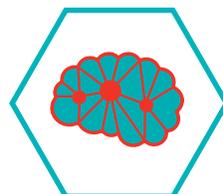
1.4 VALORAR LA IMPORTANCIA DE LA INFLUENCIA CULTURAL PREVIO A LOS CONCEPTOS ACTUALES DE SALUD / ENFERMEDAD

Cultura: Es el modo de vida de un pueblo. Una sociedad está compuesta de gentes, el modo en que se comportan es su cultura. Es solo desde un punto de vista didáctico que se pueden considerar aisladamente los factores sociales y culturales en el fenómeno salud-enfermedad.

En el Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares, se describe Los factores sociales y culturales que actúan no solamente en forma independiente sino que se interrelacionan con los físicos y biológicos para formar el panorama total en que se desarrolla el fenómeno epidemiológico de las enfermedades mentales: aparición, difusión, mantenimiento y prolongación de los problemas. Hemos dicho que esta interrelación es tan íntima y variada que en determinados casos no se podrá prescindir de ninguno de esos factores, mientras que en otros casos, serán unos y otros los que intervengan directamente.

En general hay condiciones culturales y sociales que influyen sobre el nivel de Salud Mental de las colectividades. Al analizar la multiplicidad de causas que intervienen en la aparición del desequilibrio de la relación salud-enfermedad, siempre encontramos que estas derivan de imperfecciones de la organización social humana.

En la obra titulada, La Salud en el proceso de desarrollo de la comunidad en la pág., 68, expone que las enfermedades sociales y su influencia cultural, son resultado de la crisis que vive una sociedad (materialista, consumista e individualista) en la que se han intrincado los valores; se presenta un vacío, generador de enfermedades, donde el sujeto no encuentra salidas sanas y busca válvulas de escape en el alcohol, las drogas y muchas otras formas de autoagresión, siendo éstas, evidencias de una población enferma. Si las personas no obtienen de su medio físico la satisfacción de las necesidades en el orden material, se generan consecuencias en su salud. Cuando las necesidades insatisfechas operan en el orden social, encontramos una “sociedad enferma”; con las llamadas “enfermedades sociales”. (La Salud en el proceso de desarrollo de la comunidad Pág. 68).



1.4.1 Tipos de enfermedades:

- Enfermedades Profesionales
- Enfermedades Ambientales
- Enfermedades mentales
- Enfermedades Psicológicas
- Enfermedades Congénitas
- Enfermedades Nutricionales
- Enfermedades Carenciales

El contenido gira en torno de la percepción de salud que regularmente tiene la población, de la manera que dicha percepción le permite otorgarle un significado y en consecuencia, ciertos hábitos y costumbres que determinan en general su condición de salud mental. El concepto se aborda tanto en el contexto de su pertenencia social como en forma particular al individuo. Objetivo: Dar a conocer la influencia de los factores culturales en el proceso de salud mental de las personas, tanto a nivel individual como comunitario.

Desarrollo: En el siglo XVI este significado extendido al cultivo activo de la mente humana. Posteriormente “Kultur” adquirió el significado del “vivir de un pueblo”. En la actualidad el término se utiliza para designar desde el cultivo de la mente hasta la forma distintiva de vivir de una persona. La cultura surge de una compleja red de retroalimentación a través de las cuáles, valores, creencias, y normas de conducta se modifican y se sostienen constantemente. Estos se modifican constantemente y, compartidos, crean una identidad y la identidad el sentido de pertenencia.

El comportamiento de las personas entonces, está moldeado y regido por su identidad cultural; dicha identidad refuerza su sentido de pertenencia y permite crear un significado para las personas. Identidad y pertenencia permiten al individuo la capacidad de adaptación y de experimentar sentimientos de bienestar y equilibrio emocional. Cuando los procesos culturales se caracterizan por relaciones de poder, sumisión, relaciones compensatorias o coercitivas, generan el malestar en la persona que sufre la acción y por otro lado, quien ejerce el poder lo seguirá haciendo porque le brinda recompensas emocionales, pero con conducta inadecuada.

Se plantea un análisis sobre los factores culturales, considerados como condicionantes que limitan o supeditan a las personas a adquirir un estado de salud mental, procurando destacar los aspectos de percepción, significado y sensación de bienestar, haciendo énfasis en la relación integral y de la

interdependencia entre ellos.

Las prácticas diarias, el devenir y en general en todos los estímulos que recibe a diario en todos los aspectos de la vida, el ser humano internaliza conductas y pensamientos construidos por la colectividad en la que se desenvuelve y ciertos comportamientos se vuelven habituales; aprenden formas de respuestas que la hacen suyas, de igual manera, muchas de esas prácticas y actitudes se convierten en costumbres que se convalidan con lo consuetudinario y se arraigan en su propia cultura. Lo hacen parte de ellos, la identifican y le dan una característica propia. (Guías para la Salud de la Comunidad). Bajo ese principio queda establecido que a través del aprendizaje se puede modificar la conducta

La interpretación de los fenómenos de la naturaleza y sus distintas formas de conocimiento también adquieren tintes de ideología dominante en la medida que sustentan estructuras de poder, ya sea en el ámbito de toda una sociedad o en el mismo núcleo familiar o grupal. Estas formas de conceptualización colectivizada, ligadas profundamente a los elementos de tipo material que se desarrollan para poner en práctica los conocimientos e interpretaciones, se convierten en poderosos instrumentos culturales que moldean el comportamiento de las nuevas generaciones y que tienden a mantener ciertas tendencias explicativas de la realidad.

El concepto o la idea de salud y enfermedad que predominan en cada sociedad o grupo de personas, igualmente les condiciona a presentar tanto en lo individual como en lo colectivo a presentar comportamientos habituales en relación a dicha percepción.

De la misma manera, dependiendo de cómo en el ámbito social se genera de forma inconsciente el concepto de salud o enfermedad, en esa misma medida aparecerán los comportamientos para prevenirla o tratarla. Por otro lado, se espera una respuesta favorable a la prevención e intervención, cuando la interpretación se asuma de forma consciente; al ser asumidos conscientemente, servirán de sustrato psicológico para una nueva actitud orientada a la solución.

Con el progreso de la ciencia y la tecnología, la medicina u otras áreas relacionadas con la salud, han tenido mayores posibilidades de profundizar en la tendencia de la prevención y el tratamiento y han desarrollado mejores técnicas; pero debido a que la mayoría de las explicaciones se reducen al aspecto organicista, no hay avance sustancial en el conocimiento de la enfermedad mental sin explicación biológica, ni se ha preocupado con la misma intensidad por explicar la salud mental en el en el contexto cultural-social críticos frente a las habituales dicotomías:

- Social/biológico
- Lo físico/lo psicológico
- Responsabilidad individual/determinismo social
- Desde la perspectiva de una comunidad, las personas son los elementos a tener en cuenta.
- Desde la perspectiva de los individuos, sus comunidades superpuestas son las circunstancias en las cuales sus vidas se desarrollan y su salud se genera y degenera.
- Al estudiar una comunidad, vemos un conjunto de individuos y tratamos su singularidad, estadísticamente, o, estructuralmente.
- Al trabajar con individuos, los vemos a cada uno como un punto de intersección particular entre influencias pasadas y presentes.
- El estudio del enfermo y su familia no es más que una parte de esa integración más amplia, (Tomado de la Psicología Social, pág. 55. Que se encuentra sus referencias al final de cada tema.)

La investigación es el instrumento más utilizado en la obtención de datos para generalizar el comportamiento del hombre por su deseo de aferrarse a la vida en base a los factores que le motivan a continuar, existen situaciones vivenciales que se dan al inicio de la vida, otros eventos en la adolescencia y madurez que marcan una identificación, una razón para ser feliz.

Se observa en el ser humano que él es el resultado de su comunidad, de la sociedad a la que pertenece, de la pareja con quien convive; se siente útil o inútil en base a normas que rigen en ese grupo, entre ellos se protegen e intentan cuidar para desarrollarse, cada grupo humano, cada familia escoge un sistema de vida, así como existen los hipocondriacos que llevan medicamentos en su cartera y almacenan en sus veladores y armarios todas las medicinas para aferrarse a la salud, sin un cuidado adecuado en la forma de percibir la vida, los problemas, las circunstancias. Quieren curar el dolor de cabeza con medicamentos y continúan tensos por los problemas en su casa o en su trabajo. Pretenden curar la gastritis con medicamentos, y continúan con su ansiedad por obtener metas que resultan conflictivas.

1.4.2 Momento histórico en el que surge el modelo biomédico

La crisis del modelo biomédico en tanto fórmula de explicación y de respuesta al proceso salud-enfermedad-atención (P/SEA) en el mundo, a la luz de los radicales cambios producidos en la economía, la política y la cultura humanas -y, por consiguiente, en las ciencias- en los finales del siglo XX, ha instalado el desarrollo

de nuevas propuestas epistemológicas en el campo de la salud; el núcleo rector de ellas es la perspectiva biopsicosocial. El planteamiento esencial de este enfoque es la superación de los modelos explicativos uni o multicausalísticos del enfermar en la sociedad humana por un enfoque de multideterminación del mismo, la incorporación de las ciencias sociales en diálogo con las ciencias biomédicas y la validación plena de otras formas del saber acumuladas históricamente por las diversas culturas. Se trata de una propuesta de complejización y enriquecimiento de la comprensión del P/SEA, que da cuenta de la incorporación plena de las determinantes sociales y, por ende, ha expandido notablemente el campo de análisis sobre las formas de intervención en salud.

La cuestión planteada hoy es el cómo se realiza en la práctica este proceso de integración de los componentes biológicos, psicológicos y sociales en un campo de acción coherente, tanto desde las ciencias de la salud como de las políticas sanitarias. Esta propuesta pretende superar nodos históricos generados por el modelo biomédico (positivista y, por tanto, reduccionista): la primacía de lo individual por sobre lo colectivo, de los fenómenos biológicos por sobre los sociales, de las acciones curativas por sobre las preventivas y promocionales, de la atención clínica por sobre la intervención comunitaria, y, a partir de los años ochenta, la hegemonía de los modelos de gestión mercantil en salud por sobre los salubristas.

No se trata simplemente de operar con una intención aditiva, sumatoria de aquello que la epidemiología norteamericana impuso como «factores» cuando aludía a las dimensiones sociales, económicas y culturales del P/SEA; en este sentido recojo las palabras de Benedetto Saraceno: Sería un error limitarse a «sumar» la dimensión social a las dimensiones biológica y psicológica simplemente para enriquecer una lista de factores causales o de riesgo. La operación conceptual y operativa necesaria es mucho más compleja: concebir una aproximación global a la enfermedad y a la salud, donde incluso los modelos teóricos y las prácticas de tratamiento sean más complejos y no se limiten a añadir variables potencialmente implicadas en los procesos de salud y enfermedad. Ello implica una relación no simplemente aditiva sino interactiva entre las dimensiones biológica, psicológica y social” (Saraceno, 2004. Exposición crítica de las teorías vigentes sobre el origen de la vida. pág.: 45).

La transformación de la perspectiva biomédica en una biopsicosocial es un problema esencialmente político e ideológico que apunta a modificar ciertas estructuras del saber/poder en el campo de las ciencias que son las responsables históricas del ejercicio uniculturalista de la medicina en el mundo actual. Saraceno nos alerta acerca del peligro de hacer de lo biopsicosocial un mero elegante y progresista acto declamatorio al que todo el mundo adscribe pero

sin alcances en la práctica concreta. ¿Cómo hacer para superar este peligro de neutralización de esta propuesta transformativa por la vía de su esterilización práctica? Recogemos un señalamiento de Imre Lakatos desde la filosofía de las ciencias: “Desde la dialéctica, una pregunta científica es trascendente si es que lo que hacemos y sentimos es cambiado por la respuesta que demos a esta pregunta”.

(Lakatos, 2007). Lakatos, fiel al postulado de que la ciencia es un producto histórico y, por lo tanto, existe siempre en co-dependencia con los procesos sociales concretos, destaca su carácter radicalmente transformativo, estableciendo el imperativo del traslado del decir a un hacer que modifica la realidad. (Teorías para una epidemiología social del siglo XXI: Una perspectiva eco social. pág.: 35).

Sobre las causas del estado de salud o enfermedad, una de las corrientes, el denominado modelo biomédico, considera que las investigaciones, los recursos y la práctica en suma, deben ir dirigidos mayoritariamente al estudio de la lesión que, en el mejor de los casos, analizaría hasta las últimas causas internas de dicha lesión. La otra corriente, que se ha llamado también eco social, centra su interés en el estudio y comprensión de las causas externas que provocan la pérdida de salud (la enfermedad, la lesión) o la mejora de la salud en su acepción positiva.

En correspondencia con lo anterior, la corriente biologicista o biomédica prioriza en las intervenciones que tratan de buscar (diagnóstico) y reparar (tratamiento) la lesión en el individuo o individuos afectados por ella, mientras que la corriente social o eco social se preocupa en intervenir en las causas externas que producen dicha lesión, priorizando en las actividades de promoción y prevención. Por todo ello, de forma explícita o implícita, el modelo biomédico conceptualiza la salud como la ausencia de enfermedad o lesión, mientras que el eco social añade a dicho concepto la valoración de la salud positiva o estado de bienestar físico, psíquico y social, con capacidad de funcionamiento.

Nuestra sociedad viene, y ha venido, marcada por la forma de pensamiento, y de actuar, del paradigma o modelo biomédico que de forma mecanicista centra su interés, sus recursos y sus intervenciones en tecnologías diagnósticas y reparadoras (si es posible) o paliativas de la lesión, y en el estudio de las causas internas sin conexión con las externas. A nadie le queda duda de que cuando estamos ante un individuo enfermo, su problema debe ser estudiado y tratado, pero si no llegamos hasta las causas externas que lo produjo, el problema vuelve a aparecer en ese u otros individuos. Debemos centrar nuestra actuación en indagar y evitar que dicha enfermedad se produzca, bien lo dice el refrán popular: “es mejor prevenir que curar”. Por ello, nuestra prioridad a la hora de

investigar y de tratar los problemas de salud-enfermedad de la población, deben ser las causas externas.

Éstas resultan fundamentales y, en última instancia, son las responsables de las lesiones o enfermedades humanas y, no lo olvidemos, del estado de bienestar. Además, en su estudio debemos llegar “hasta las últimas consecuencias”, esto es, hasta las causas más amplias, las últimas, y considerar que existen distintos contextos donde se deben analizar los procesos que originan ese estado de mejora o pérdida de salud. (La noción de la cultura en las ciencias sociales. pág.: 120).

Como ha ocurrido a menudo a lo largo de la historia del pensamiento humano (y de las ciencias) es habitual pasar del mecanicismo al idealismo. En el terreno que nos ocupa encontramos corrientes que en su crítica al mecanicismo y determinismo del modelo biomédico -estudio de la lesión sin considerar la constelación de acontecimientos que la envuelven-, pasan al más puro idealismo planteando que el contexto, el conjunto de relaciones entre las partes, es el todo. Estas tendencias dentro del modelo social, desprecian lo biológico cuando precisamente la interrelación, en los distintos niveles, se produce entre lo biológico y lo social. Este enfoque debería plantear una visión dialéctica (no mecanicista) del proceso de enfermar o de proveer salud positiva.

El medio condiciona y modela nuestra biología, nuestra genética, que responde mejor o peor a las agresiones del medio. Esta visión dialéctica en las disciplinas de las ciencias del campo de la salud, y de otras como la biología, señala que un organismo vivo no es un sistema cerrado y autosuficiente, sino un sistema abierto dependiente de su entorno, del medio que habita. La diferencia particular entre una especie y otra radica, en esencia, en el tipo específico de relaciones recíprocas que mantienen con su entorno, que ocasionan efectos modificadores en su estructura, y por tanto en su biología, y funcionalidad, también recíprocos y específicos.

Cuando hablamos de los seres humanos, además de está interrelación de nuestra biología con el medio en una continua modificación –modelación- y evolución, también tenemos presente la interrelación entre unos humanos y otros, organizados en grupos socioeconómicos y culturales, la relación social. De ahí que también en determinados ámbitos se le denomine modelo o enfoque eco social para recalcar la importancia que el medio “incluido el social” tiene en nuestra configuración biológica y, por tanto, en nuestro estado de salud. Tomado de: La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. pág.: 58.

1.5 DEFINIR SALUD Y ENFERMEDAD

La definición de salud según la OMS (Organización Mundial de la Salud) es: Estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad. (Organización mundial de la salud 1997).

La definición mayormente utilizada por la administración sanitaria es la de Lalonde: la salud es “una variable influida por diferentes factores: biológicos o endógenos, ligados al entorno, los hábitos de vida y factores ligados al sistema sanitario”. Así, el conocimiento de los muchos y variados factores implicados en conseguir mejoras en la salud individual y colectiva, ha ayudado a establecer el papel que deben llevar a cabo los sistemas sanitarios.

El Diccionario de la Lengua Española define la salud como “el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones”.

1.5.1 La Salud y la Enfermedad como Términos Culturales

Al contrario de lo que se piensa habitualmente, en cuanto hecho biológico o ||o natura||, son varias las implicancias socioculturales de los términos salud y enfermedad. Se encuentra sano quien no ha desarrollado ninguna dolencia ni sintomatología. Estos dos enunciados deben ir juntos, pues pueden ocurrir interesantes paradojas. No es extraño que la construcción sociocultural de la enfermedad vaya acompañada de una sintomatología, la cual es utilizada en el diagnóstico y su identificación de los síntomas y signos. Sin embargo, puede desarrollarse una enfermedad asintomática, donde la persona puede incluso negar la existencia de la dolencia; o por el contrario, puede existir una sintomatología sin enfermedad, éste es el caso de las dolencias somáticas.

En cuanto la enfermedad opera como un hecho científico externo al individuo, siendo su causa una bacteria, un virus, un parásito u otro elemento patógeno, desde un punto de vista antropológico parece más correcto utilizar la palabra “dolencia. Dolencia es una condición de falta de salud sentida por un individuo, grupo o población. No es extraño, entonces, que la condición de falta o ausencia de salud no necesariamente implique el desarrollo de una enfermedad.

La antropología sociocultural ha demostrado, por medio de numerosas investigaciones en diversos pueblos y comunidades del planeta, que las percepciones de buena y mala salud, junto con las amenazas correspondientes,

se encuentran culturalmente construidas.

La psicología de la salud ha ayudado a consolidar un corpus de conocimiento, teórico y empírico, en el cual diversos grupos sociales y culturas reconocen una enorme heterogeneidad de dolencias, síntomas y causas. Su identificación, claro está, no ha pasado desapercibida para los especialistas, por lo que también se han desarrollado complejos sistemas de tratamiento, sanación y cura. Es casi un fenómeno universal encontrar, en todas las sociedades, sistemas más o menos complejos de cuidado de la salud, desarrollando determinadas creencias, costumbres, especializaciones rólicas y técnicas destinadas a conseguir la salud y prevenir, diagnosticar y curar dolencias.

Desde nuestra disciplina, términos tales como salud, dolencia y enfermedad pasan a ser vistos como construcciones culturales, los cuales varían en coordenadas espacio - temporales. Así, algunas explicaciones sobre el desarrollo e incubación de dolencias culpan a agentes externos, tales como hechiceros, brujas, fantasmas y espíritus de antepasados. Otras culturas americanas, explican las dolencias en términos naturales. Es el caso de la medicina occidental o biomedicina, que vincula la dolencia con agentes científicamente demostrados (Foster y Anderson, 1978). Igualmente, existen culturas que rescatan el papel de la significación emocional en la explicación de las causas de las dolencias. Dolencias o enfermedades producidas por frustraciones agudas o depresiones caen bajo su trasfondo. Quizá el psicoanálisis es un buen ejemplo, en nuestra sociedad occidental, de este tipo de explicaciones. Tomado de Salud, enfermedad y muerte: Dr. Flores R. (Antropología de la Muerte. Pág. 234) Revista Mad. No. 10 Mayo 2004. Departamento de Antropología Universidad de Chile.

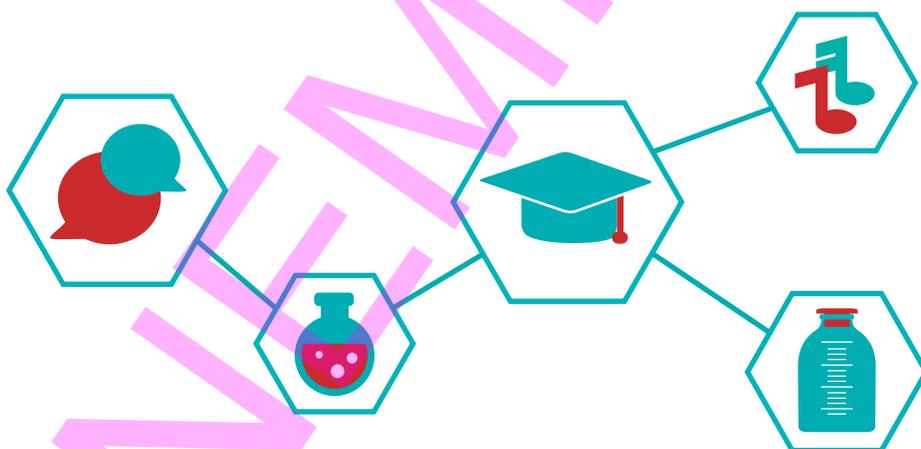
Se toma el significado de la enfermedad, relacionando el dolor que se siente con una disfunción del organismo, pero le atribuyen la razón a varios factores, de acuerdo a cada sector, país, o cultura, el factor en común es el dolor, sea físico, moral o psíquico. Y la causa puede ser física, emocional o por las dos razones.

1.5.2 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Por la estrecha relación que tiene con el concepto de prevención, es muy frecuente que la promoción de la salud se confunda con este concepto o se le asemeje. Al respecto, Milton Terris (1991: 2-3) plantea: “ la razón para la confusión que ahora presenciamos nace de la publicación Gente Sana, Informe del Cirujano General sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, 1979. Existe inconsistencia en estas apreciaciones; la prevención también empieza con personas que están sanas. Además la promoción de la

salud se interesa más allá de los estilos de vida; ella incluye como dijo Sigerist, “un nivel adecuado de vida, buenas condiciones de trabajo, educación, actividad física, descanso y recreación”. “Aunque el capítulo 10 se titula “Promoción de la Salud” se refiere fundamentalmente a la prevención de la enfermedad a través de programas como cesación de fumar, reducción del abuso consumo de alcohol y de drogas, mejoramiento de la nutrición, ejercicio físico y actividad física y control del estrés. Aún en estas tres últimas áreas, las cuales están verdaderamente relacionadas con la salud positiva, el énfasis mayor se hace en la prevención de la enfermedad”.

A pesar de que la frontera entre estos conceptos es difícil de determinar en la práctica diaria, cuando se realizan acciones para evitar que se produzca determinada enfermedad, se está haciendo prevención. El desarrollo de acciones orientadas a causar impacto en las condiciones sociales de la población o en su bienestar general, sin actuar en función de enfermedades concretas sino más bien por la salud positiva, es en esencia la promoción de la salud. Sencillamente es promover SALUD, teniendo claro que también, de ésta manera, se previene la enfermedad. (Dictionary of epidemiology 2003)



1.5.3 La Dolencia y la Enfermedad a la Muerte

La muerte es un acontecimiento universal. Salud, enfermedad y muerte son aspectos indisociables al ser humano. El hombre posee la certeza de que algún día dejará de existir. Por ello, le ha inquietado desde siempre y tiende a verse como un dato objetivo, estanco e indiscutible: es un hecho biológico.

Sin embargo, la muerte tiene un significado cultural profundo. La representación y las actitudes que han desarrollado diversas culturas, que incluyen costumbres, mitos, ceremonias, ritos, etc. han relevado las dimensiones sociales del fenómeno, restringiendo sus atribuciones médicas. Es bien cierto que por medio de las tradiciones culturales, el ser humano prolonga la vida más allá de la muerte, utilizando la más variada cultura material (atuendos, utensilios, panteones, etc.) hasta aspectos más ideacionales o la propia comunicación de los vivos sobre los difuntos, asignando nombres a las calles, etc. Toda cultura desarrolla creencias sobre la muerte, mientras que la religión, expresión de aquella, le reserva un lugar central.

En nuestra cultura occidental, hasta fines del siglo XVIII y principios del XIX la figura del médico estaba separada de la muerte. El médico acompaña al paciente mientras hay algo que hacer, cuando excedían sus posibilidades de accionar el agonizante quedaba al cuidado de su familia.

Al surgir la medicalización, comienza una fuerte intervención médica. La sanidad comienza a ser regulada y controlada por parte del Estado. El médico se convierte en el consejero y experto en observar, corregir y mejorar el cuerpo. Es su función de higienista, más que su prestigio como terapeuta, el que asegura su posición privilegiada en la sociedad.

A partir del S.XIX se comienza a confiar en el diagnóstico médico. Surge la medicina moderna, se crea el estetoscopio (1818) que llevan a la certeza y confianza en el diagnóstico médico de la muerte. Ella deja de ser patrimonio de la religión y de la filosofía, para ser una cuestión de la ciencia médica. (García Avelasturi Lourdes, Revista Madrid. No.10. Mayo 2004. Departamento de Antropología. Universidad de Chile).

1.6 DIFERENCIAR LOS COMPONENTES DE LA PROPUESTA MÁS ACTUAL DE SALUD.

En el Ecuador, en el período 2001 y 2002 se establece la Política y la Ley del Sistema Nacional de Salud, que marcaron tanto los principios generales como los aspectos jurídicos a la reforma estructural del sector de la salud.

Otro hecho constituye el inicio de actividades encaminadas a la participación de los diferentes integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la sociedad civil que promovieron, en octubre del 2002, el Foro Nacional de Investigación en Salud y para marzo del 2004, se instala la Comisión de Ciencia y Tecnología

(COMCYT) del Consejo Nacional de Salud (CONASA), con funciones específicas detalladas en el Reglamento a la Ley, e integrada por todos los delegados de las instituciones que constituyen el Sistema Nacional de Salud.

En cumplimiento de la legislación vigente en el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública lidera la Investigación y el Desarrollo Tecnológico en Salud, a través del Proceso de Ciencia y Tecnología (PCYT); quien por expreso mandato y, a través de su Misión y Visión, debe normar, organizar y controlar la Investigación en Salud, el Desarrollo Tecnológico del sector y la aplicación de la Bioética en las actividades relacionadas. (dictionary of epidemiology, pag. 456.).

1.7 MODELOS EN LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Los modelos nos dan un marco referencial para saber por dónde empezar, que pasos seguir, y que técnicas necesitamos para influir un cambio en las conductas de las personas.

1. Modelo Cognitivo – Social.

Asociados a los trabajos de Bandura, da importancia a los efectos del ambiente social y las cogniciones sobre la conducta y la influencia recíproca entre ellos. Este modelo ha tenido éxito en la Psicología de la salud, especialmente con los conceptos de “expectativa de autoeficacia”, esto es, las creencias relacionaron la habilidad que uno tiene para ejecutar una conducta determinada, y de “expectativa de resultado”, que se refiere a la creencia que la conducta puede producir los cambios deseados. Elementos de este modelo forman parte también de otros modelos y técnicas que se usan en la Psicología de la salud.

2. El Modelo de Creencias en Salud.

Se originó en intentos de los psicólogos del servicio de salud Pública de los EEUU por entender por qué tan pocas personas usaban programas y servicios que estaban a su alcance; concretamente por que no participaban en exámenes para ver si tenían tuberculosis. Se les pregunto a las personas en qué medida creían que eran susceptibles a la TBC y, en segundo lugar, si creían que podían obtener algún beneficio por participar en los chequeos.

El modelo se basa en la noción que el cambio hacia conducta saludables está

guiado por las creencias del individuo, específicamente por lo que se denomina la “expectativa de valor”, esto es, las personas van a cambiar su conducta si ésta resulta en algo valorado para ellas y tienen la expectativa de que pueda alcanzarse ese resultado.

Variables adicionales del modelo se refieren si acaso las personas creen que ellos son susceptibles a enfermarse, si ven como la enfermedad como sería de grave, o estiman que el comportarse de manera saludable o preventiva va a resultar más beneficioso que el costo involucrado en adoptar la conducta.

3. La Teoría de Acción Razonada (planeada).

Asociada a los planteamientos de los psicólogos Ajzen & Fishbein, si bien no nació de un interés específico en salud nos ayuda a entender como una persona llega a tomar una decisión para realizar cierta acción. Este modelo nos dice que la mejor forma de predecir la conducta es conocer las intenciones de una persona. Una intención representa un compromiso de la persona para actuar de cierta manera y es un fuerte predictor de la conducta manifiesta, provisto que se de en ciertas condiciones; entre estas, que el tiempo transcurrido entre la declaración de intención y la ejecución de la conducta no sea muy prolongada y la especificidad de la acción requerida para materializar la intención de cambio. Las intenciones son influenciadas por las actitudes, normas subjetivas y las percepciones provenientes de las presiones sociales, por ello no se considera como un modelo que por sí solo puede explicar conductas preventivas.

4. Modelo de Reducción de Riesgo.

Las intervenciones conocidas como de reducción de factores de riesgo conductual, intentan lograr un cambio de actitudes y motivar a la persona a desarrollar habilidades conductuales que reduzcan el riesgo, aumentando de paso la percepción de autoeficacia para iniciar y mantener los cambios comportamentales deseados. Asimismo, se intenta crear una red de apoyo social que refuerce las conductas preventivas o de bajo riesgo. Para lograr el cambio se usan técnicas tanto de la psicología social, como cognitivas-conductuales.

5. El Llamado Modelo Transteórico del Cambio Conductual.

Llamado también simplemente el modelo de Prochaska (su principal impulsor), se focaliza en las condiciones que hacen posible el cambio. La observación de

individuos que están tratando de cambiar por sí solos, sin ayuda profesional, nos enseña que las personas progresen de manera de una manera gradual, continúa y a través de un proceso dinámico de 5 etapas a medida que tratan de reducir o eliminar conductas riesgosas. El modelo nos sugiere que hay que diseñar estrategias de cambio que estén de acuerdo a las características de los sujetos a los cuales están dirigidas.

El modelo evalúa la etapa o el estadio en el cual se encuentra la persona en términos de su “intención hacia el cambio”, examina las ventajas y las desventajas del cambio, y la habilidad de la persona para ejecutar el comportamiento necesario que lo lleve a mantener un cambio duradero de la conducta deseada. La prevención de la recaída se ve como parte de la última etapa de mantenimiento.

6. El Modelo Integrativo.

Está basado en las ideas de Bandura y del conductismo skinneriano e intenta integrar la psicología de la salud con la salud pública. Es un modelo que pretende enfocarse hacia la comunidad y no hacia problemas individuales. Define el problema usando indicadores epidemiológicos y de psicología. Su forma de aproximarse a los problemas es multidisciplinario y multinivel, lo crítico, según este enfoque, es comprender el estilo de vida y los factores conductuales dentro del entorno en el cual se dan.

Las primeras fases del análisis incluyen tanto el nivel personal como el nivel interpersonal. Hay un tercer nivel donde se considera el ambiente social más inmediato. Un cuarto nivel considera los aspectos institucionales, sociales, culturales, políticos y económicos, como clases de factores que afectan la conducta. Finalmente hay un nivel que implica la evaluación del impacto de las intervenciones, esta fase de evaluación del programa es importante pero generalmente se hace de manera poco sistemática, si es que se hace a pesar que se centra en metas específicas, este modelo es complejo y se considera como un modelo de planeación.

1.7.1 Limitaciones de los Modelos.

- A. Son representaciones parciales de la realidad.
- B. Se han centrado solo en la parte individual.
- C. Sesgan el trabajo en Psicología de la Salud hay quejas de grupos feministas y ancianos (no inclusión en los estudios médicos).
- D. La mayoría de sus modelos no le permiten considerar el contexto cultural

y social de algunas conductas saludables.

- E. Los modelos de psicología de la salud generalmente no han tomado en cuenta los diferentes estadios de desarrollo del individuo.
- F. No hay que olvidar que la salud por su naturaleza misma es un constructo multidimensional. Tienen implicaciones multidisciplinarias.

1.8 OBJETO DE ESTUDIO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

- Conocer al hombre en su contexto socio-histórico-cultural donde se desarrolla, vive.
- La influencia de las determinantes económicas y sociales, sus necesidades, sus motivos e intereses con respecto a la protección de la salud que cada grupo humano posee.

1.8.1 Objetivos de la Psicología de la Salud:

Los objetivos de la psicología de la salud quedaron definidos en Yale en 1977 y en el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias en 1978, quedan resumidos en:

- Aumento de salud y bienestar de las personas.
- Prevención o modificación de las enfermedades.
- Mejor funcionamiento de casos con trastornos.

Para lograrlos se debe realizar lo siguiente:

- El control del estrés.
- El aprendizaje o eliminación de comportamientos que favorezcan o que perjudiquen a la salud.
- Modificación de respuestas concretas de conductas ambientales para cada trastorno.



Estableciéndose hoy en día tres principales causas de enfermedad, en los cuales el estrés interviene:

- Enfermedades del corazón.
- El cáncer.
- Los accidentes cerebro vascular.

1.9 OPS/OMS. FUNCIONES ESENCIALES LA SALUD PÚBLICA EN LAS AMÉRICAS

Dentro de una Investigación en salud pública se define funciones a la salud pública.

Esta función incluye:

- La investigación rigurosa destinada a incrementar el conocimiento que apoye la toma de decisiones en sus diferentes niveles.
- La aplicación y desarrollo de soluciones innovadoras en materia de salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- El establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas, intra y extra sectoriales, para realizar estudios oportunos que apoyen la toma de decisiones de la ASN en todos sus niveles y en su más amplio campo de acción.

Indicadores:

- Desarrollo de un programa de investigación en salud pública.
- Desarrollo de la capacidad institucional de investigación.
- Asesoramiento y apoyo técnico para la investigación en los niveles subnacionales de salud pública. (dictionary of epidemiology, 2001).

De donde se obtienen claros objetivos que deben ser obtenidos en el proceso de aplicación de la salud pública. (Foro Andino, Abril 1996).

Los objetivos del milenio (ODM)

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Alcanzar la educación primaria universal.

EPÍTOME DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

3. Promover la igualdad de género y empoderar a las mujeres.
4. Reducir la mortalidad infantil.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades.
7. Asegurar la sostenibilidad ambiental.
8. Promover la asociación global para el desarrollo.



Tabla 1. Funciones del Sistema de Salud

Funciones del Sistema Nacional de Salud				
Rectoría	Coordinación	Provisión de servicios	Aseguramiento	Financiamiento
<p>El Estado garantizará la rectoría del sistema a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.</p> <p>Constitución de la República del Ecuador Art. 361</p>	<p>Es la función del sistema que coordina el relacionamiento entre las demás funciones y entre los integrantes del Sistema. Su ejercicio es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud.</p> <p>Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art. 10</p>	<p>La provisión de servicios de salud es plural y con participación coordinada de las instituciones prestadoras. El Sistema establecerá los mecanismos para que las instituciones garanticen su operación en redes y aseguren la calidad, continuidad y complementariedad de la atención.</p> <p>Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.11</p>	<p>Es la garantía de acceso universal y equitativo de la población al Plan Integral de Salud en cumplimiento al derecho Ciudadano a la protección social en salud. Se promoverá la ampliación de cobertura de salud de todas las entidades prestadoras de servicios y del Seguro General Obligatorio y Seguro Social Campesino, pertenecientes al IESS, de otros seguros públicos, como el Issfa e Isspol.</p> <p>Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.12</p>	<p>El financiamiento es la garantía de disponibilidad y sostenibilidad de los recursos financieros necesarios para la cobertura universal en salud de la población. El Consejo Nacional de Salud establecerá mecanismos que permitan la asignación equitativa y solidaria de los recursos financieros entre grupos sociales, provincias y cantones del país, así como su uso eficiente.</p> <p>Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Art.13</p>

Fuente: Foro Andino, Abril 1996 , Autor. Dr. Holguer Romero U.

Como es lógico, se necesitan definiciones de salud y enfermedad más prácticas. La epidemiología se centra en aspectos de la salud que son relativamente fáciles de medir y que constituyen prioridades para la acción. En las comunidades en las que se han realizado progresos en la prevención de la muerte e incapacidad prematuras se presta cada vez más atención a los estados positivos de salud. Por ejemplo, en la Carta de Ottawa de 1986 se anunció una iniciativa internacional importante de promoción de la salud.

Las definiciones del estado de salud que utilizan los epidemiólogos tienden a ser simples, por ejemplo, “presencia de enfermedad” o “ausencia de enfermedad”. El desarrollo de criterios para la determinación de la presencia de una enfermedad requiere una definición de normalidad y anormalidad. Sin embargo, a menudo es difícil definir lo que es normal y la distinción entre lo normal y lo anormal muchas veces no es clara. Los criterios diagnósticos suelen basarse en síntomas, signos y resultados de pruebas complementarias. Así una hepatitis puede identificarse por la presencia de anticuerpos en la sangre y una asbestosis, por los síntomas y signos de alteraciones específicas de la función pulmonar, por la demostración radiográfica de fibrosis en el tejido pulmonar o engrosamiento de la pleura y por una historia de exposición a las fibras de asbesto. En el cuadro 2.1 se muestra un ejemplo más complejo, los criterios diagnósticos modificados de Jones para la fiebre reumática, tal como han sido propuestos por la American Heart Association.

El diagnóstico puede hacerse teniendo en cuenta varias de las manifestaciones de la enfermedad, siendo algunos signos más importantes que otros. Tomado: (Organización Mundial de la Salud N° 1, 1979).

1.9.1 Comparaciones de la frecuencia de enfermedad.

Medir la frecuencia de enfermedades u otros estados de salud es solo el comienzo del proceso epidemiológico. El paso siguiente es comparar la frecuencia en dos o más grupos de personas que hayan tenido distintas exposiciones. Una persona puede haber estado o no expuesta a un factor que se quiere investigar. A menudo se utiliza como grupo de referencia un grupo de no expuestos.

La cantidad total de un factor que ha alcanzado a una persona recibe el nombre de “dosis”.

La comparación de las frecuencias de enfermedad puede utilizarse para calcular el riesgo de que una exposición dé lugar a un efecto sobre la salud. Pueden establecerse comparaciones absolutas o relativas; las medidas resultantes

describen la fuerza con la que se asocia una exposición a una determinada evolución. (Principios y Métodos de la epidemiología pág. 342-349).

1.9.2 Otros indicadores globales del nivel de salud poblacional.

Quienes toman decisiones políticas y sanitarias enfrentan la tarea de responder a las prioridades actuales de prevención y control de enfermedades, a la vez que son responsables de predecir las futuras prioridades.

Tales decisiones han de basarse en indicadores globales que cuantifiquen la carga de enfermedad a nivel poblacional. Estos indicadores han de combinar de manera coherente y con una unidad de medida común las muertes y el tiempo de vida sana perdido por una enfermedad.

Ese tipo de indicadores globales sirven para tener un patrón común con el que cuantificar la carga de enfermedad de la población.

La duración de la vida combinada con algún tipo de noción de su calidad se refleja en los siguientes indicadores poblacionales:

- Años de vida potencial perdida (VPP), basados en los años de vida perdidos por muerte prematura (es decir, antes de una edad arbitrariamente determinada);
- Esperanza de vida sana (EVS);
- Esperanza de vida sin discapacidad (EVSD);
- Años de vida ajustados según calidad (AVAC);
- Años de vida ajustados según discapacidad (AVAD). (Medical Anthropology. Pág. 45-56).

1.9.3 Determinantes de la salud, indicadores de salud y factores de riesgo.

A través del trabajo de investigadores como Sir Michael Marmot, ahora entendemos que la buena salud no se basa únicamente en las intervenciones médicas, sino también con las condiciones de vida y las opciones personales. Los determinantes de salud son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal. Estos atributos incluyen pero no se limitan a la enseñanza, el empleo el nivel de ingresos y la distribución, la vivienda, el desarrollo infantil, la seguridad alimentaria y la nutrición, la raza, el género y el estrés. Se ha

demostrado que dichos factores tienen asociaciones marcadas con los riesgos para diferentes enfermedades, la esperanza de vida y la morbilidad de por vida. En las últimas décadas, las crecientes disparidades de salud en los países desarrollados y entre países en vías de desarrollo y los países desarrollados han sido asociadas con estos factores sociales.

Mientras los trabajadores de salud pública y los políticos tratan de reducir esta brecha, se enfrentan a retos en el diseño e implementación de programas que sean lo suficientemente amplio como para abordar cuestiones que tienen relaciones complejas y causales, de largo plazo con vías de enfermedades específicas. Sin embargo, tanto la motivación como la acción eficaz para desarrollar la investigación y los métodos de intervención seguirá creciendo en este campo de la salud pública

1.9.3.1 Determinantes de la salud

Suelen definirse como determinantes de la salud aquellos factores subyacentes de orden social, económico, cultural o ambiental que contribuyen a la salud o la enfermedad. La mayor parte de estos factores están fuera del ámbito del sector sanitario.

1.9.3.2 Indicadores de salud

Un indicador de salud es una variable que puede medirse directamente y que refleja el estado de salud de la gente de una comunidad. La OMS reporta cada año la información más reciente de unos 50 indicadores de salud. Los indicadores de salud pueden usarse como componentes para calcular un índice de desarrollo social más general. El mejor ejemplo es el índice de desarrollo humano, que jerarquiza los países cada año según una combinación de nivel de desarrollo económico, nivel de alfabetización, educación y esperanza de vida. (Coherencia y poder en las propuestas de salud pág. 3-24)

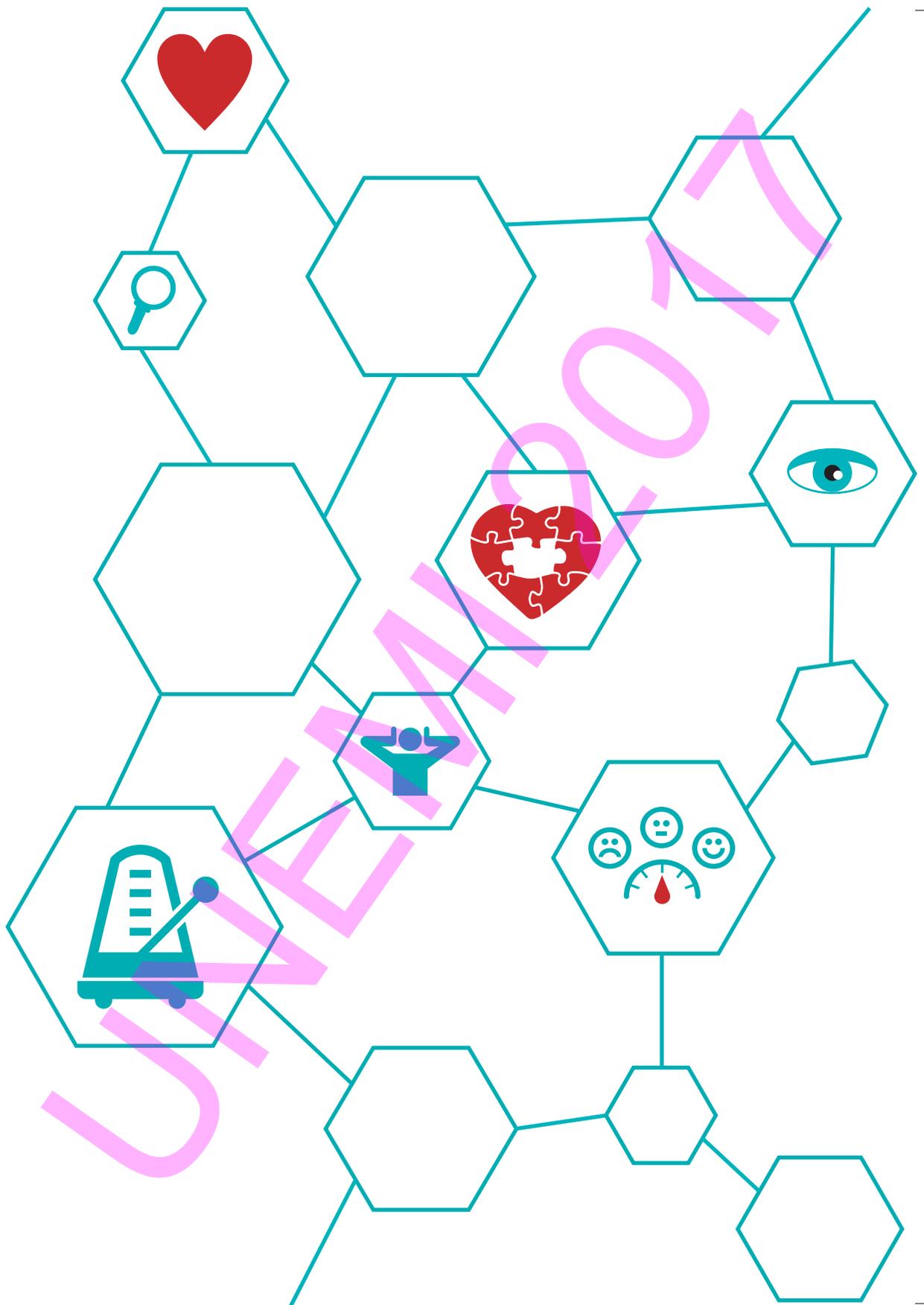
1.9.3.3 Factores de riesgo.

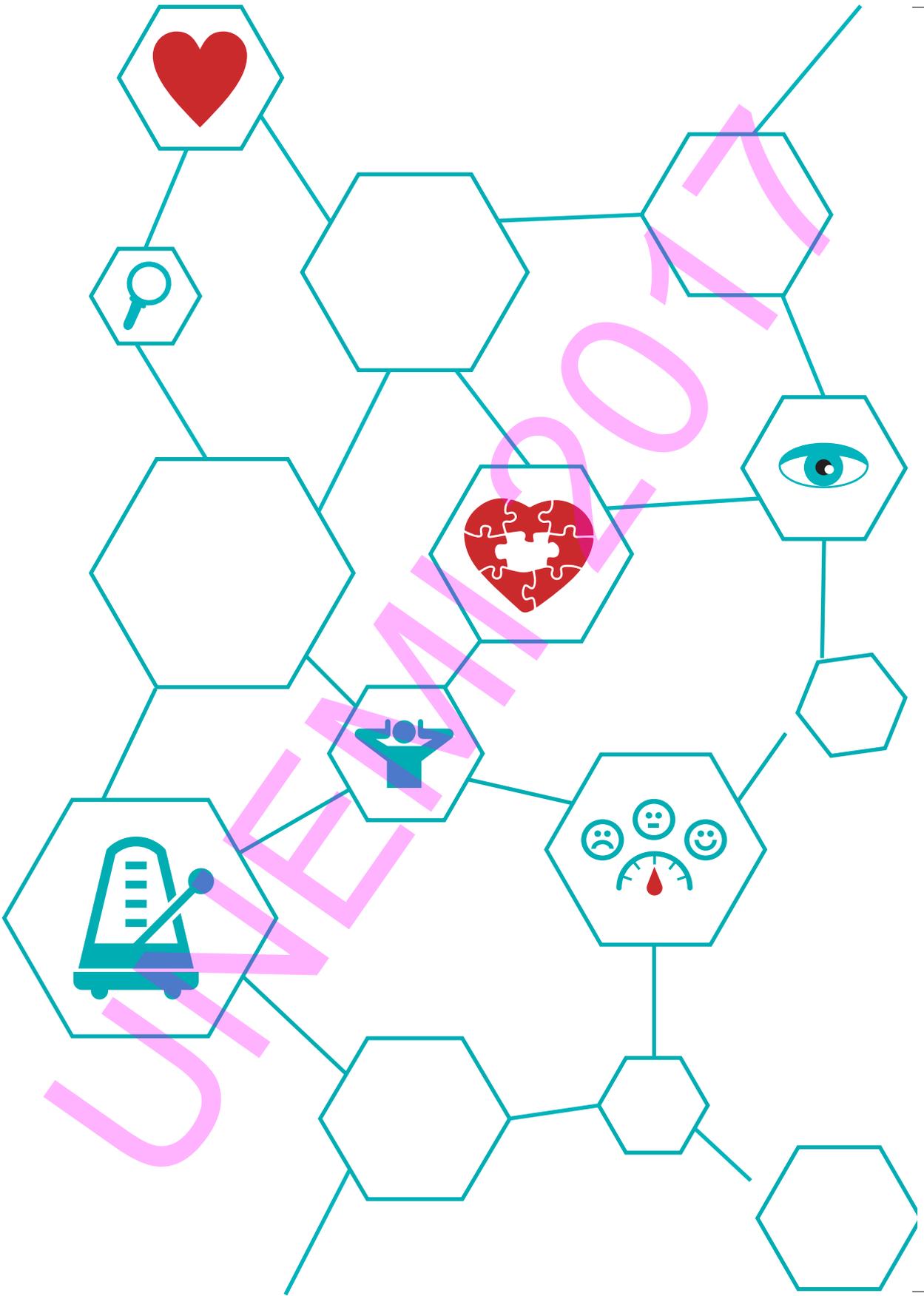
Un factor de riesgo es algún hábito personal o una exposición ambiental que se asocia con un aumento de la probabilidad de que se produzca una enfermedad. Como los factores de riesgo en general pueden modificarse, las intervenciones para modificarlos en una dirección favorable pueden reducir la probabilidad de

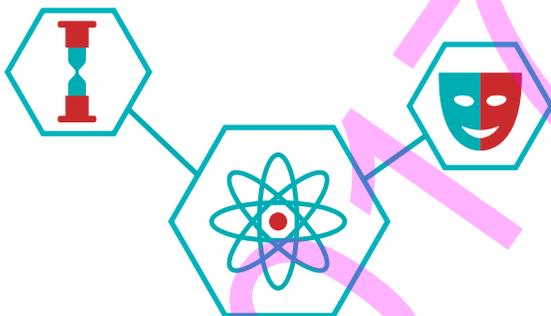
aparición de la enfermedad. El impacto de estas intervenciones puede evaluarse mediante mediciones repetidas en las que se usen los mismos métodos y definiciones. (Salud y Sociedad 1986).

1.9.4 Definición, descripción y explicación de problemas de salud – enfermedad

Los hechos que percibimos como fenómenos de la salud y enfermedad ocurren en diferentes dimensiones. Ellos pueden ser variaciones (movimientos, flujos de hechos) singulares es decir entre individuos o entre agrupaciones de la población por atributos individuales, o ser particulares, es decir, entre grupos sociales en una misma sociedad y en un mismo momento dado (grupos que difieren en sus condiciones objetivas de existencia), o en movimientos generales, flujos de hechos que corresponde a la sociedad en general, global. De esta manera los problemas de salud pueden ser definidos como tales en algunas dimensiones.







CAPITULO II

BASES CONCEPTUALES EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

*La pasión por la vida crece
En el seno de las grandes desgracias.
Albert Camus, LA PESTE*

RESUMEN

La psicología de la salud se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas, intentando compensar el desequilibrio homeostático, producido por diversos factores incluyendo al estrés por las diferentes concepciones del contexto social; la percepción de cada individuo es diferente y su concepción determinará una forma de actuar sui generis.

Dr. Holguer Romero-Urréa, MSc.

Psic. Johanna Arellano-Romero, MSc.

Egda.Psic. Anita Romero-Urréa

Dr. Guillermo León-Samaniego, MSc.

Egdo.Med. Lenin Romero-Velóz

2.1 PSICOLOGÍA Y SALUD

Los pensamientos, sentimientos y estilo general de manejo son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física, es lo que podríamos denominar integración mente y cuerpo.

Resulta generalmente aceptado que el primer intento de definición formal de la psicología de la salud parece deberse a Matarazzo (1980), quien la considero como “el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología 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, la enfermedad y las disfunciones relacionadas”.

Esta definición acabó por convertirse en la definición “oficial”, de la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), ya que en su reunión anual 1980, fue adoptada como tal con muy pocos cambios.

A partir de ese momento, se estableció como punto de arranque conceptual para señalar los objetivos, tratando de diferenciarlas de otras especialidades afines y complementarias. Así pues, ha habido otros intentos de definir la psicología de la salud que revisaremos a continuación.

Gatchell y Baum (1983), lo define como disciplina relativa al papel primario de la psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual.

Bloom (1988), estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionados con la salud y la enfermedad.

Es la ciencia dedicada al estudio de la conducta o el comportamiento humano en los procesos de pensamientos y sentimientos a través de las distintas manifestaciones en las que esta puedan tener lugar: lo cognitivo, lo emocional o psicofisiológicas en general y la aplicación práctica positivista de este conocimiento en los distintos ámbitos o contextos en que los seres humanos pueden desarrollarse. (García, Avelasturi, 1983).

La salud el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (OMS. 1948).

Conjunto de contribuciones específicas, educativas, científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y mantenimiento de la salud, en

la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción correspondiente, el análisis y mejora del sistema sanitario y la elaboración de políticas de salud” (Matarazzo, 1982).

La psicología de la salud se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas (habitualmente permanentes e incurables), tan diversas de las cuales nos ocuparemos más adelante como es: la hipertensión, diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, SIDA. (Luzoro G Jorge, 1992).

La Psicología de la salud podría ser definida como “la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar” (Oblitas 2006).

Sarafino (1990), Campo de la psicología introducido a finales de los 70 para examinar las causas de las enfermedades y estudiar vías para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario.

Carboles (1993), Campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la salud especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos 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 la salud existentes en la actualidad.

Simón (1993), confluencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (psicología clínica, psicología básica, psicología social, psicobiología), tanto a la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad.

Marks (1995), la aplicación de la psicología a la salud, los problemas de la salud y cuidado de la salud para la promoción, mantenimiento y restauración de la misma.

Taylor (1995), campo de la psicología dedicado al conocimiento de las influencias psicológicas en cómo la gente permanece sana, por qué enferman y cómo

responden cuando están enfermos.

Psicología de la Salud:

Disciplina o campo de especialización de la psicología que aplica los conocimientos y técnicas científicas desarrollado para evaluar, diagnosticar, explicar y tratar de modificar y prevenir las anomalías o trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante en los procesos de salud y enfermedad en varios contextos.

2.2 EL CONCEPTO DE PROCESO MOTIVACIONAL Y SUS APLICACIONES AL COMPORTAMIENTO SALUDABLE

Es inevitable que en la realidad actual de salud, enfermedad y muerte de nuestras poblaciones nos preguntemos por una cuestión que tiene ribetes eminentemente motivacionales: ¿Por qué la gente, a pesar de saberlo, realiza acciones que son perjudiciales e incrementan el riesgo de enfermedad, cómo podemos fomentar que las personas eviten esas acciones, y qué podemos hacer para promover que realicen otras que son benéficas para la salud y la calidad de vida? La naturaleza motivacional de la pregunta se debe a su referencia a dos aspectos definitorios de la motivación:

- a) De una parte, a que este proceso psicológico se refiere a lo que da inicio y mantiene los cursos de acción de la persona hacia el logro de metas.
- b) De otra, a que las acciones humanas que constituyen factores de protección o factores de riesgo para la salud son comportamientos complejos, voluntarios, que las personas realizan con propósitos concretos, generalmente de tipo hedonista, siguiendo secuencias conducentes a tomas de decisiones explícitas, que se pueden analizar detenidamente a partir de las fases propias del proceso motivacional. Algunos de esos análisis han llegado a tener gran relevancia en el ámbito de la salud, constituyéndose en modelos teóricos particulares que orientan la búsqueda de explicaciones y la implementación de intervenciones con el objeto de comprender y de manejar los comportamientos relevantes para la salud y para la enfermedad.

2.3 DISCIPLINAS AFINES A LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En un trabajo de investigación con el título: Imagen de la psicología como



profesión sanitaria en profesores universitarios de psicología y de medicina, cuyos autores como Buela-Casal, G., Gil Roales-Nieto, en una reciente reflexión defiende que Medicina y Psicología comparten como objetivo común el bienestar de las personas (Reig-Ferrer, 2005). En esta misma línea, Buela-Casal (2004) pone de manifiesto las conexiones entre Psicología y Medicina en los inicios de la Psicología española, y describe la relación existente entre la Psicología y otras disciplinas de las Ciencias de la salud presente desde hace varias décadas en distintos ámbitos sanitarios, así como la existencia de campos interdisciplinares y, en especial, la aparición de la Psicología de la salud y la incorporación del psicólogo al ámbito hospitalario.

A su vez y en la misma línea, Carpintero (2004) señala varias razones por las que la Psicología se debe encuadrar dentro de las profesiones sanitarias: la Psicología promueve el bienestar y la calidad de vida, la formación del psicólogo va encaminada a tal fin usando una metodología rigurosa, toda intervención psicológica implica una interrelación con el cliente y, por último, en todas las intervenciones, el psicólogo trata de promover la salud según los criterios de la Organización Mundial de la Salud.

En nuestro país, Ecuador, la psicología en especial la clínica forma parte de las ciencias de la salud, a parte de la psicología educativa, jurídica o forense, del medio ambiente e industrial, se han desarrollado especialidades dentro de la psicología clínica, como clínica infantil, geriátrica, psico rehabilitación, entre otras; la similitud entre estas especialidades es que usan la psicoterapia como principal instrumento para recuperar en bienestar integral del paciente; a excepción de algunos países que en el pensum de estudios incluyen psicofarmacología que estarían facultados para medicar.

Se ha constatado arbitrariamente que algunos psicólogos medican, fármacos neurolépticos, sin que estén académicamente preparados para hacerlo, no es el caso de psicólogos que a más de esa profesión sean médicos, pero bajo las leyes de nuestro país, incluso ellos, deben solicitar una autorización en el ministerio de salud para trabajar con este tipo de medicamentos, porque aplicado en dosis altas podrían ser utilizados como elementos químicos que producen efectos alucinógenos o inhibidores, en otros términos pueden ser usados como drogas.

En las unidades hospitalarias la participación del psicólogo es indispensable en el equipo multidisciplinario e interdisciplinario, la integridad del paciente concierne el bienestar físico y mental, y si se entiende que existen enfermedades que se originan por alteraciones de conducta, malos hábitos o costumbres. El fumar es mal hábito, que produce cáncer, la falta de control de la ira, es un mal hábito que produce, gastritis, ulcera y cáncer.

La disminución de la capacidad inmunológica producida por el estrés constante producido por la rutina o el trabajo bajo presión y la falta de control de estos estímulos, producen enfermedades con daño físico, a nivel digestivo, cardiaco, endocrinológico.

En la investigación Imagen de la psicología como profesión sanitaria, presentan otras investigaciones que toman como centro la imagen de la Psicología entre los psicólogos y médicos. En algunas de ellas se pone de manifiesto que la imagen que los propios psicólogos tienen de su profesión no es excesivamente positiva; así, Harnett, Simonetta y Mahoney (1989) analizan la percepción que los psicólogos no clínicos tienen de los psicólogos clínicos, concluyendo que su imagen de estos últimos sólo es moderadamente positiva puesto que sólo buscarían ayuda profesional de un 25% de los psicólogos clínicos que conocen, y hasta un 35% se muestran indecisos o en desacuerdo con la efectividad de la psicoterapia.

En una meta análisis de 60 estudios de este tipo llevado a cabo por Von Sidow y Reimer (1998) se señala sorprendentemente que los psicólogos afirman que su profesión es percibida por la población general de forma más negativa de lo que en realidad ocurre. En España, Sanz (2002), ha puesto de manifiesto un incremento de las investigaciones en Psicología de la salud y en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, lo que refleja el avance de la Psicología clínica y de la salud operado en España en los últimos años. Por otro lado, en una encuesta realizada entre profesores de la Facultad de Psicología de Sevilla se pone de manifiesto que estos consideran a la Psicología como la Ciencia de la Conducta, siendo las teorías conductuales una vez más las mejor aceptadas (García et al., 2004).

Esta misma tendencia se aprecia en el estudio llevado a cabo por Santolaya Ochando, Berdullas Temes y Fernández Hermida (2002) en el que se analizó la situación profesional de los psicólogos españoles a partir de los resultados de una encuesta compuesta por 6.765 colegiados.

Con lo referido en las diferentes investigaciones, el psicólogo participa en todas las especialidades médicas, con la capacidad suficiente para coadyuvar al bienestar general del paciente, teniendo en cuenta que la manera más efectiva de participar en el equipo, es a través de la investigación.

2.4 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Es de gran importancia para una especialidad reciente definir con claridad su

objeto de estudio, a la vez que delimitar su área de actuación a nivel académico, investigador y profesional, de otras disciplinas, especialidades y campos de estudio con los que puedan encontrarse solapamientos totales o parciales, así como contradicciones. En conclusión la psicología de la Salud necesita precisar su ubicación con respecto a la Psicología Clínica, medicina conductual, psicología comunitaria.

2.4.1 Medicina comportamental

Aparece a comienzos de los años 70, definida por su Conferencia Fundacional de Yale (1977) como el campo interdisciplinario referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad, y la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

El término medicina comportamental se utiliza, por tanto, para referirse a un campo interdisciplinario de investigación, educación y práctica, referido a la salud/enfermedad física, que reúne elementos provenientes de la ciencia del comportamiento, tales como la psicología y la sociología, o la antropología, y de la educación sanitaria, pero también de la epidemiología, fisiología, farmacología, nutrición, neuroanatomía, endocrinología, inmunología, odontología, medicina interna, enfermería, trabajo social y salud pública entre otras, para colaborar en el cuidado de la salud y en el tratamiento y prevención de las enfermedades.

2.4.2 Psicología clínica

Cuando se hace mención a la psicología clínica se entiende como el conjunto de actuaciones sobre sujetos que presentan problemas o trastornos psicológicos. Su principal característica será, pues, el establecimiento de una relación entre el psicólogo y su paciente con una dimensión de apoyo y ayuda, a través de los conocimientos y la actuación psicológica.

Para la American Psychological Association (APA) es la forma de la psicología aplicada que pretende determinar las capacidades y características de la conducta del individuo recurriendo a métodos de medición, análisis y observación, y que, con base en una integración de estos resultados con los datos obtenidos a través del examen físico y de las historias sociales, ofrece sugerencias para la adecuada adaptación del sujeto.

Así, los supuestos teóricos que definen el trabajo en la clínica, los modelos explicativos de los trastornos abordados y las estrategias y objetivos de la intervención están relacionados con esta existencia de un paciente que demanda ayuda para afrontar su problema.

La psicología clínica se aplica al ámbito tradicional de intervención psicológica: los trastornos emocionales (ansiedad y depresión, principalmente). Es el campo tradicional de los trastornos psicológicos, que coincide con el psiquiátrico. Además, habría que incluir la intervención en otros problemas mentales, como la esquizofrenia, la rehabilitación de pacientes crónicos, etc.

2.4.3 Psicología comunitaria

Conceptualmente la psicología comunitaria debe entenderse destinada a la comprensión, explicación y solución de los problemas desde el punto de vista supraindividual (social comunitario), enfocando su actuación preferentemente, aunque no únicamente, en el cambio y la mejora del medio.

La psicología comunitaria surge como una alternativa a la psicología clínica, orientándose a la comprensión y resolución de ciertos problemas o patologías con un fuerte componente socio ambiental (drogadicción, marginación, delincuencia, prostitución, etc.) en los que la mejor metodología, por la índole de los mismos, es el abordaje a niveles supraindividuales o comunitarios, siendo el objeto de su actuación la mejora de ambientes y recursos sociales y el aumento de las habilidades y competencias personales para mejorar el ajuste entre personas y ambientes y la calidad de vida en la comunidad.

2.4.4 Psicología de la salud

Aparece como un área más específica que subraya el papel primario de la psicología como ciencia y como profesión en el campo de la medicina comportamental y que se definió como “el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la especialidad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitarias” . Ramas afines que estudian la salud:

Salud comportamental: un campo interdisciplinario que se localiza

conductualmente promoviendo buenos hábitos de salud y previniendo la enfermedad entre los que actualmente gozan de buena salud.

- **Medicina psicosomática:** es una aproximación a la enfermedad que se basa en las hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades.
- **Psicología médica:** Abarca todos los conocimientos de psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la relación médico-enfermo, la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo y los procedimientos de curación o psicoterapia.
- **Psicofisiología experimental:** su objeto de estudio son las bases fisiológicas de los procesos psicológicos.
- **Sociología médica:** la especialidad dentro de la sociología que estudia los aspectos sociales de la salud y la enfermedad.
- **Antropología médica:** la especialidad dentro de la antropología que estudia los aspectos culturales de la salud y la enfermedad.
- **Medicina preventiva:** se ocupa de impedir, en el individuo, familia o grupos de población, la aparición, desarrollo y prolongación de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, manteniendo y promoviendo la salud, por el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación, así como evitando y limitando la invalidez que aquellos puedan ocasionar.
- **Educación para la salud:** un proceso cuyas dimensiones intelectual, psicológica y social se relacionan con actividades que incrementan las capacidades de las personas para tomar decisiones bien informadas que afectan a su bienestar personal, familiar y comunitario.
- Los psiquiatras son también médicos y como tales han estudiado la enfermedad mental desde el punto de vista de la medicina, usualmente ayudan de medicamentos o psicofármacos, por otro lado reconocen trastornos mentales que no son llegados a ser realmente enfermedades sino conflictos u otro tipo de situaciones que requieren atención psicofarmacológica sino psicoterapéutica, lo que en buena parte de los casos están capacitados para brindar. En cambio, el psicólogo clínico



ha estudiado los trastornos mentales desde la perspectiva psicológica y ve a las enfermedades mentales desde esta perspectiva y acorde con su orientación teórica particular (dinámica, psicoanalítica, conductual, cognitiva, sistémica, etc.), y su tratamiento o acción terapéutica la ejerce desde otro ángulo, basado predominantemente en la palabra o comunicación con el paciente y otras estrategias, ya que al no ser médicos, no están en capacidad de prescribir fármacos. (UESS pag 8).

Los recientes avances científicos en el campo de la neurociencia han permitido comprender con una mayor profundidad la compleja organización y funcionamiento del sistema nervioso central neuropsicología, psicología trascendental y caracterizar las alteraciones estructurales, metabólicas y fisiopatológicas de los trastornos mentales.

Asimismo, las investigaciones en genética están perfilando un futuro en el que se podrán definir las bases genéticas de la vulnerabilidad de los trastornos psiquiátricos. Sin embargo, la comprensión de la conducta humana no sería integral si no tenemos en consideración los fundamentos psicológicos y sociales de la misma como factores que interaccionan con los mecanismos biológicos en la manifestación de la enfermedad psiquiátrica. (JR Cooper. 1991).

2.4.5 La homeopatía

Es un sistema terapéutico que consiste en administrar sustancias en dosis infinitesimales y que, en un sujeto sano, producirán los mismos síntomas que la enfermedad que vamos a tratar. Cada tratamiento exige una “individualización” meticulosa. La práctica de la homeopatía consiste en buscar los puntos de contacto existentes entre los síntomas que experimentalmente produce un remedio y los síntomas que presenta el enfermo. En múltiples ensayos clínicos la homeopatía difiere del placebo, aunque su efecto no sea explicable por la medicina tradicional. La homeopatía es una medicina actual que se integra perfectamente dentro de la corriente de ciencias médicas y humanas que llamamos medicina holística. (A. Ballester Sanza, M.J. Sanz Franco y E. Galan Grauba).

La homeopatía nos permite tratar tanto enfermedades crónicas como agudas, pero a su vez de una forma preventiva aquellas enfermedades que nos ocasionan riesgo debido a antecedentes familiares. (Beatriz Montoto Fernández, 2006).

Algunas de las enfermedades prevenibles a ser tratadas con homeopatía son:

- Cefaleas.
- Afecciones respiratorias y del aparato digestivo.
- Enfermedades reumáticas.
- Trastornos ginecológicos.
- Alteraciones dermatológicas: eczemas, urticarias, acné, herpes.
- Ansiedad y angustia.
- Anemia.

2.4.6 La neuropsicología

Es la rama de las neurociencias que estudia las relaciones entre el cerebro y la conducta tanto en sujetos normales como en aquellos que han sufrido algún daño cerebral. La neuropsicología clínica es la aplicación de ese conocimiento para la evaluación, tratamiento y rehabilitación de los individuos aquejados por patologías en las que está involucrado deficiencias, daños o lesiones en los mecanismos cerebrales subyacentes a uno o más comportamientos. (Arce-Bustabad S 2006). La neuropsicología es una especialidad de la psicología, orientada fundamentalmente al ámbito clínico. Su finalidad es la de conocer la relación cerebro-conducta, haciendo especial hincapié en los efectos que una lesión, daño o funcionamiento cerebral anómalo ejerce sobre los procesos cognitivos, emocionales, conductuales y personalidad.

La amplia variedad de daños cerebrales que pueden producirse como consecuencia de diferentes procesos patológicos (traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares, tumores, enfermedades neurodegenerativas, o enfermedades asociadas a un desarrollo cerebral anómalo), y la esperanza media de vida de estas personas, ha llevado a que existan una importante demanda social de profesionales especializados en neuropsicología. En este sentido, la asignatura de neuropsicología tiene la finalidad de proporcionar al futuro licenciado en psicología un marco general de conocimiento neuropsicológico, especialmente el relacionado con la neuropsicología clínica. Dado que muchos de los pacientes con daño cerebral son niños y estos se encuentran en un proceso continuo de aprendizaje, en la última década la neuropsicología infantil está adquiriendo una especial relevancia en el ámbito escolar.

Entre las funciones básicas del neuropsicólogo se encuentra el diagnóstico clínico relacionado con el funcionamiento cognitivo, conductual y emocional mediante pruebas neuropsicológicas, el tratamiento y procedimientos de rehabilitación que ayuden al paciente a retornar, en la medida de lo posible, a su funcionamiento previo después de la lesión, y el asesoramiento a familiares y personal sanitario o asistencial relacionado con el paciente. Los principales ámbitos de aplicación

son los servicios de neurología, Centro de Día para personas con daño cerebral adquirido, Unidades de demencias y centros geriátricos, equipos de salud mental, ámbito forense y psicología infantil y escolar.

La neuropsicología es la rama de las neurociencias que estudia las relaciones entre el cerebro y la conducta tanto en sujetos normales como en aquellos que han sufrido algún daño cerebral. La neuropsicología clínica es la aplicación de ese conocimiento para la evaluación, tratamiento y rehabilitación de los individuos aquejados por patologías en las que está involucrado deficiencias, daños o lesiones en los mecanismos cerebrales subyacentes a uno o más comportamientos.

Algunas notas características de la neuropsicología como disciplina científica son las siguientes:

- Estudia las funciones cerebrales superiores, por ende se enfoca preferentemente, pero no exclusivamente, en las áreas de la corteza asociativa. Estas áreas son responsables en gran medida de las funciones cerebrales superiores y a la vez, muy susceptibles de sufrir deficiencias o daños.
- Estudia las consecuencias de las deficiencias o daños en las estructuras cerebrales sobre la conducta.
- La neuropsicología por definición es multidisciplinar.
- Utiliza el método científico para el estudio de las relaciones entre el cerebro y la conducta, apoyándose en el método hipotético deductivo o a través del método analítico-inductivo.

Utiliza modelos humanos porque reconoce la especificidad de cada especie. No obstante, puede valerse de estudios de neuropsicología animal, que por cierto no son extrapolables, para formular hipótesis ya que no es posible realizar experimentos intrusivos en seres humanos. (Fundación neuropsicología clínica).

2.4.6.1 Funciones del neuropsicólogo

La neuropsicología es una rama de especialización que se puede alcanzar después de los estudios universitarios de pregrado; así, un neuropsicólogo es un psicólogo, quien se desempeña en ambientes académicos, clínicos, y de investigación, pudiendo evaluar el daño cerebral de una persona con el fin de detectar las zonas anatómicas y las funciones cognitivas fuertes y débiles; así como las alteradas para ser encauzadas en un programa de rehabilitación

neuropsicológica.

Sus funciones consisten en:

El diagnóstico clínico del funcionamiento cognitivo, conductual y emocional mediante pruebas estandarizadas.

El tratamiento: mediante técnicas psicoterapéuticas y procedimientos de rehabilitación, ayudando al paciente a que retorne a un nivel de funcionamiento normal después de la enfermedad o lesión o, en su caso, para que disfrute de una calidad de vida adecuada.

El consejo y asesoría: orientando a enfermos, familiares, personal sanitario y asistencial.

2.4.6.2 Ámbitos de actuación del neuropsicólogo

- Centros geriátricos: centros de día y residencias.
- Departamentos de neurología, unidades de memoria y de demencias.
- Empresas farmacéuticas: determinación de niveles de neurotoxicidad de fármacos.
- Equipos de salud mental.
- Psicología forense: determinación de daño corporal (lesiones cerebrales).
- Psicología infantil.
- Entre otros.

2.4.6.3 Valoración neuropsicológica (VNP)

Proceso mediante el cual obtenemos información sobre los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales de la persona a través de la aplicación de diferentes pruebas estandarizadas u otros procedimientos. La VNP debe adecuarse a las características de la persona que va a ser evaluada y a los objetivos mismos de la valoración.

En general, las funciones mentales que se valoran son:

- Inteligencia general
- Velocidad de procesamiento de la información
- Atención
- Memoria
- Lenguaje

- Funcionamiento ejecutivo
- Habilidades perceptivas y motoras
- Aspectos emocionales
- Conducta
- Personalidad

Otras habilidades académicas como el cálculo, la lectura, la escritura.

En general, se considera que debe realizarse una VNP cuando se sospecha que existe algún tipo de alteración en la cognición o en la conducta como consecuencia de un daño o disfunción cerebral.

Algunos ejemplos son:

- Traumatismos craneoencefálicos.
- Accidentes cerebro vascular.
- Epilepsia
- Trastornos psiquiátricos.
- Enfermedades neurodegenerativas: Alzheimer, Parkinson, Huntington.
- Esclerosis múltiple.
- Tumores cerebrales.
- Parálisis cerebral.
- Trastorno por déficit de atención.
- Trastornos del aprendizaje.
- Daño cerebral secundario a intoxicaciones, abuso crónico de sustancias.

Otros procesos en los que pueda sospecharse algún tipo de afectación cognitiva, conductual o emocional.

La VNP puede requerirse por motivos muy diferentes. Es necesario definir claramente el motivo de la misma para adecuar cómo y cuándo se va a desarrollar una determinada valoración, adecuar las pruebas y el informe. Así pues debemos tener en cuenta qué profesional nos refiere a la persona subsidiaria de ser valorada y para qué. No es lo mismo un niño con problemas de aprendizaje que nos envían desde el colegio a una persona anciana con sospecha de inicio de una demencia. Tampoco será lo mismo una persona con un traumatismo craneoencefálico que requiera ser valorado para un proceso legal o para un programa de rehabilitación.

Debemos tener también presente que en algunas ocasiones, la realización de una VNP puede verse comprometida. Estos casos incluyen valoraciones de personas con una pérdida cognitiva muy importante que impida una valoración

mínima (situaciones de demencia muy avanzada o daño cerebral muy grave). La presencia de complicaciones psiquiátricas serias. La presencia de simulación.

Así pues, en resumen, el primer punto que debe establecerse claramente antes de llevar a cabo una VNP es la finalidad de la misma.

De modo general, algunos de los motivos para llevar a cabo una VNP son la ayuda al diagnóstico, especialmente en casos de diagnóstico diferencial, la valoración de secuelas para procesos legales, la implementación de programas de rehabilitación o estimulación cognitiva, la adaptación de programas escolares, la valoración del impacto (positivo o negativo) de una determinada intervención (farmacológica, quirúrgica) y, aunque no nos ocupa directamente en este módulo, la investigación.

La valoración neuropsicológica incluye diversos aspectos: cómo plantearla y llevarla a cabo, así como interpretar y comunicar sus resultados.

La valoración neuropsicológica debe entenderse como una herramienta más dentro de la Neuropsicología entendida como la disciplina que estudia la relación cerebro - conducta. Por ello es importante tener presente el carácter integrador de la Neuropsicología que se nutre de y colabora con otras muchas y diversas disciplinas de la medicina, la educación, el derecho, entre otras; así como de técnicas cada vez más sofisticadas como la resonancia magnética funcional. Igualmente, la valoración neuropsicológica no es la mera administración de pruebas, test u otro tipo de cuestionarios. Exige el conocimiento de la realidad de los pacientes que se valoran: para decidir qué pruebas se van a administrar, añadir o eliminar pruebas durante la valoración si se considera necesario y, finalmente, para interpretar toda la información que se tiene disponible. (Tomado de www.clinicamedicinadeportiva.com).

2.5 DEFINICIÓN DE LA PSICO NEURO INMUNO ENDOCRINOLOGÍA (PNIE)

La (PNIE) comprende el estudio de la relación de los mecanismos regulatorios y de control del organismo. La comunicación entre sus componentes es determinada por diferentes tipos de señalización molecular, conformando así distintos subsistemas en permanente interrelación. Clásicamente tenemos un subsistema psíquico-neurológico dado por los neurotransmisores, neuromediadores y neuromoduladores, otro inmunológico, dado por las interleuquinas e inmunomediadores y otro endocrinológico dado por las hormonas y péptidos.

Pero hoy sabemos que cada uno de los componentes que forman la PNIE es capaz de interrelacionarse con otro o bien actuar sobre sí mismo (automodulación) mediante todos los idiomas PNIE, así, ningún mensajero es propio de un sistema sino que todos son “vehículos de información” psico-neuro-inmuno-endócrinos.

Podríamos decir, en sentido amplio, que se trata de los sistemas de comunicaciones entre las distintas partes del organismo, conceptualizados en una red de trabajo interrelacionada (network) que deben funcionar armónicamente como un todo y en permanente interconexión con el medio en que se desarrollan. (“Psiquiatría Neoclásica”. Vol. 1).

La publicación del artículo titulado; Emociones, Inmunidad y Enfermedad: Una integración Teórica Especulativa, de George Solomon en el que le da el nombre de Psicoimmunología (Solomon & Moos, 1964); y la presentación del trabajo de Ader y Cohen sobre el condicionamiento clásico de funciones inmunológicas titulado: Condicionamiento Conductual de Inmunosupresión (Ader & Cohen, 1975) fueron dos eventos trascendentales en el desarrollo de la psico neuro inmuno endocrinología. Sin embargo, recién desde fines de la década del 80' venimos observando la explosión de investigación científica que establece categóricamente las formas en que los pensamientos, emociones y comportamiento modulan y median en las funciones endocrinas e inmunológicas (Glaser & Kietcolt-Glaser, 2005; Kiecolt-Glaser&Glaser, 2001; Rabin, 1999;).

Antes de continuar con la explicación de estas interacciones multidireccionales y citar la evidencia científica disponible, lo cual forma la base del presente artículo, debemos reiterar que existen cuatro sistemas de procesamiento de información los cuales permanentemente interactúan en seres humanos: La mente, el sistema nervioso, el sistema endocrino, y el sistema inmune.

Estos cuatro sistemas se comunican mutuamente y de manera permanente. El estudio y explicación de estas interacciones está a cargo del nuevo paradigma de la salud conocido ampliamente en el mundo académico como (PNIE),(Young&Welch, 2005). El desarrollo de nueva tecnología médica y de laboratorio nos permite conocer y entender como estos cuatro sistemas interactúan resultando en una salud óptima, o en su defecto, en enfermedad.

De igual manera, este nuevo conocimiento científico nos muestra lo que ocurre cuando uno de estos sistemas deja de funcionar adecuadamente (McEwen, 1998). Es crítico entender que los sistemas nervioso, endocrino e inmune tienen receptores en ciertas células, las cuales pueden recibir información desde los otros sistemas a través de las moléculas mensajeras (Dantzer, 2001).

Como lo indicáramos inicialmente, la mente es uno de los cuatro sistemas y es entendido como una parte funcional del cerebro (Andreasen, 1997). Bajo condiciones normales, estos cuatro sistemas interactúan en armonía resultando en un estado homeostático. Este particular estado denominado homeostasis fomenta una salud óptima y prepara al organismo para su constante lucha contra las diferentes enfermedades existentes. Un buen número de factores median su influencia en dichas interacciones, tales como los factores hereditarios, ambientales, rasgos de personalidad, emociones y estilos de vida. La pérdida del equilibrio homeostático representa una interrupción en los procesos de interacción de estos cuatro sistemas, resultando en el inicio de síntomas que tipifican un cuadro patogénico o enfermedad (Kiecolt-Glaser, McGuire & Robles, 2002).

En este sentido, es de particular importancia para la psico neuro inmuno endocrinología el estudio del estrés psicológico y el rol que los estresores ocupan dentro del proceso de interacción con los sistemas nervioso, endocrino e inmune. El propósito de este artículo es hacer una referencia particular al estrés en sus diferentes formas y conceptualizaciones, su interacción con los sistemas nerviosos, endócrino e inmune, y sus efectos sobre la salud del individuo, basándonos en lo más actual de la literatura científica disponible en este momento.

2.5.1 Neuroanatomía y Neurofisiología

El sistema PNIE está constituido por distintos subsistemas con bases anatómicas y funcionales propias e interrelacionadas. A continuación describiremos a cada uno de ellos, como base teórica para posteriormente describir la fisiología y la fisiopatología de cada eje PNIE

a. Psicológico

Este nivel se encuentra expresado fundamentalmente por los circuitos límbico, paralímbico y pineal. Estas estructuras son las encargadas de la exteriorización de las conductas ante el procesamiento de las emociones.

1. **Circuito Límbico:** es el circuito de lo vital, de lo propioceptivo, de lo primigenio, de lo visceral y de lo ancestral; estando compuesto de varios centros fundamentales:
 - **Hipocampo:** responsable de las memorias propias y de las memorias genéticas o instintos. Es el sitio de mayor interacción PNIE, con receptores para esteroides y otras sustancias, dependiendo de esta

estructura la modulación de varios ejes gonadales (principalmente en el stress homeostático y en el distress). Su alteración fisiológica y su reducción anatómica se observa en enfermedades que cursan con hipercortisolemia (depresión endógena, distress o stress crónico) o hipocortisolemia (depresión atípica, síndrome de fatiga crónica, síndrome de stress postraumático)

- **Amígdala:** responsable de la autopreservación y de las vivencias de familiaridad, procesador del disparo conductual de “fight, flight, faint y freeze” en respuesta a alguna amenaza. Sus centros mediobasales son más antiguos y conectan con el resto del sistema límbico, sus núcleos corticolaterales son más nuevos y conectan con el telencéfalo.
 - **Septum:** responsable de la preservación de la especie (los mecanismos de moderación septohipocampales son fundamentales en la génesis de la ansiedad como veremos en la segunda parte de este curso)
 - **Comisura anterior:** responsable de la conexión de fibras blancas límbicas de ambos hemisferios. Es al sistema límbico lo que el cuerpo caloso es al telencéfalo. Ambos presentan más fibras de asociación en cerebros femeninos que masculinos.
 - **Ganglios basales límbicos:** accumbens y fundus striati, encargados de darle estabilidad a las conductas instintivas (al igual que el estriado extrapiramidal lo hace con el movimiento). El estriado ventral es psiquiátrico, describiéndose alteraciones funcionales en desordenes afectivos y psicosis. De este modo este sistema nos conecta con lo más primitivo, lo más arcaico o ancestral de nuestras emociones y conductas. Decimos que me permite la vinculación de mi persona conmigo mismo. (“Neuroendocrinology”, 1992).
2. **Circuito Paralímbico:** es el circuito de lo valorativo, del dar importancia, de jerarquizar y está compuesto por:
- **Cortezas tempobasolateropolar y entorrinal:** conectan lo sensorial con lo protopático y lo emocional. Dan sentimiento a las sensaciones. Recordemos que en las alteraciones del neurodesarrollo, descritas en la génesis de las psicosis, se describen fallas en la migración en las capas basales con falta de maduración de sus células.
 - **Corteza orbitaria:** sede del “yo social”. Actúa como la corteza de la



censura, evitando actos pulsionales en aras de un bien común, es una de las cortezas que más nos diferencias de nuestros primos primates. Su disfunción está descrita en psicópatas impulsivos y su hiperactividad en melancólicos inhibidos graves.

- **Corteza prefrontal:** cumple una función cognitiva y de intelectualización de las vivencias. Es la corteza del razonamiento y sus connatos emocionales, disminuyendo su función en los estados de deterioro cognitivo. Su componente dorsolateral es responsable de la función ejecutiva, que se pierde en las psicosis y en las enfermedades mentales crónicas.
- **Cortezas asociativas:** vinculan los centros sensoriales primarios que receptan la señal sensorial con el reconocimiento y el procesamiento de la misma. Valga como ejemplo que con la corteza visual 17 vemos forma y dimensión, con la 18 obtenemos mejor definición y reconocimiento pero solo con la 19 logramos el reconocimiento físico y emocional de un objeto o sujeto.
- **Cerebelo:** considerado un adaptador conductual, que regula el tono de respuesta fina del equilibrio motor, sensorial y conductual. Este órgano del SNC estuvo mudo (o mejor dicho, nosotros fuimos sordos a él) durante mucho tiempo, en que solo lo vinculábamos al movimiento motor. Hoy sabemos que alteraciones funcionales en su conexión con circuitos fronto-talámicos forman parte de la etiopatogenia de varias psicosis de aparición temprana.

Así, este sistema paralímbico, filo y ontogenéticamente más nuevo que el límbico, me permite relacionarme con los otros, mis congéneres.

3. **Circuito Pineal:** es el responsable de la traducción de las señales lumínicas en químicas, permitiendo la sincronización de los ritmos biológicos endógenos (ritmos circadianos), con los ritmos externos. Iniciándose en las células ganglionares retínales, se integra en el núcleo supraquiasmático hipotalámico (marcapasos endógeno) y termina en la glándula pineal. Esta produce al menos veinte sustancias diferentes que actúan como sincronizadores de distintos ritmos biológicos. Entre las más importantes podemos mencionar a la melatonina, la arginina, la vasopresina y el factor inhibidor de la secreción de gonadotrofinas (GIF). El sistema permitirá la sincronización de los ritmos internos hipotalámicos con los ritmos exógenos dados por los llamados zeitgebers o dadores de tiempo como el ciclo luz-oscuridad, la disponibilidad de alimento y la estacionalidad, entre otros. Le

dedicaremos una detallada revisión en la entrega N° 12 sobre cronobiología. Así este sistema me permite vincularme con el mundo que me rodea y prever y anticipar probables cambios en el medio ambiente.

Concluimos entonces que todo mensaje o estímulo externo se recibe en el telencéfalo (cerebro nuevo o neocortezas o hemisferios), se discrimina y se ordena protopáticamente en el diencefalo (el cerebro animal o medial) y se responde con conducta motora mediada por neurotransmisores o conducta autonómica o conducta emocional mediada por otros neuromediadores. (“Psiconeuroinmunoendocrinología” pag. 123).

b. Neurológico.

Se expresa por el SNC y SNP, fundamentalmente mediante neurotransmisores y neurorreguladores. Los neurorreguladores se encuentran en mayor número que los neurotransmisores e incluyen, entre otros a los péptidos hipotalámicos, enterohormonas y citoquinas.

Recordemos que la Glía es fundamental como componente del SNC y que se encarga de funciones de crecimiento, de soporte, de conducción, de producción de factores de crecimiento neurales y de fenómenos de neuroplasticidad.

Debemos detenernos y explicarlo sencillamente pero de forma completa, los sistemas de neurotransmisión y los sistemas de conducción de señales del SNC. (“Psiconeuroinmunoendocrinología” . vol VI -175-177).

- Endocrinológico

El Hipotálamo, como principal estructura neuroendócrina está conformado por la región cerebral que rodea el sector inferior del tercer ventrículo, extendiéndose desde el quiasma óptico a los cuerpos mamilares. Se encuentra conectado entre sí, con la neocorteza, con las otras áreas cerebrales y con el sistema inmune. Produce factores peptídicos o glucopeptídicos uni o multifuncionales que regulan en forma inhibitoria o estimulatoria la liberación de hormonas hipofisarias, las que a su vez regulan a las hormonas periféricas. De esta forma, se vinculan y regulan las conductas efectoras (endocrinas) con los estímulos viscerales y/o emocionales.

Las principales vías endocrinas involucradas y neoconceptualizadas como ejes córtico-límbico-hipotálamo-hipófiso-periféricos. En cada uno describiremos la fisiología, los mecanismos centrales y periféricos que intervienen en su regulación y su alteración descrita en la etiopatogenia de las principales enfermedades psiquiátricas. Todos los sistemas se interrelacionan entre sí.

- Inmunológico

El sistema inmune (= exento de) posee como principal función la discriminación entre lo propio y lo ajeno. Comparte esta función con el SNC además de ser los dos únicos sistemas del organismo con capacidad de memoria y de aprendizaje. Ambos tienen regulación por maduración y apoptosis, es decir, que comparten características afines, no habituales para otros sistemas (una célula parietal gástrica no discrimina si el ácido lo produjo su medio o proviene de un alimento, el SNC si diferencia lo propio y el sistema Inmune tampoco debiera cometer dos veces el mismo error salvo en las enfermedades autoinmunes).

Sus células efectoras se dividen en distintos tipos de subpoblaciones de linfocitos según sus CD o clusters de diferenciación; que son grupos de anticuerpos monoclonales utilizados como marcadores de maduración o de activación linfocitaria.

Son fundamentales en el sistema inmune los procesos de comunicación mediados por sustancias llamadas citoquinas. Dentro de las citoquinas están las linfoquinas con actividad predominantemente linfocitaria y dentro de estas las interleuquinas.

Tradicionalmente se denominaron interleuquinas a los mediadores leucocitarios que no habían recibido un nombre anterior de acuerdo con sus funciones; como ya lo habían recibido otras interleuquinas como los factores de crecimiento, los interferones y los factores de necrosis tumoral.

Todas las citoquinas son plurifuncionales y actúan siempre en forma complementaria. Para poder conceptualizarlo mejor pensemos que cada una de ellas es una palabra en una frase de citoquinas que será parte del mensaje producido; el resto del sistema inmune y de sus sistemas relacionados sólo escucha y responde al mensaje final.

Las interleuquinas:

- Son unidades de información producidas en una célula de diferentes tipos celulares que ejercen su acción sobre otras células de la misma o de diferente estirpe. (pleiotrofismo).
- Son inmunotransmisores que vehiculizan información en el sistema PNIE.
- Componen sistemas de regulación autócrina, parácrina y endocrina o inhibidas de unas sobre las otras (complementariedad plurifuncional).
- Son producidas durante fases tanto de inmunidad inespecífica como

específica.

- La regulación ejercida es breve y autolimitada.
- Determinan diferentes efectos sobre una misma célula blanco (target).
- Sus acciones son a menudo redundantes.
- La acción de una está influenciada por otras.
- Poseen señales específicas para regular la expresión de muchos de sus receptores.
- La mayoría de sus respuestas celulares requieren síntesis de ARNm y proteínas.
- Actúan regulando la división de muchas células blanco (ej: GF).
- Las funciones de las IL comprenden diferentes mecanismos, que pueden ser:
 - Mediadores de inmunidad natural o inespecífica (IFN, TNF, IL-1, IL-6);
 - Reguladores de activación, diferenciación y crecimiento de linfocitos (IL-2, IL-4)
 - Reguladores de mediación inflamatoria (IFN γ , IL-10, IL-5, IL-12, MIF);
 - Estimuladores de crecimiento y maduración de leucocitos inmaduros (IL-3, IL-7, IL-9, IL-11, GM-CSF, M-CSF).

Ya dijimos que la relación entre los cuatro sistemas se objetiva en la expresión recíproca de receptores a sustancias comunes en células de cada uno. Es así que citoquinas, hormonas, neurotransmisores y neuropéptidos encontrarán sus receptores específicos distribuidos en todos los tejidos.

A modo de ejemplo citamos al linfocito que expresa receptores a corticoides, VIP, insulina, estradiol, prolactina, testosterona, ACTH, agentes β adrenérgicos, sustancia P, somatostatina, encefalinas y endorfinas. Podríamos pensar que los linfocitos se comportan como verdaderas hipófisis periféricas circulantes.

La gran mayoría de estos factores son sintetizados in situ, ya que estas células no tienen capacidad de almacenamiento y su liberación es mediada por estímulos antigénicos. A modo de ejemplo diremos que la ACTH hipofisaria se produce, almacena y libera en cantidades suficientes, pero debe viajar por el torrente sanguíneo para ejercer su acción sobre la suprarrenal; los linfocitos, en cambio, producen cantidades mínimas pero ininidad de ellos la secretan frente a la glándula produciendo la misma acción en función del tiempo. (Así un estado infeccioso puede tener la misma manifestación de astenia y déficit sistémicos que la depresión endógena como veremos en la segunda parte de este curso). Todos los sistemas están en permanente relación y la modificación en uno dará indefectiblemente cambio en el otro, en el siguiente gráfico damos ejemplo de ello. (Neuroendocrinology” Pag. 13: 61 – 94).

2.6 SISTEMA INMUNOLÓGICO, SISTEMA ENDOCRINOLÓGICO. RELACIÓN CON EL RESTO DE APARATOS Y SISTEMAS

Los mecanismos de la inmunidad humana pueden ser agrupados en dos grandes categorías: el sistema inmune innato o inespecífico, que provee una primer defensa y de carácter general contra cualquier elemento reconocido como extraño, y el sistema inmune adquirido o específico que reconoce agentes amenazantes específicos y genera una respuesta dirigida contra esos elementos. Los mecanismos de las respuestas inmunitarias innata y específica forman un sistema integrado de defensa en el huésped en el que existe una cooperación funcional de numerosas células y moléculas.

Las respuestas inmunitarias específicas se adquieren habitualmente tras la exposición de un individuo a un agente extraño. Los mecanismos que actúan en este tipo de respuestas son de dos tipos dependiendo del componente del sistema que participa en la respuesta. Cuando la respuesta inmunitaria específica actúa mediante moléculas (anticuerpos) que reconocen y eliminan los agentes extraños (antígenos), recibe el nombre de inmunidad humoral. Mientras que cuando participan células llamadas linfocitos T, la respuesta se denomina inmunidad celular. (ABBAS AK 1998).

El sistema endocrino junto al Sistema Nervioso constituyen los dos principales sistemas de comunicación y control del organismo en toda su extensión. El sistema endocrino se ocupa fundamentalmente de los mediadores químicos (hormonas) los cuales secreta a la circulación sanguínea para que estos cumplan en su órgano o célula diana una determinada función metabólica para cual fue liberada.

Los efectos del sistema tienen la particularidad de producirse en segundos en algunos casos o tomar días, incluso semanas en otros. Las numerosas interrelaciones en su mismo sistema, con el sistema nervioso e inmune lo hacen complejo, cualidad necesaria para llevar a cabo su papel de “gran regulador” (UNNE pág. 123).

Las hormonas, personajes principales del sistema endocrino, se encuentran contenidas en principio por la membrana plasmática de la célula que le dio origen. Una vez que son liberadas al torrente sanguíneo, pasa a ser la pared vascular su principal contenedor, quien la guiará a partir de ahora hasta su destino final (órgano o célula diana) donde llevará a cabo su función. (UNNE Pág. 124).

El sistema nervioso, junto al endócrino, será el responsable del control e

integración de todas las actividades del organismo.

La función del sistema nervioso consiste en:

- Recibir información tanto del medio interno como del externo, en forma de estímulos y procesarla.
- Elaborar la respuesta oportuna, y transmitirla mediante impulsos nerviosos que llegan a las células efectoras, tales como fibras musculares (contracción de músculos) o glándulas.
- (secreción de sustancias), que van a ejecutar dicha respuesta.

En general, el sistema nervioso ante un estímulo determinado provoca reacciones muy rápidas y su efecto suele ser de poca duración. (Área de Ciencias de la Naturaleza - Módulo III).

La participación de los circuitos del SNC en la modulación de las respuestas inmunes se ha comprobado experimentalmente al estudiar los efectos que tienen las lesiones de ciertos centros nerviosos sobre los parámetros de reactividad inmune. Así, pequeñas lesiones en áreas hipotalámicas, especialmente en las regiones preóptica y anterior, en estructuras límbicas del prosencéfalo, como la amígdala, el hipocampo y el septum; en las regiones autónomas o reticulares del tallo cerebral, incluidos los núcleos del rafe, diversas áreas de la formación reticular y el núcleo parabraquial y por último en la corteza cerebral, provocan alteraciones, ya sea aumento o disminución de respuestas inmunes específicas.

Estas variaciones en la respuesta inmune pueden ser transitorias o crónicas, según el sitio y extensión de la lesión.⁸ Por lo tanto, se puede afirmar que existe un circuito nervioso, integrado por la corteza límbica, las regiones límbicas del prosencéfalo, el hipotálamo y los núcleos autónomos del tallo cerebral, que regula el flujo autónomo y neuroendocrino y que, con ello, contribuye a modular al sistema inmune. (Ader R., Felten, 1991).

2.7 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS PRODUCIDOS POR LAS ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA, CURSO Y RITMO DEL PENSAMIENTO

El trastorno psicológico más frecuente del mundo actual es, sin lugar a dudas, la depresión. Los problemas de falta de recursos económicos y las cada vez mayores exigencias sociales para ir al ritmo de la vida «moderna», unidos a la soledad y a frecuentes dificultades para establecer relaciones afectivas duraderas y

gratificantes son algunas de las causas del trastorno depresivo.

Sin embargo, de toda la población, los adolescentes y ancianos son actualmente los grupos más vulnerables a padecer este tipo de trastorno, junto depresión. A otros como la ansiedad, el alcoholismo y la demencia. Los expertos insisten en que, en la mayoría de los casos, un adecuado diagnóstico y un manejo terapéutico oportunos pueden ser la clave para el correcto abordaje de este tipo de alteración (Yanet Pintado Machado. 2010).

2.7.1 F20.0 Esquizofrenia paranoide

Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

- a. Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- b. Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.
- c. Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico.

En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados.

El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica.

2.7.2 Esquizofrenia hebefrénica

Forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia.

Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes. Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además, la preocupación superficial por temas religiosos, filosóficos o abstractos puede hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento. No se lo entiende, existe sintomatología de incoherencia, desorientación, embotamiento afectivo.

2.7.3 F21 Trastorno esquizotípico

Trastorno caracterizado por un comportamiento excéntrico y por anomalías del pensamiento y de la afectividad que se asemejan a las de la esquizofrenia, a pesar de que no se presentan, ni se han presentado, las anomalías características y definidas de este trastorno. No hay síntomas predominantes o característicos, pero pueden aparecer algunos de los siguientes rasgos:

- a. La afectividad es fría y vacía de contenido, y a menudo se acompaña de anhedonia.
- b. El comportamiento o la apariencia son extraños, excéntricos o peculiares.
- c. Empobrecimiento de las relaciones personales y una tendencia al retraimiento social.
- d. Ideas de referencia, ideas paranoides o extravagantes, creencias



fantásticas y preocupaciones autísticas que no conforman **claras ideas delirantes**.

- e. Ideas paranoides o suspicacia.
- f. Rumiaciones obsesivas sin resistencia interna, a menudo sobre contenidos dismórficos, sexuales o agresivos.
- g. Experiencias perceptivas extraordinarias como ilusiones corporales somato-sensoriales u otras ilusiones o manifestaciones de despersonalización o desrealización ocasionales.
- h. Pensamiento y lenguaje vagos, circunstanciales, metafóricos, extraordinariamente elaborados y a menudo estereotipados, sin llegar a una clara incoherencia o divagación del pensamiento.
- i. Episodios, casi psicóticos, ocasionales y transitorios, con ' alucinaciones visuales y auditivas intensas e ideas pseudo-delirantes, que normalmente se desencadenan sin provocación externa.

Este trastorno tiene un curso crónico con fluctuaciones de intensidad. Ocasionalmente evoluciona hacia una esquizofrenia clara. Es más frecuente en individuos genéticamente emparentados con esquizofrénicos y se cree que es una parte del espectro genético de la esquizofrenia.

2.7.4 F22.0 Trastorno de ideas delirantes

Grupo de trastornos caracterizado por la aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes, y que incluso pueden durar hasta el final de la vida del individuo. El contenido del tema o conjunto de ideas delirantes es muy variable. A menudo es de persecución, hipocondriaco o de grandeza, pero también puede referirse a temas de litigio o de celos o poner de manifiesto la convicción de que una parte del propio cuerpo está deformada o de que otros piensan que se despide mal olor o que se es homosexual.

Lo más característico es que no se presente otra psicopatología, pero pueden aparecer de modo intermitente síntomas depresivos y, en algunos casos, alucinaciones olfatorias y táctiles. Las voces alucinatorias, los síntomas esquizofrénicos tales como las ideas delirantes de ser controlado, el embotamiento

afectivo y la presencia de una enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias, no típicamente esquizofrénicas y que no constituyen una parte principal del cuadro clínico, no excluyen el diagnóstico en enfermos ancianos.

Suele comenzar hacia la edad media o avanzada de la vida, pero algunas veces, especialmente en casos de creencias sobre deformaciones del cuerpo, surge en el inicio de la madurez. El contenido de las ideas delirantes y el momento en que aparecen y suele poder tener relación con algunas situaciones biográficas significativas, por ejemplo, ideas delirantes de persecución en personas que pertenecen a minorías sociales.

Fuera del comportamiento directamente relacionado con el tema de las ideas o sistema delirante, son normales la afectividad, el lenguaje y el resto de la conducta. (CIE-10).

2.8 PROCESO CONDUCTIVO CONDUCTUAL DEL APRENDIZAJE, INFLUENCIA DEL AFECTO Y ESTADO DE ÁNIMO.

El aprendizaje por asociación es, en esencia, un proceso de aprendizaje de carácter cuantitativo, que se produce mediante procesos asociativos. Su análisis y estudio sistemático está especialmente vinculado al asociacionismo conductista, basado en la asociación estímulo y respuesta y las consecuencias de ésta, explicando la adquisición de las nuevas formas de conducta por las leyes del condicionamiento instrumental u operante, fundadas en la contigüidad, la contingencia y la repetición o ejercicio.

El aprendizaje por construcción, de carácter cualitativo, a diferencia del anterior, conlleva modificación, reestructuración o transformación, más o menos profunda, de las estructuras de conocimiento, ideas o esquemas mentales del aprendiz. El ámbito e intensidad de tales modificaciones puede representar una reestructuración conceptual, con la formación, elaboración o construcción de nuevas estructuras cognitivas, requiriendo generalmente tiempo y esfuerzo en las complejas operaciones mentales que implica; pero abriendo también nuevas vías de aprendizaje. (Domjan, 2003).

Los seres humanos adquieren, analizan, almacenan y utilizan información. En diversos trastornos se observan problemas de procesamiento. Es crítico pues que el psicólogo cognitivo conductual, conozca las categorías de procesamiento y transferencia de la información como atención y registro sensorial, codificación,

almacenamiento y recuperación de datos. (Carmela Rivadeneira).

Arco reflejo: conexión nerviosa que relaciona una unidad receptora y otra efectora.

Estructura del arco reflejo:

Receptor sensorial: su misión es captar estímulos ambientales

Neurona sensorial: conduce los impulsos hacia la médula espinal o el cerebro.

Neurona motora: transporta los impulsos desde el centro nervioso al órgano encargado de la respuesta.

Efector: músculo o glándula que ejecuta la respuesta. (Msc Ruben Alvarez. 2011).

2.8.1 El modelaje de confrontación

Esta técnica deriva del aprendizaje social de Bandura. El concepto de que la conducta puede ser adquirida, facilitada, reducida o eliminada mediante el proceso de observación de otras conductas tiene efectos directos en el tratamiento. Cuando el terapeuta es percibido como un individuo sensato, respetado, y admirado se convierte en un modelo poderoso para el razonamiento cuidadoso de una conducta adaptativa, esto es lo que se llama un proceso de identificación.

Por lo tanto el terapeuta debe planear demostraciones que se enfoquen en las necesidades conductuales y cognitivas del niño no solo en el sentido de planear conductas adecuadas con resultados positivos sino también en el sentido de hacer ver los efectos negativos de una conducta negativa. (Centre Londres 94).

En el proceso de aprendizaje, que lleva al conocimiento de aspectos concretos de la realidad objetiva, el influjo o entrada de información tiene lugar a través de estructuras especiales conocidas con el nombre genérico de receptores o analizadores sensoriales: el visual, el auditivo, el táctil, el gustativo y el olfatorio. En estos analizadores, debidamente estimulados, se originan señales electromagnéticas (llamadas potenciales de acción) que se trasladan hacia el subsistema nervioso central por vías centrípetas específicas.

Las señales electromagnéticas son precisamente las portadoras de la información sobre el cambio ocurrido en el entorno del individuo; ellas llegan finalmente a diferentes áreas o fondos neuronales del subsistema nervioso central donde

dejan una huella, reflejo del cambio ocurrido que, de producirse sobre la base o como consecuencia de determinada cantidad y calidad de información recibida, quedará retenida en forma de memoria neuronal o nerviosa y que se va a expresar fenoménicamente, en el contexto del proceso enseñanza-aprendizaje, como conocimiento, fruto de lo que se ha aprendido a partir de una estimulación adecuada, en cantidad y calidad, de los mencionados analizadores sensoriales, por separado o en grupo.

El cerebro es, con certeza, un órgano totalmente original en el universo y un universo en sí mismo. Constituye, en su conjunto, el sustrato material de la neuropedagogía centrada en la interacción entre el referido órgano y el comportamiento de los llamados sistemas de aprendizaje, en los cuales las neuronas se relacionan funcionalmente por medio de las llamadas estructuras sinápticas para establecer cadenas, más o menos largas según el número de integrantes, y constituir así los llamados engramas sensoriales o de influjo informacional y los de tipo motor (que tienen como sustrato material a vías centrífugas que partiendo del subsistema nervioso central llegan a los efectores), en correspondencia con las respuestas emitidas a partir de situaciones informacionales específicas o de otras parecidas.

La concepción neurofisiológica del aprendizaje no es antagónica con ninguna otra concepción al respecto, todo lo contrario, es complemento de todas, por separado y en su conjunto, por cuanto, desde la más simple sensación hasta el más complejo pensamiento, juicio, idea, emoción o interés, no se desarrollarían y surgirían como tales sin la existencia de un sustrato material neuronal que, debidamente interrelacionado en sus unidades constitutivas e influenciado por los múltiples factores físicos, químicos, biológicos y sociales del entorno del individuo, constituye la fuente originaria de todos ellos. (Marcus EM. 1994).

2.8.2 El papel del estrés en el desarrollo de la enfermedad

La relación entre estrés y enfermedad viene explicitada ya desde los primeros trabajos de Selye y su descripción del «Síndrome General de Adaptación» y de las «enfermedades de adaptación». En otro lugar hemos elaborado un modelo de esta relación que puede resumirse de la siguiente manera: En su estado de funcionamiento idóneo, el organismo mantiene un equilibrio homeostático, cuya alteración prolongada se acompaña de manifestaciones sintomáticas de orden fisiológico y/o psicológico.

En situaciones normales de interacción con el entorno, los mecanismos psicológicos, neuronales y endocrinos de regulación interna contrarrestan los

cambios del medio interno inducidos por modificaciones externas. Sin embargo, cuando estas alteraciones superan las capacidades de adaptación y defensa del organismo, bien sea por su intensidad o por su duración, el estado de funcionamiento idóneo no puede mantenerse, favoreciéndose el desarrollo de procesos patológicos.

Los primeros intentos de estudio experimental de este modelo fueron realizados por Holmes y Rahe (1967), con su cuantificación del potencial estresante de diversos sucesos vitales.

El predominio de sujetos con elevadas puntuaciones en la «escala de reajuste social» de Holmes y Rahe en poblaciones de enfermos, comparativamente con la población general, parece apoyar los postulados básicos del modelo. Sin embargo, es obvio que deben tomarse en consideración otras variables, además de la intensidad y el acúmulo de modificaciones ambientales. Así, por ejemplo, las características generales del individuo, y el estado en que se encuentra en el momento de responder a situaciones estresantes, han de influir en su capacidad de adaptación ante dicha situación.

En un intento de objetivar estas variables, hemos definido el índice de reactividad al estrés, o «conjunto de pautas de respuestas neurovegetativa, cognitiva y conductual características del individuo ante situaciones de estrés o tensión nerviosa» y el índice general de adaptación o capacidad de establecer relaciones gratificantes en los aspectos social, laboral, sexual, familiar y lúdico.

Aparte de los estudios sobre el estrés, existe evidencia de que los estados depresivos prolongados predisponen al desarrollo de enfermedades somáticas, e incrementan la mortalidad. El propósito del presente trabajo es estudiar la relación entre depresión, factores de estrés (índice de sucesos vitales, índice de reactividad al estrés e índice general de adaptación) y predisposición a enfermar. Tomado de Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica, Armando Luis Morera Fumero y J. L. González de Rivera 1983.

2.8.3 Eventos Vitales Valorados como Estresantes

Mientras que el enfoque de cambios vitales sugiere que cualquier cambio en la vida, positivo o negativo, aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades, otros investigadores sugieren que las enfermedades serán más frecuentes en personas que experimentan cambios negativos y que tienen dificultades para adaptarse a ellos. Como se ha mencionado, hay hallazgos que reportan que los cambios vitales negativos correlacionan más fuertemente con síntomas

de enfermedad que los positivo). Hinkle y sus colegas subrayan el papel de las experiencias vitales negativas en estudios que investigan diferencias en frecuencia de enfermedades. Estos investigadores muestran resultados de que los episodios de enfermedad no se distribuyen aleatoriamente en la población.

En varios grupos (operadores telefónicos, obreros y empleados, inmigrantes chinos) se estudió la distribución de los episodios de enfermedad y aproximadamente el 25% de los participantes experimentaron la mitad de los episodios en los siguientes veinte años, durante su edad más productiva, y otro 25% experimentaron menos del 10% de episodios en ese periodo. Además, a mayor número de episodios de enfermedad se observó una mayor variedad de enfermedades, más sistemas orgánicos involucrados y más categorías etiológicas (por ejemplo alergia metabólica).

Hay que recordar que también hay razones no psicológicas por las que las enfermedades tienden a agruparse, la ocurrencia de un episodio de una enfermedad como la diabetes mellitus aumenta la probabilidad de episodios de otras enfermedades como las infecciones del tracto urinario. Estos investigadores encontraron que las enfermedades no se distribuían aleatoriamente a lo largo de la vida del individuo sino que frecuentemente aparecían en “racimos”. Estos grupos de enfermedades que duraban varios años casi siempre aparecían cuando la persona tenía dificultades para adaptarse a su ambiente. Aquellos con mayor susceptibilidad a la enfermedad eran los que habían fallado en adaptarse a sus situaciones vitales negativas. Aparentemente muchos eventos vitales psicológicos y sociales negativos producen resultados fisiológicos similares, principalmente un aumento en la propensión o susceptibilidad generalizada a la enfermedad. (Frances Cohen 2001).

2.8.4 El Conocimiento Actual del Estrés

Estrés es un término sumamente ambiguo el cual presenta muchas connotaciones y muy poca utilidad para entender como el organismo se adapta a las demandas de la vida diaria (daily hassles) y a situaciones catastróficas que ocurren de manera esporádica (major life events). Para muchos individuos el concepto de estrés refleja un estado indeseable de preocupación, temor, irritabilidad, tristeza, y dificultad para manejar adecuadamente las situaciones que causan frustración. Para otros, el estrés es un reto que motiva a la obtención de logros y metas en la vida. En el primer caso, nos referimos a un término popular denominado “estresado”, el cual sugiere la naturaleza crónica de un estado negativo reconocido clínicamente como distres emocional (Moscoso, McCreary, Goldenfarb, Knapp&Rohr, 1999). Una característica importante en la noción

de estrés es el proceso de evaluación cognitiva descrita por Lazarus y Folkman (1984), el cual toma en consideración un elemento importante como es la percepción por parte del individuo. El estrés psicológico según Lazarus y Folkman es originado por estresores externos o internos y está sujeto a una evaluación cognitiva llamada Appraisal; La definen como la interacción entre una amenaza externa, la evaluación cognitiva de amenaza (appraisal primario), y los recursos personales percibidos para enfrentar tal amenaza (appraisal secundario)

2.8.4.1 La Respuesta Emocional del Estrés

La respuesta emocional del estrés está caracterizada por síntomas de ansiedad, irritación, ira y cólera, preocupación, tristeza, pánico, y estados de desesperanza, los cuales son de naturaleza transitoria. El ingrediente principal de la respuesta emocional del estrés es de naturaleza cognitiva debido al hecho de que el “estímulo externo deberá ser percibido como estresante”. El modelo descrito por Lazarus y Folkman propone que en respuesta a un estímulo externo de naturaleza estresante, el individuo evalúa cognitivamente la posible amenaza que este evento representa (primary appraisal) y los recursos propios o capacidad para responder a dicho estímulo (secondary appraisal).

Este proceso de evaluación cognitiva primario y secundario determina la forma e intensidad de la reacción emotiva en relación al estímulo externo. Es importante mencionar que la evaluación cognitiva por parte de un individuo generalmente varía dependiendo de los rasgos de personalidad, auto-eficacia percibida (Bandura, 1997), experiencia previa con el estímulo estresante, y nivel de soporte social. Por lo tanto, la respuesta emocional del individuo puede variar aun cuando las condiciones de estímulos estresantes pudieran ser semejantes (Lazarus, 1993). Investigadores interesados en la respuesta emocional del estrés fijan su interés en eventos estresantes de carácter universal. Seleccionan situaciones de estrés que generalmente afectan psicológicamente a la gran mayoría de personas. Entre este tipo de eventos encontramos las situaciones de divorcio, encarcelamiento, exámenes académicos, pérdida de seres queridos, cuidado permanente de familiares con discapacidad física, diagnóstico de enfermedades terminales (Spielberger & Moscoso, 1996; Moscoso, 1995; Martin & Dean, 1993), dificultades financieras y otras que típicamente causan distrés emocional.

Es importante indicar que la respuesta emocional del estrés puede también variar debido a los diferentes estilos de afrontamiento y disponibilidad económica. Finalmente, merece destacar que la respuesta emocional del estrés es básicamente de naturaleza transitoria y temporal, en todo caso nos estamos refiriendo a un proceso de estrés agudo.

2.8.4.2 La Respuesta Fisiológica del Estrés

Los estresores y las respuestas del estrés son conceptos totalmente distintos. La respuesta fisiológica del estrés, conocida también como fight-or-flight, fue descrita inicialmente por Walter Cannon en 1915 al referirse a la respuesta del animal dentro del laboratorio de experimentación ante una situación de amenaza o presión externa. Cannon en su obra *Cambios Corporales in Situaciones de Dolor, Hambre, Temor y Rabia* explica en forma detallada que la respuesta fisiológica del estrés nos permite reaccionar ante una situación de emergencia con todo nuestro potencial físico, superar el peligro, y lograr un proceso de adaptación frente a las circunstancias que nos rodea.

Este principio de homeostasis fue el concepto central en el modelo de estrés descrito por Cannon en 1932 con la publicación de su obra: *La Sabiduría del Cuerpo*, refiriéndose a la estabilidad de los sistemas fisiológicos que mantienen la vida.

Este proceso de adaptación fue descrito con mayor detalle por Hans Selye en 1936 denominándolo El Síndrome de Adaptación General. Selye caracterizó el síndrome de adaptación general como una respuesta fisiológica representada por tres fases definidas. La primera fase denominada Reacción de Alarma, en la cual las glándulas adrenales producen adrenalina y cortisol con el propósito de restaurar la homeostasis. Dicha restauración de la homeostasis inicia la segunda fase llamada Resistencia, en la cual la adaptación del organismo llega a un estado óptimo. Si el estresor persiste, se inicia una tercera fase conocida como Agotamiento, en la que el organismo abandona el proceso de adaptación y culmina en la enfermedad o muerte.

La nueva información producida por estudios científicos en neuroendocrinología y psiconeuroinmunología en este nuevo siglo, nos permite entender con mayor detalle la respuesta fisiológica del estrés, las interacciones multidireccionales entre los cuatro sistemas antes mencionados y sus consecuencias en la salud del individuo (Steinman, 2004).

Es necesario tener en cuenta que los estudios de la respuesta del estrés realizados por Cannon y Selye fueron llevados a cabo estrictamente con animales en el laboratorio de experimentación, mientras que los estudios actuales incluyen muestras con seres humanos. Sin lugar a dudas, los estudios de Lazarus (1993) y la inclusión del concepto de evaluación cognitiva (appraisal) y estrés percibido han permitido desarrollar nuevas líneas de investigación indicándonos que no todas las situaciones de estrés evocan el mismo tipo de respuestas fisiológicas del estrés, como en los estudios de Cannon y Selye.

Las investigaciones científicas acerca del estrés en seres humanos demuestran la existencia de factores ambientales, culturales, estrato social, actitudinales, y rasgos de personalidad que cumplen un rol mediador y modulador en la respuesta fisiológica del estrés (Goldstein & Eisenhofer, 2000). Así mismo, está demostrado que la respuesta del estrés puede ser diferente cuando se tiene en cuenta el sexo del individuo. Existe evidencia científica que el sexo masculino reacciona de manera diferente cuando se trata de manejar las diferentes situaciones de amenaza o estresores (Taylor et al., 2000). En términos generales, la respuesta fisiológica del estrés es activada por un estresor.

Esta respuesta fisiológica cumple una misión protectora y es activada en forma instantánea. Se inicia en el hipotálamo con la producción del Factor Liberador de Corticotropina (CRF) dirigida al sistema circulatorio de la Glándula Pituitaria, la cual, segrega la Hormona Adenocorticotropa (ACTH) a través del eje hipotálamo-pituitaria-suprarrenal (HPA axis) produciendo hormonas glucocorticoides, especialmente cortisol (McEwen, 2007). De igual manera, la respuesta fisiológica del estrés activa el eje simpático-suprarrenal medular (SAM), el cual genera la secreción de catecolaminas como la adrenalina y noradrenalina. Estas hormonas permiten un aumento en la concentración de glucosa en la sangre facilitando un mayor nivel de energía, oxígeno, alerta, poder muscular y resistencia al dolor; todo esto en cuestión de minutos.

La liberación de dichas hormonas permite el inicio de un proceso de comunicación inmediata con el sistema nervioso autónomo, a través de los sistemas simpático y parasimpático y permiten enlazar la experiencia del estrés con los componentes psicofisiológicos de la emoción preparando al organismo para un estado de alerta (Padgett & Glaser, 2003). Se podrá apreciar en la. Esta establecido de que el estrés libera otros factores y hormonas neuroendocrinas que regulan el sistema inmune. Estas incluyen la hormona del crecimiento (GH), la prolactina, vasopresina, glucagón, endorfinas, encefalinas y occitocina entre otras. El cortisol liberado por las glándulas suprarrenales facilita la preparación del sistema inmune para manejar sus defensas contra bacterias, virus, heridas e inflamaciones (Marketon & Glaser, 2008). Los mecanismos psicofisiológicos de la respuesta del estrés juegan un rol esencial en el proceso de adaptación y supervivencia.

El incremento de cortisol, adrenalina, noradrenalina y otras hormonas generadas durante la situación de estrés cumple una función eminentemente protectora y de supervivencia, siendo la función primordial mantener el equilibrio homeostático. Estos sistemas reguladores de glucocorticoides y hormonas liberadas durante la respuesta fisiológica del estrés facilitan el proceso de adaptación del organismo (McEwen & Wingfield, 2003).

2.8.5 Una Nueva Visión Acerca del Estrés

Estudios recientes en psico neuro inmunología y neuroendocrinología nos demuestran la necesidad de reevaluar los modelos conceptuales tradicionales acerca del estrés. En primer lugar, es necesario dejar establecido que el modelo cognitivo del estrés percibido tiene un correlato eminentemente fisiológico en el lóbulo frontal del cerebro por lo que es necesario reconocer que la experiencia del estrés se inicia en el cerebro, afecta al cerebro, y a su vez, al resto de los sistemas que conforman nuestro organismo (McEwen, 1998; Sapolsky, 1996).

En este sentido, podemos afirmar que el cerebro es el órgano central de la respuesta fisiológica, psicológica, y comportamental del estrés. La percepción del individuo como ingrediente cognitivo elaborado en el lóbulo frontal del cerebro determina ciertamente lo que es “estresante”. En segundo lugar, estudios realizados en neuroendocrinología demuestran que cuando la respuesta del estrés percibido se transforma en un proceso crónico, esta facilita el inicio de un estado de distrés emocional en la que se observa una excesiva utilización o manejo ineficiente de hormonas, corticoesteroides, y catecolaminas por parte de los ejes neuroendócrino (McEwen, 2007).

Este estado de distrés emocional o estrés crónico produce un impacto negativo en el sistema nervioso activando cambios bioquímicos y un desbalance hormonal que repercute en los sistemas endócrino e inmune (Dhabhar & McEwen, 1997). Ciertamente este proceso nos permite entender y apreciar la naturaleza multidireccional de las interacciones entre los estresores, el cerebro y los sistemas endocrino e inmune (Sapolski, Romero&Munck, 2000).

2.8.6 Estrés y sistema inmunológico: mecanismos fisiológicos

Como se ha dicho en el apartado anterior, en etapas de exposición al estrés prolongado el organismo se debilita, tanto en aspectos cognitivos, afectivos, conductuales como inmunológicos. El estrés produce alteraciones neuroendocrinas, y algunos de los neurotransmisores (NT) y hormonas afectados tienen la capacidad de influir en la respuesta inmune. Entre los NT involucrados se encuentran las catecolaminas y la serotonina, cuyo efecto sobre la respuesta de anticuerpos en conflictivo.

La influencia del estrés sobre el sistema inmunológico se establece a partir de la activación del eje Hipotálamo-pituitario-adrenocortical: el hipotálamo activa la secreción del factor liberador de corticotropina, el cual es transportado hasta

la hipófisis anterior; aquí se secreta adenocorticotropa (ACTH) que, por su parte, estimula la secreción de glucocorticoides desde la corteza adrenal, la cual provoca efectos inmunodepresores.

Las catecolaminas y los corticoesteroides, al servir como mensajeros primarios, tienen un efecto directo sobre el estado funcional de los linfocitos, interactuando en particular con los adrenorreceptores superficiales a y b y regulando la actividad de los sistemas enzimáticos que se encargan de la síntesis nuclear de los nucleótidos cíclicos (AMPC y GMPC), de cuya relación depende la funcionalidad de las células inmunocompetentes. Por otra parte, la activación de la hipófisis anterior segrega hormonas (b-endorfina, prolactina, hormona del crecimiento y hormonas estimulantes del tiroides), con efectos negativos en el sistema inmune, como también los produce la secreción de encefalinas y dinorfinas por parte de la médula adrenal, y de endorfinas secretadas por el sistema nervioso simpático, junto con otros neuropéptidos, que afectan a la inmunocompetencia. (Juan, E. 2003).

El problema es que estamos tan acostumbrados a vivir así, que ya no notamos los síntomas del estrés y sus consecuencias a menos que sean muy intensos. Si los síntomas descritos en la respuesta de ataque o huida no son tan intensos, no los percibimos o pensamos, equivocadamente que "A mí no me afecta", hasta que un día vamos con el doctor con alguno de los siguientes problemas: Dolores o contracturas musculares provocadas por la constante tensión de los músculos que se preparan para actuar.

Migrañas y dolores de cabeza. Causados por dilatación de vasos sanguíneos o espasmos musculares del cuello y la cabeza.

Presión alta o problemas del corazón. El corazón trabaja más rápido, lo que significa un sobre esfuerzo importante, algunos vasos sanguíneos se contraen dificultando el paso de sangre y puede llegar a bloquearse, la presión arterial se eleva, las arterias se lastiman con la presión de la sangre que circula por ellas a mayor velocidad, etc.

Asma. Los bronquios se contraen y hay una reducción de antiinflamatorios y hormonas antialérgicas).

Incremento en los problemas de diabetes. El estrés incrementa el nivel de azúcar en sangre.

Problemas de la piel. El sudor modifica el PH de la piel.

Colitis, ulcera, síndrome del intestino irritable, diarreas constantes, estreñimiento, etc.

Cuando estamos estresados, la digestión se detiene, aumenta la cantidad de ácidos estomacales, se altera la motilidad del colon, etc.

Gripas constantes. El cortisol afecta el trabajo del sistema inmunológico.

Depresión. Provocada por la alteración de la adrenalina y noradrenalina.

Algunos problemas sexuales. El estrés altera los niveles hormonales.

Aunque muchas de estas enfermedades pueden estar provocadas o alimentadas por el estrés, si tienes alguna de ellas es importante que acudas al médico para que vea si la causa principal es un trastorno médico y que te dé, el tratamiento indicado. (Psic. Silvia Russek. 2007).

2.8.6.1 El estrés

La respuesta de estrés es una respuesta automática del organismo a cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante la cual se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generan como consecuencia de la nueva situación, (Labrador, 1992). Por tanto, ello no es algo “malo” en sí mismo, al contrario; facilita el disponer de recursos para enfrentarse a situaciones que se suponen excepcionales. (Tomado. Pág. 223 Neuroendocrine effects of cytokines in the rat.Rev Neuroscis).

El estrés es una sensación normal que, en bajas dosis, puede ayudarlo a uno a hacer las cosas. El estrés no afecta a todo mundo de la misma manera.

Muchas personas sienten síntomas de estrés en el cuerpo. Usted puede experimentar dolor abdominal, dolores de cabeza y dolor o tensión muscular. (Tomado de la Pag. 156 The Emotional Brain. The Mysterious Under- pinnings of Emotional Life).

Cuando usted está muy estresado, puede notar:

- Una frecuencia cardíaca más rápida
- Latidos cardíacos saltones
- Respiración rápida
- Sudoración



- Temblores
- Mareo

Otros síntomas abarcan:

- Heces sueltas
- Necesidad frecuente de orinar
- Boca seca
- Problema

Causas

Muchas personas tienen estrés cuando necesitan adaptarse o cambiar.

Los ejemplos son:

- Empezar en un nuevo trabajo o colegio
- Mudarse a una nueva casa
- Casarse
- Tener un hijo
- Romper con alguien

Una lesión o enfermedad suya, de un amigo o de un ser amado es una causa común de estrés. Los sentimientos de estrés y ansiedad son comunes en personas que se sienten deprimidas y tristes.

Algunos fármacos pueden causar o empeorar los síntomas del estrés, tomado de la Pag.34 Lymphocyte glucocorticoid receptor binding in depressed.

Causas que producen estrés

EL estrés puede ser causado por múltiples factores, tanto internos como externos, internos pueden ser los cambios fisiológicos de los diferentes órganos aparatos y sistemas, y externos los diferentes estímulos que encontramos en el contexto general, pudiendo ser, familiar, laboral o social.

Según Jean Benjamin Stora “el estrés es causado por el instinto del cuerpo de protegerse a sí mismo”. Este instinto es bueno en emergencias, como el de salirse del camino si viene un carro a velocidad. Pero éste puede causar síntomas físicos si continua por mucho tiempo, así como una respuesta a los retos de la vida diaria y los cambios.

Cuando esto sucede, (explica Jean) es como si su cuerpo se preparara para salir fuera del camino del carro, pero usted está inmóvil. Su cuerpo está trabajando sobre tiempo, sin ningún lugar para usar toda esa energía extra. Esto puede hacerlo sentir ansioso, temeroso, preocupado y tenso. (Tomado de: Stress more toxic to brain than researchers thought)

Fisiopatológica del estrés.

En la descripción de la enfermedad, se identifican por lo menos las siguientes tres fases en el modo de producción del estrés:

1) Reacción de Alarma:

El organismo, amenazado por las circunstancias se altera fisiológicamente por la activación de una serie de glándulas, especialmente en el hipotálamo y la hipófisis ubicadas en la parte inferior del cerebro, y por las glándulas suprarrenales localizadas sobre los riñones en la zona posterior de la cavidad abdominal.

El cerebro, al detectar la amenaza o riesgo, estimula al hipotálamo quien produce “factores liberadores” que constituyen sustancias específicas que actúan como mensajeros para zonas corporales también específicas. Una de estas sustancias es la hormona denominada A.C.T.H. (Adrenal Cortico Trophic Hormone) que funciona como un mensajero fisiológico que viaja por el torrente sanguíneo hasta la corteza de la glándula suprarrenal, quien bajo el influjo de tal mensaje produce la cortisona u otras hormonas llamadas corticoides.

A su vez otro mensaje que viaja por la vía nerviosa desde el hipotálamo hasta la médula suprarrenal, activa la secreción de adrenalina. Estas hormonas son las responsables de las reacciones orgánicas en toda la economía corporal.

2) Estado de Resistencia:

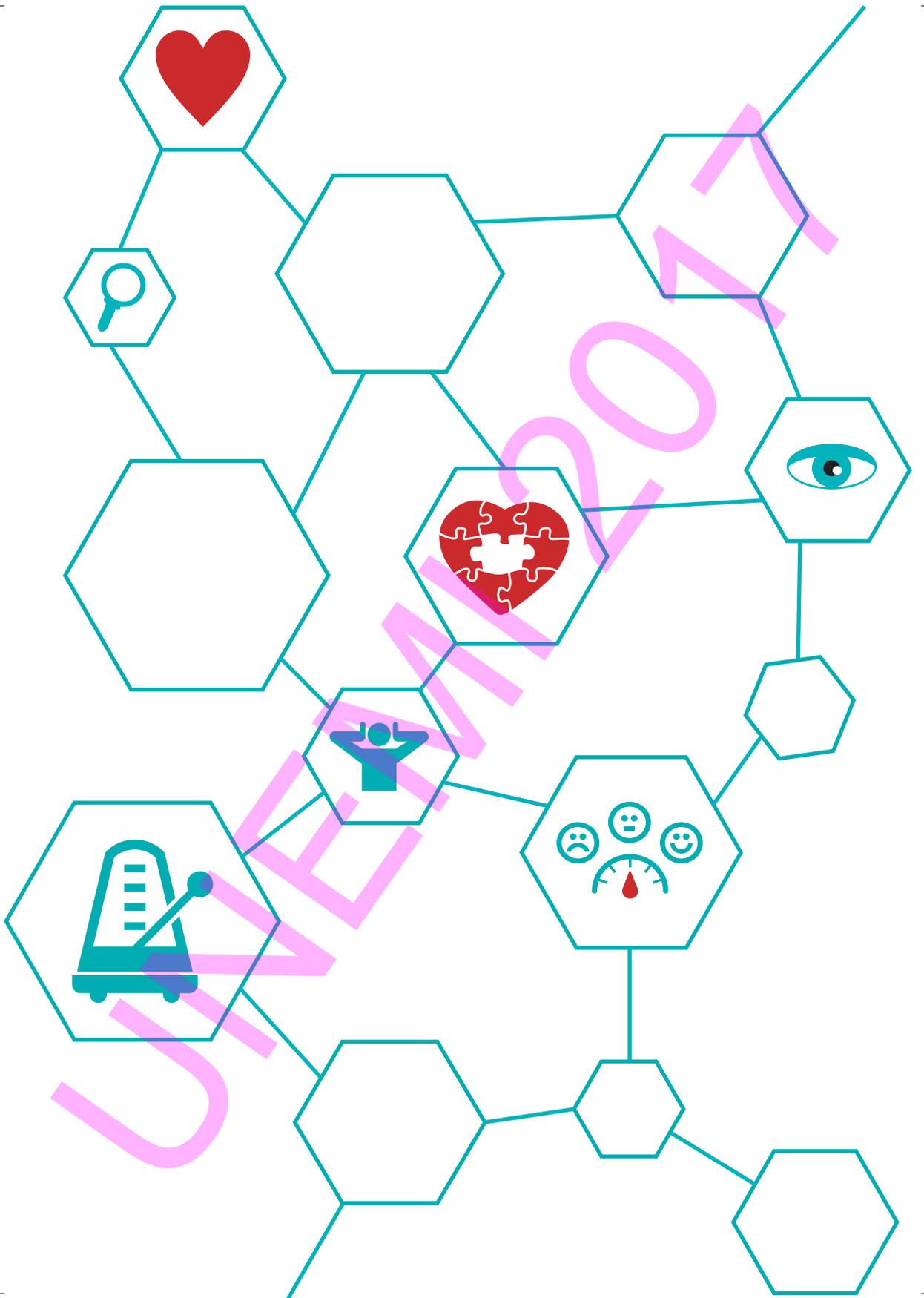
Cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos físicos, químicos, biológicos o sociales el organismo si bien prosigue su adaptación a dichas demandas de manera progresiva, puede ocurrir que disminuyan sus capacidades de respuesta debido a la fatiga que se produce en las glándulas del estrés. Durante esta fase suele ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre el medio ambiente interno y externo del individuo.

Así, si el organismo tiene la capacidad para resistir mucho tiempo, no hay problema alguno, en caso contrario sin duda avanzará a la fase siguiente.

3) Fase de Agotamiento:

La disminución progresiva del organismo frente a una situación de estrés prolongado conduce a un estado de gran deterioro con pérdida importante de las capacidades fisiológicas y con ello sobreviene la fase de agotamiento en la cual el sujeto suele sucumbir ante las demandas pues se reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio. (Pag. 91 Adrenal function in major depression).

UNENMI 2017





CAPITULO III

APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN EL PROCESO DE LA SALUD ENFERMEDAD

La ignorancia, el miedo y los conflictos son los elementos básicos de la conciencia cotidiana.

Marvín Harris

RESUMEN

Al definirse como una rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud. Le interesan todos los aspectos psicológicos que intervienen en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermarse, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud a la población. En el plano práctico se expresa en un modelo que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la atención de los enfermos y las personas con secuelas, y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la población.

Dr. Holguer Romero-Urréa, MSc.

Psic. Johanna Arellano-Romero, MSc.

Psic. Jorge Pazmiño-Jiménez

Lic. Gabriela Vásquez-Espinoza, MSc.

Dr. Julio Bermúdez-Bermúdez, Esp.

3.1 INTRODUCCIÓN

La Psicología de la Salud es el producto de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población.

En un primer momento partimos de un hombre sano, supuestamente saludable y se estudia la forma de favorecer la conservación de su salud. Puede deducirse que a la Psicología corresponde un papel decisivo en el esclarecimiento de los problemas que están más relacionados con los estilos de vida y en la búsqueda de medios eficaces para la promoción de salud y la adopción de conductas preventivas. Revista Cubana de Salud Pública versión On-line ISSN 0864-3466.

Como se explico en temas anteriores, la psicológica de la salud, puede identificarse en todas las especialidades médicas, en una institución de salud pública o privada, lo que hace falta es investigación con observación directa y de método cualitativo para determinar las verdaderas necesidades de los pacientes en cada una de las especialidades médicas.

Cada enfermedad tiene un órgano aparato o sistema que se ve afectado con mayor incidencia, se entiende que cada enfermedad tiene una manera de reacción del paciente, existe un sistema de adaptación que se basa en la capacidad de aceptación y de conocimiento que tenga de la enfermedad que padece, por tanto la investigación puede determinar las verdaderas necesidades de cada enfermedad, teniendo el factor común el bienestar del paciente.

3.2 PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

La prevención de las enfermedades y de fomento a la salud constituye un cúmulo de saberes y actividades en numerosas tradiciones médicas en el mundo, desde tiempos muy remotos. Además de las prácticas curativas, toda sociedad tiene saberes y prácticas preventivas, no solo por parte de personal experto, sino por la población. Distintas culturas sanitarias, pero las de tipo profesional suelen ser generalmente las formas hegemónicas. Hitos históricos en prevención y promoción.

3.2.1 Proceso salud enfermedad atención

La prevención, en sus muy variadas formas, es una dimensión estructural de

todas las sociedades y conjuntos sociales, como lo es también la atención del cual forma parte. La anticipación de eventos negativos con acciones específicas para frenar su impacto no es una competencia exclusiva del campo de la salud. Incluso en problemas de salud. Está en fuerte relación no solamente con la cultura sanitaria sino también con capacidad organizativa, tecnología e insumos disponibles, recursos comunitarios o estatales.

La Carta de Ottawa identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud: Abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas. Facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; Mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad. Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias: Establecer una política pública saludable Crear entornos que apoyen la salud Fortalecer la acción comunitaria para la salud Desarrollar las habilidades personales, y Reorientar los servicios sanitarios.

En la Carta de Ottawa, la promoción de la salud comprende cinco esferas estratégicas: establecimiento de políticas públicas dirigidas al mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la Equidad ; habilitación de individuos, grupos y comunidades para permitir un mayor control sobre las condiciones de la salud y la calidad de la vida; desarrollo de habilidades y competencias , incluida la capacidad de acción y decisión de individuos y comunidades para mejorar la salud y la calidad de la vida, y el reforzamiento de las redes sociales y el capital humano y social; creación de espacios saludables; mejoramiento de los aspectos físicos y psicosociales de los lugares de estudio, trabajo y convivencia, y mayor protección de estos ambientes; reorientación con un criterio de equidad de los servicios de salud; refuerzo de las acciones preventivas y de promoción, y multiplicación de las acciones de colaboración entre los sectores interesados con el propósito de mejorar los factores sociales que determinan la salud m.t. Cerqueira, c. conti, a. de la torre y j. ippolito-shepherd. La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas.

La promoción y la prevención han logrado un puesto específico en el discurso sanitario y una vitalidad descolante que las hace un campo en permanente movimiento y evolución. Sin embargo, dos obstáculos siguen interponiéndose en el camino: el primero, tiene que ver con el gran peso que aún tiene el componente curativo en los sistemas de salud el cual opaca en mucho la labor desarrollada desde los otros componentes. El segundo tiene es una confusión y cierta rivalidad entre ambos enfoques, en tanto su sustento de responsabilidad social e individual en que se basan a veces no es concordante.

El concepto de prevención en salud se orienta fundamentalmente a la

enfermedad, los riesgos y los daños. Por lo tanto, es competencia del personal de salud, en ramas muy diversas. Tiene una aplicación sobretodo individual y se encuentra más directamente relacionada a acciones del personal de salud. Las acciones preventivas son definidas como intervenciones destinadas a evitar la emergencia de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y prevalencia en poblaciones.

La promoción de la salud es “el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades desarrollan un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo, mejoran su estado sanitario” (Domenech 2005). La promoción de la salud es un componente de la política de salud, constituye una estrategia que abarca a toda la población y vincula a la gente con su entorno, combinando la elección personal con la responsabilidad social, conectando así a la política con la sociedad. La Promoción de la salud implica una cooperación estrecha entre todos los sectores de la sociedad, incluido el gobierno, encaminada hacia las causas de la salud, tanto inmediatas como subyacentes. Domenech, P. 2005. Políticas públicas saludables.

Algunas estrategias que facilitan la relación estado y sociedad. Elementos diferenciales entre Promoción de Salud y Prevención

Elementos	Promoción	Prevención
Objetivos de intervención	Orientados a reducir los factores de riesgo y las enfermedades. Protegen individuos y grupos contra riesgos específicos.	

Disminuir complicaciones de enfermedad
Crear opciones saludables
Incidir en determinantes.
Cambios en condiciones y calidad de vida
Influir en decisiones de políticas públicas
Luchar por equidad y justicia social
Sujetos a los que se dirige

Prevención I:	personas y grupos en riesgo de enfermar por alguna causa
Prevención II:	individuos y grupos de riesgo y enfermos sub-clínicos
Prevención III:	enfermos en quienes se quiere prevenir complicaciones y muerte
Población general	Grupos especiales
Condiciones relacionadas con la salud (procesos sociales, económicos, políticos, culturales, entre otros)	

Tomado de: Health Promot Int 2008; 23:19.

3.2.2 Promoción de la Salud

En el campo de la salud se ha trabajado fundamentalmente sobre cómo enfrentar la enfermedad, mas ocasionalmente en cómo prevenirla y poco en el cuidado de la salud, lo cual se pretende cambiar con la Promoción de la salud. Se revisan en este texto los antecedentes históricos de la Promoción desde el siglo XIX, durante el cual, algunos estudiosos como William Alison, Louis R. Villermé y R. Virchow describieron la asociación de la enfermedad con la pobreza y las malas

condiciones de vida.

En 1920 R Virchow habló de la necesidad de organizar la comunidad para educar a los individuos hacia su salud personal y asegurar a cada uno un estándar de vida para el mantenimiento o mejoramiento de la salud; habló también de la prosperidad y la libertad en el contexto de una democracia completa, por lo cual es considerado el Padre de la Medicina Social. Es aquí donde se planteó la necesidad de que los individuos se apropien de la responsabilidad de cuidar su salud como complemento del compromiso estatal y de la importancia que tiene, para el concepto integral de salud, el componente social, puesto que hasta entonces había prevalecido el biológico; además, fueron apareciendo algunos condicionantes de la salud en términos de prosperidad, libertad y democracia.

En 1945, el médico e historiador europeo Henry Sigerist propuso cuatro grandes tareas para la Medicina, denominando la primera con el término de “Promoción de la Salud” y afirmó que: “la salud es promovida a través de un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, descanso y recreación”. Esta visión de Sigerist, al igual que la de Virchow, agrega otros condicionantes sociales de la salud, los cuales, 52 años después, en la Declaración de Yakarta en 1997, se explican cómo determinantes de la salud.

El Ministerio de Salud de Canadá en 1974, emitió el “Informe Lalonde”, en el cual apareció la Promoción de la Salud como una estrategia gubernamental que incluía políticas públicas para favorecer el mantenimiento de la salud, programas educativos dirigidos a individuos y organizaciones; fundamentó su estrategia en el énfasis frente a las acciones que apuntaran a cambios en el estilo El Departamento de Salud de los Estados Unidos en 1979, a través del informe.

“Gente Sana” sobre la Promoción de la Salud y la Prevención de la enfermedad’, muestra a la Promoción como una estrategia orientada a la adopción de modos de vida sanos y, al mismo tiempo, tendiente a la protección frente a las amenazas ambientales para la salud (riesgos); esta concepción acerca de la Promoción causó una confusión que aún persiste y se presta para que muchos den diferentes interpretaciones a la misma, puesto que efectivamente la primera parte del concepto, corresponde a la Promoción, más la segunda se refiere a las acciones que le competen a la prevención.

En la primera conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud Llevada a cabo en Ottawa, Canadá, en 1986 se dio una definición integral de Promoción y se estableció como una estrategia de acción para todo el mundo; se destacaron las condiciones requeridas y los prerrequisitos o factores condicionantes para la salud como: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, los ingresos,

un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Planteó la salud, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana; se trata por tanto de un concepto positivo de bienestar que involucra a todos los sectores y a los sistemas sociales, culturales y económicos. Según la carta de Ottawa, la Promoción de la Salud consiste en: ‘Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma’.

De igual manera, plantea cinco componentes para llevar a cabo dicha estrategia:

- La elaboración de una política pública sana: considera que la salud ha de formar parte de la agenda de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles.
 - El refuerzo de la acción comunitaria logrado a través del empoderamiento del individuo y de los colectivos. Esta acción comunitaria o participación integral es entendida como: ‘Un proceso de movilización por medio del cual la comunidad se organiza y capacita, asume a conciencia su papel de agente o sujeto de autodesarrollo y junto con la administración local y las instituciones (técnicos) identifica (concilia), prepara (planea, organiza), ejecuta (dirige, controla) y evalúa proyectos de y para su desarrollo’.
- .Desarrollo de aptitudes personales: La Promoción de la Salud favorece el desarrollo personal y social en la medida en que proporcione educación para la de vida. (Tomado de Promoción de la salud, editorial médica panamericana. 2002.)

3.2.3 Prevención de la Enfermedad

El principal objetivo de esta nueva ciencia es la prevención de enfermedades; el concepto de Prevención, está ligado al proceso salud-enfermedad; en cada época de la historia se han dado diferentes interpretaciones a la salud y a la enfermedad, las cuales a su vez se relacionan con las situaciones políticas, económicas y sociales de cada momento histórico. Al igual que la Promoción, la Prevención también fue descrita en 1945 por Henry Sigerist como una de las cuatro funciones de la Medicina, junto con la reparación o tratamiento del daño y la rehabilitación: más adelante, los norteamericanos las denominaron como funciones de la Salud Pública. Sigerist hizo una distinción entre la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, y reconoció que las medidas de la Promoción de la Salud tienen efectos preventivos y no lo contrario, es decir, un programa para evitar el consumo del cigarrillo se constituye en una actividad de promoción; más uno que apunte a la cesación o reducción de fumar está desarrollando acciones de prevención; para el ejemplo, el hecho de no fumar

está suprimiendo riesgos frente a enfermedades inherentes al cigarrillo.

La prevención primaria es “el conjunto de actividades dirigidas a reducir el riesgo de sufrir enfermedad mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia”; en el esquema anterior, la prevención primaria contempló dos niveles, en el primero propuso la “Promoción General de la Salud” y en el segundo, “la Protección Específica”; el objetivo de la Promoción General, así entendida, planteó la necesidad de: “Crear las condiciones más favorables para resistir la enfermedad, aumentar la resistencia y colocarlo en un ambiente favorable a la salud”; si se analiza este objetivo, se ve como se involucra la presencia de enfermedad, y no el fomento y el cuidado de la salud y de la vida, que primordial de la Promoción de la Salud. Tomada de Helena Espinosa, Promoción de la salud, editorial médica panamericana. 2002

3.3 PROCESO DE ENFERMEDAD

La Medicina Conductual comenzó como una continuidad del modelo de Psicología Médica, y destaca el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y manifestaciones de las enfermedades y busca medios a través de los cuales los cambios en el comportamiento pueden desempeñar una función útil en el tratamiento y la prevención de enfermedades, mientras que la Psicología Comunitaria desarrolla un enfoque social y comunitario para la atención a los problemas de salud; sin embargo ha quedado vinculada más a la llamada salud mental que a la salud en general.

Estos antecedentes permitieron el surgimiento de un concepto de mayor amplitud que es, la Psicología de la Salud, a la que le interesa todo lo relacionado con variables psicológicas en el proceso salud enfermedad, y se ocupa no solo de la atención o curación de los enfermos; contiene la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; se relaciona con todos los problemas de salud, no solo con la salud mental; tiene como ámbitos de actuación todos los niveles de atención y su enfoque no está centrado sólo en el individuo, incluye el trabajo con la familia y la comunidad. Además, es parte de ella, el estudio de los factores subjetivos que intervienen en el funcionamiento de las organizaciones laborales de salud y sus trabajadores. Por último, por denominarse Psicología de «la Salud», no se refiere sólo a la parte positiva del proceso, es Psicología aplicada a la salud, la enfermedad, y también a sus secuelas.

Stone considera que la Psicología de la Salud comprende cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el Sistema de Salud, no sólo en lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en la Salud Pública, la educación para la salud, la planeación, el



financiamiento, la legislación sobre salud y otros componentes de este tipo en todo el sistema.

Desarrollo.- El antecedente para este análisis surge de la epidemiología clásica, donde se reconoce que la enfermedad como cualquier otro evento que ocurre en la naturaleza, tiene una historia natural de evolución. Este esquema propone un período de prepatogénesis, en términos de prevención primaria es aquello que ocurre antes de que se den los primeros síntomas de deterioro de la salud, donde existe un anfitrión humano y factores medio ambientales que facilitan o potencian el efecto de estímulos patógenos cotidianos desde antes de enfermarnos.

Existe un momento, en el cual se da un umbral o punto de corte donde termina el período de prepatogénesis y se inicia uno de patogénesis, aquí se comienza a hablar del desarrollo de la enfermedad, con evolución de síntomas tipificables. El panorama clínico muestra una patogénesis temprana, la cual los médicos insisten en descubrir lo antes posible. El padecimiento puede evolucionar hasta un extremo, a partir de la interacción entre el anfitrión humano y los estímulos patógenos. Después se tiene ya una enfermedad temprana perceptible, que en dependencia de la intervención se convierte en enfermedad avanzada, que puede a su vez desencadenar en estado crónico, incapacidad o llevar a la muerte, o lo contrario, si hay intervención adecuada se puede lograr la recuperación en cualquiera de sus estadios.

A partir de esto, se propone un modelo hipotético de progreso de cualquier enfermedad y sus derivaciones hacia determinados temas o aspectos que aborda la Psicología de la Salud (Conferencia impartida por el profesor J. Grau Abalo, en la maestría de Psicología de la Salud. Facultad de Salud Pública, octubre de 1996). Este puede sintetizarse así:

1. Salud.

- Conducta saludable.
- Modelos salutogénicos.
- Modelos de creencias de salud.
- Factores de riesgo. Estrés. Variables personales.

2. Enfermedad asintomática susceptible de ser detectada. Problemas psicológicos de los programas de screening.

3. Enfermedad sintomática aún no diagnosticada.
Búsqueda de ayuda médica.

Atribuciones, estigmas.

4. Enfermedad manifiesta en el momento del diagnóstico.
Comunicación del diagnóstico.
Dolencia. Enfermedad.
Rol de enfermo.

5. Desarrollo de la enfermedad. Influencia del tratamiento.
Adherencia terapéutica.

Recuperación.
Estado crónico. Adaptación y ajuste a la enfermedad.

6. Calidad de vida del enfermo crónico.

Enfermedad después del tratamiento.
Discapacidad. Rehabilitación.
Muerte. Afrontamiento a la muerte.

En un primer momento partimos de un hombre sano, supuestamente saludable y se estudia la forma de favorecer la conservación de su salud. Puede deducirse que a la Psicología corresponde un papel decisivo en el esclarecimiento de los problemas que están más relacionados con los estilos de vida y en la búsqueda de medios eficaces para la promoción de salud y la adopción de conductas preventivas. Tomado de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el sistema general de Seguridad Social, p.18.

3.4 MEJORA DEL SISTEMA DE CUIDADO DE SALUD Y POLÍTICA SANITARIA

En este punto debemos realizar un análisis global de cómo ha progresado la medicina y el tipo de atención que se está dando, el gobierno nacional ha desarrollado diversas técnicas y especialidades con mayor énfasis : en especial en el cuidado de los adultos mayores, y de los niños, existe modificación en la calidad de los centros de servicio de salud, la motivación para la preparación de los profesionales y sobre todo la importancia de cada tipo de pacientes,

tomando en cuenta especificadas técnicas y fisiológicas propias de cada edad.

La Política en Salud.

En nuestros días la política en salud está dirigida a la función primordial del sistema sanitario “El derecho a la Salud”, entendido este no solo de forma exclusiva en garantizar el derecho del paciente a ser correctamente diagnosticado y tratado, sino también en procurar que no enferme, que se mantenga sano, asimilando la enfermedad en cierta medida como un fracaso en el logro de este objetivo.

La atención médica es una función de la salud pública y está concebida como un conjunto de acciones integrales, preventivo-curativas y de rehabilitación que se realizan sobre las personas para la protección de su salud, como nivel de asistencia dentro del sistema de salud esta puede ser: primaria, secundaria o terciaria; según la forma en que se brinda y la gravedad de las personas, se puede definir en urgente, hospitalaria o ambulatoria.

La Atención Primaria de Salud está concebida como la estrategia global para alcanzar la meta de Salud para Todos, por lo que constituye un eje central del sistema prestador de servicios de salud. Desde el año 1978 en Alma Ata se definió como la atención esencial e integral de salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente válidas y socialmente aceptadas, que son universalmente accesibles a los individuos y las familias en la comunidad a través de medios aceptables para ellas, a un costo que la comunidad y el país pueda afrontar, para mantenerla en cada etapa de su desarrollo con espíritu de responsabilidad y autodeterminación.

Según lo planteado en Alma Atá se identifica la Atención Primaria de Salud como el modelo a través del cual la población se relaciona por primera vez con el sistema de salud. Constituye el primer elemento del proceso continuo de atención sanitaria, porque esta se brinda lo más cerca posible del lugar donde la población vive y trabaja, y es, de hecho, parte integral tanto del sistema de salud del país, como del enfoque principal de desarrollo económico y social de la comunidad. Se ha planteado que este nivel primario puede dar solución a alrededor del 80 % de los problemas de salud de la población.

Diferencias entre promoción de la salud y prevención de enfermedades:

- Objetivos de análisis.
- A quien se dirigen acciones.
- Características de modelos Interventores.
- Estrategias.



OBJETIVOS COMUNES:

- Lograr mejoramiento de nivel de salud.
- Impulsar las intervenciones de salud pública para modificar riesgos y problemas.
- Impulsar la reorientación de servicios de salud para incrementar prevención y promoción.

Objetivos de la Prevención:

- Reducir los factores de riesgo y enfermedad.
- Disminuir complicaciones de enfermedad.
- Proteger a personas y grupos de agentes agresivos.

Objetivos de la Promoción:

- Incidir en determinantes.
- Cambios en condiciones de vida.
- Influir en decisiones de políticas públicas.
- Mejorar salud/calidad de vida poblaciones.
- Luchar por equidad y justicia social.
- Prevención: ¿a quién?

Primaria: individuos y Grupos en riesgo.

- Secundaria: individuos y grupos posiblemente.
- Terciaria: enfermos en riesgo de complicaciones y muerte.
- Promoción: ¿a quién?
- Población general. Comunidades.
- Grupos específicos (etnias, niños, mujeres).
- Situaciones causales. Ejemplos: Analfabetismo, falta de agua potable, exclusión social, etc.

Prevención: modelos.

Primaria: preventivos propios de salud pública (SP).

Secundaria: de SP a riesgos específicos. Tipo clínico.

Terciaria: Clínico. Recuperación.

Promoción: modelos.

- Ecológico de sistemas múltiples

Socio-político
Socio-ambiental
Socio-cultural

Prevención tipo de interventores.

- Primaria: profesionales de SP y comunidad.
- Secundaria: Profesionales de SP y Clínicos.
- Terciaria: clínicos; comunitarios en rehabilitación basada en la comunidad (RBC).

Promoción tipo de interventores.

- Líderes políticos y cívicos
- Funcionarios de sectores diferentes
- Profesionales diversos
- Grupos de apoyo social
- Agentes comunitarios
- Medios de comunicación

Estrategias de Prevención.

- Primaria: educación sanitaria; desarrollo comunitario; comunicación e información; acción intersectorial a veces.
- Secundaria: detección, diagnóstico precoz
- Terciaria: tratamiento oportuno; manejo clínico para evitar recaídas; rehabilitación
- Estrategias de Promoción de la salud.
- Participación social y construcción de la capacidad comunitaria, empoderamiento.
- Políticas: negociación política, concertación, consenso, abogacía, cabildeo.
- Información, Comunicación Social.
- Educación.
- Investigación Participativa.

PREVENCIÓN VS. PROMOCIÓN. ENFOQUES.

- Prevención = Enfoque de Riesgo.
- Promoción = Enfoque Poblacional.
- Prevención = Enfoque más Individual.
- Promoción=Enfoque individual menos importante. Político y Social más



importante.

- Prevención = trabaja en extremo de curva.
- Promoción= trabaja con el centro de curva.
- Ejemplos Prevención:

- Primaria:
Inmunizaciones.
Yodización sal.
- Secundaria:
Pruebas a recién nacidos.
- Terciaria:
Manejo diabetes.
Rehabilitación ACV.

-Ejemplos Promoción:

Entornos saludables.
Escuelas saludables.
Municipios saludables.
Estilos de vida.
Lucha tabaquismo.
Ejercicio físico.
Convivencia pacífica
Servicios reorientados
Hospitales saludables

Reacciones psicológica ante la enfermedad.

No tienen por qué ser reacciones psicológicas permanentes, porque si recobran la salud normalmente se vuelve a recuperar el estado psicológico anterior.

a. Regresión: Reacción muy frecuente. Se refiere a una conducta infantil que no se corresponde con la edad cronológica y se motiva por la propia enfermedad porque una persona sana con un rol activo pasa a enfermo con un rol pasivo, por el estado de dependencia y por el entorno hospitalario, porque se pierde su identidad siendo un número u objeto de cuidados. El sujeto se infantiliza y exhibe rasgos infantiles. Se puede dar en cualquier etapa del proceso La regresión puede ser:

A.1.- Pasiva o Dependiente: al dejar el rol activo y pasar al rol pasivo, la persona deja de ser ella misma y depende de los demás.

A.2.- Entorno Hospitalario: el enfermo se vuelve caprichoso y rebelde, pierde su identidad y se convierte en objeto de cuidados. Como se materializa en una persona adulta, irritabilidad, que dificulta las tareas profesionales. la alimentación, rebeldes en los medicamentos, pueden tener miedo a quedarse solos, abandono de los hábitos higiénicos, acusa al entorno de no esforzarse en su cuidado, los llama incompetentes y tienen baja tolerancia a la frustración, son ancianos y adolescentes. En niños esta conducta es normal.

b. Inculpación: Implica mecanismos autopunitivos y se da cuando el paciente se siente culpable de su enfermedad. Se aísla y se deprime. Se da sobre todo en pacientes con SIDA por su estilo de vida.

c. Evasión: Se usa como medio de escapar de las dificultades de su vida. Exagera los síntomas y minimiza los efectos del tratamiento. En algunas personas evidencian o viven su enfermedad como algo insoportable y se refugian en el alcohol y las drogas.

Se consideran dos puntos:

- Retracción o estrechamiento del horizonte del enfermo implicando la ruptura de lazos con su medio social. Esa retracción se acoge como una situación legítima para evitar otras desagradables. A través de la enfermedad intentan la evasión del problema y rompen con lazos familiares o sociales que le son desagradables (no se llevan bien con la familia de su marido y mandan que el médico ponga que no aconseja visitas).
- Introversión que se puede dar con la retracción y se da cuando los intereses del enfermo están en el mismo produciendo egocentrismo abandonando las relaciones exteriores para centrarse en su problema, se da en personalidades con un componente introvertido.

d. Negación de la Realidad: Puede ser Parcial o Total y se niega la enfermedad o se le resta importancia a la misma. Se evitan las implicaciones. Se da ante el diagnóstico produciendo un obstáculo para el tratamiento rápido, aparece en pacientes con cáncer y trastornos coronarios y también aparece después del diagnóstico. Con esta reacción se disminuyen los niveles de ansiedad del paciente. Función protectora. Parcial cuando el diagnóstico es tuberculosis y dice que tiene catarro y total el Dx es cáncer y dice que no tiene nada.

e. Entrega a la enfermedad: Desde 3 dimensiones:

- Masoquista: pacientes que viven la enfermedad como un castigo merecido y justo.
- Ganancial: los que intentan obtener beneficios de su enfermedad buscando la liberación de responsabilidades y exige ayuda externa. (Accidentes laborales)
- Hipocondríacos: enfermos que la enfermedad les genera una observación de su organismo y proliferación de sus temores (hipocondríacos). Tomado de La muerte y las actitudes ante la muerte. 2001.

3.5 ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Áreas de aplicación de la psicología de la salud:

Cada vez el ámbito de aplicación de la psicología de la salud abarca nuevas áreas; sin embargo, desde el punto de vista convencional, las siguientes son las principales áreas de aplicación de la psicología de la Salud:

a. Promoción y acrecentamiento de la salud.

1. Información y educación sanitaria (creencias y actitudes, comportamiento y responsabilidad individual en la salud).
2. Control de variables actitud – motivacionales y afectivo emocionales (ansiedad, estrés, depresión, hostilidad).
3. Potenciación de recursos de protectores y de resistencia (amor, afecto, amistad, alegría, optimismo).
4. Generación de hábitos y estilos de vida sanos (descanso adecuado y disfrutar del ocio, alimentación, higiene, sexo, familia, no consumo de sustancias dañinas, actividad física, sanitarios).
5. Aprendizaje de competencias y habilidades básicas (relajación, autocontrol, solución de problemas, comunicación, búsqueda de apoyo social).
6. Participación en la salubridad ambiental (cuidado del ambiente).
7. Participación política y ciudadana (uso adecuado de los servicios de salud, elección de la mejor política de salud).

b. Prevención.

1. Control de variables actitud – motivacionales y afectivo emocionales de riesgo (ansiedad, estrés, depresión, hostilidad).



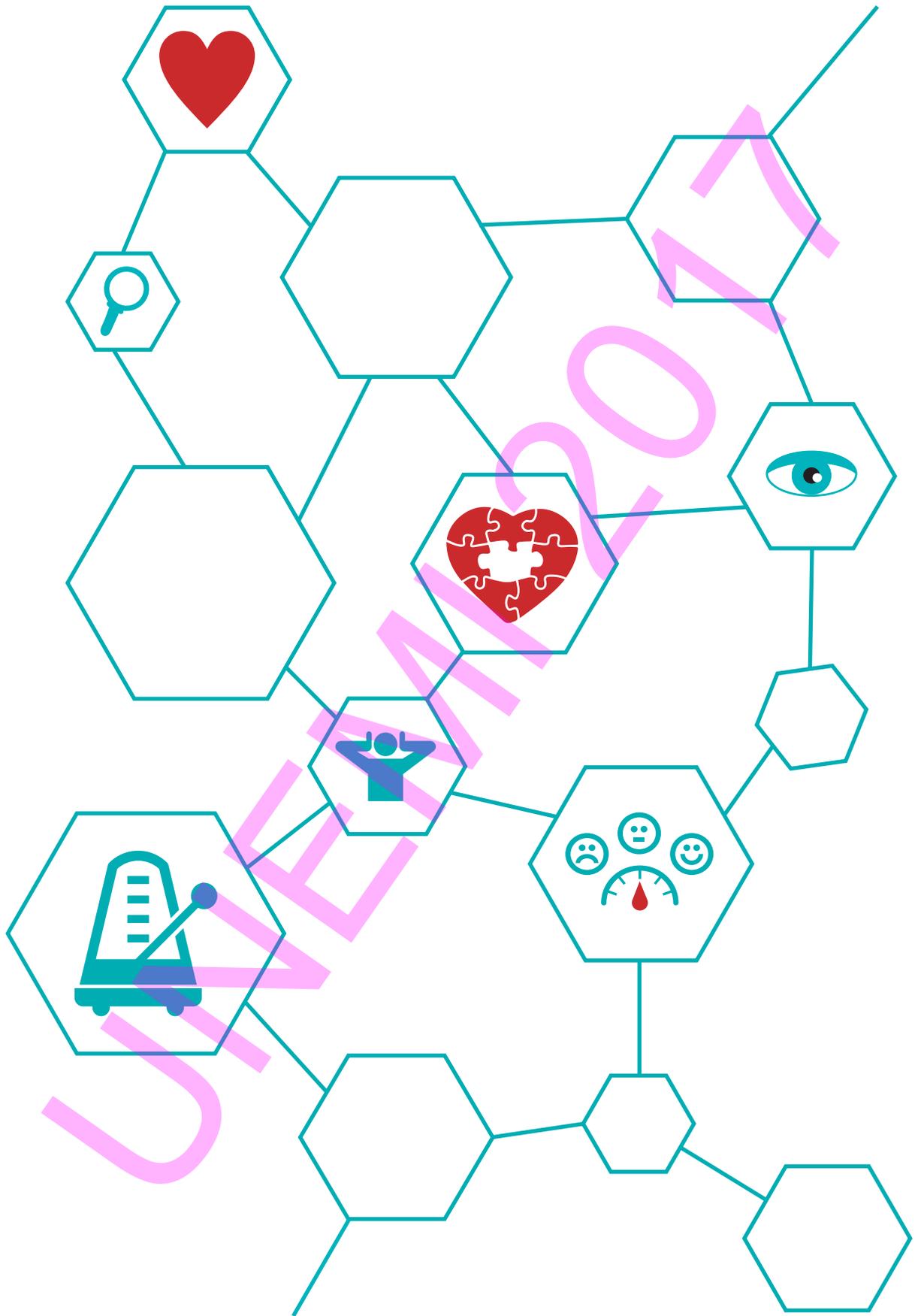
2. Modificación de las conductas y hábitos de riesgo.
3. Modificación de las condiciones patógenas e insalubres del medio (polución, contaminación, hacinamiento, ruido, tóxicos, virus, miserias).
4. Detección e intervención precoz ante los problemas (o prevención secundaria).
5. Disminución del impacto de la enfermedad y prevención de recaídas (o prevención terciaria).

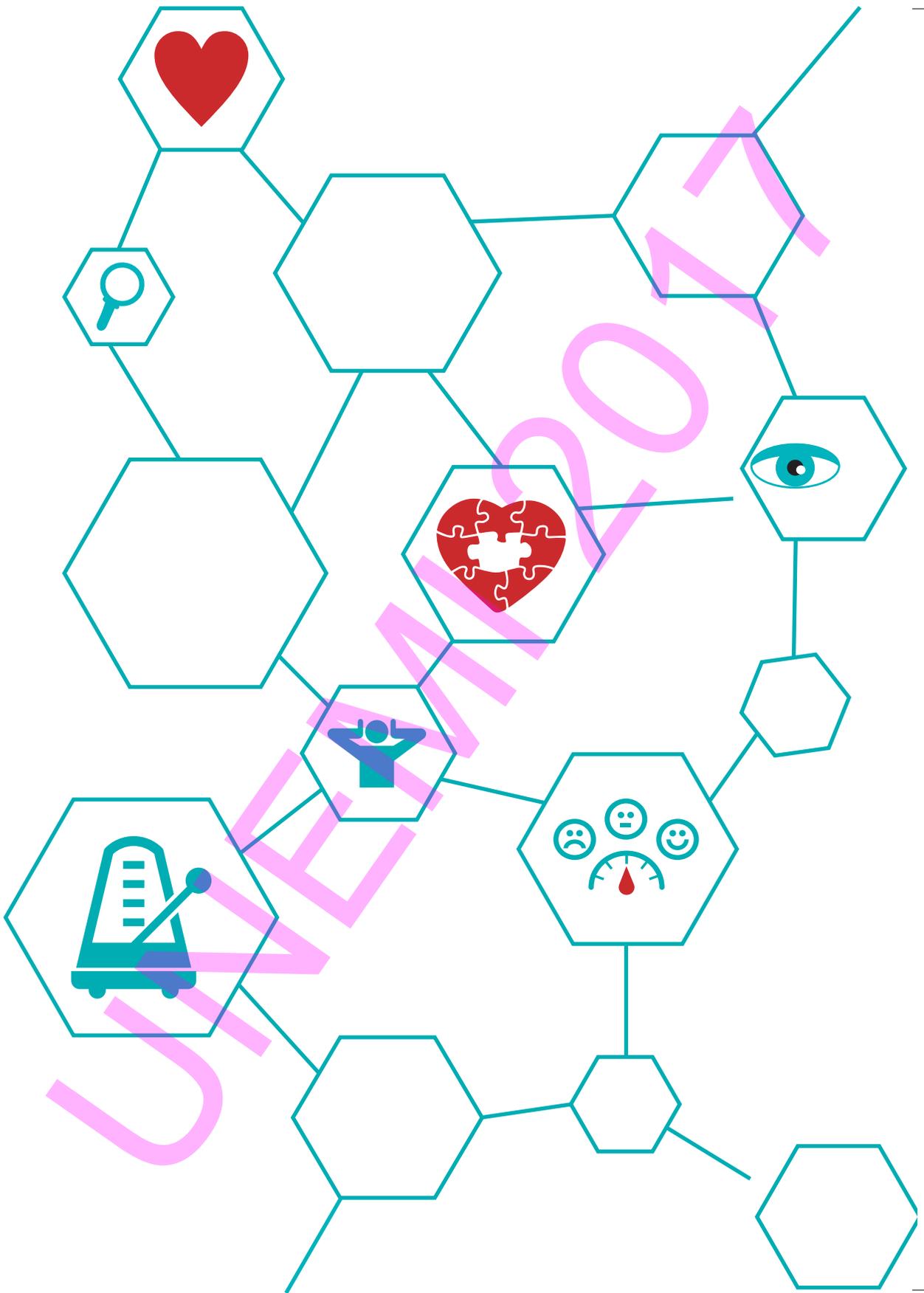
c. Evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos.

- Problemas cardiovasculares, trastornos de la presión arterial, ritmo cardiaco, problemas coronarios, periféricos, sistema nervioso central, neuro - musculares, gastrointestinales, control de esfínteres, renales, oftalmológicos y visuales, endocrinos, inmunitarios, ginecológicos, sexuales, alimentarios, lenguaje/ habla y voz, sueño, adicciones, dolor crónico, cáncer terminal.

d. Análisis y mejora del sistema de atención sanitaria.

- Análisis de la atención de la salud
- Mejora del sistema
- Educación a usuarios para el uso adecuado del sistema sanitario







CAPITULO IV

ADAPTACION, CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE SALUD

Todo temor se origina en el miedo a enfermar y morir

Dr. Holguer Romero U

El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afectan de forma muy significativa a la salud; deberían ser una fuente de salud para la población, su ausencia produce la enfermedad. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificante, agradable, segura y estimulante, favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. La enfermedad crónica por excesivos temores a la muerte y el deseo patológico a aferrarse a la vida.

Dr. Holguer Romero-Urréa, MSc.

Lic. Verónica Santos-Yáñez, MSc.

Psic. Jorge Pazmiño-Jiménez

Lic. Gabriela Vásquez-Espinoza, MSc.

Egdo. Med. Lenin Romero-Velóz

4.1 PREREQUISITOS PARA LA SALUD

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000.” Nos describe una serie de acciones para alcanzar la promoción de la salud, basados en las necesidades de todos los países, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a todos, recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud, confirma que las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda. La alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

4.1.1 Adaptación

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

4.1.2 Proporcionar los medios

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas. Las autoridades locales, la industria y los medios de

comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están implicadas en tanto que individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud. Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

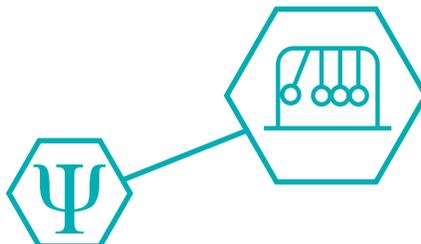
4.2 LA PARTICIPACIÓN ACTIVA

En la promoción de la salud implica:

4.2.1 La elaboración de una política pública sana

Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto. La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos. Si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad.

La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, de una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio. La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.



4.2.2 La creación de ambientes favorables

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial.

El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificante, agradable, segura y estimulante. Es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública.

La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.

4.2.3 El reforzamiento de la acción comunitaria

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destino.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

4.2.4 El desarrollo de las aptitudes personales

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud. Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas.

4.2.5 La reorientación de los servicios sanitarios

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete. Asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

4.3 IRRUMPIR EN EL FUTURO

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí que los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deban tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación. (Tomado de la revisión bibliográfica realizada por Nathaly Dueñas de psicología de la salud. bvs.sld.cu/revistas/mciego/docencia/psicologia_salud/.../pagina01.html.)

4.3.1 Adaptación a la enfermedad

Desde la perspectiva psicológica, cuando una persona sufre una enfermedad maligna, se enfrenta a una situación estresante a la que se debe adaptar con los recursos de los que dispone. Sufrir una enfermedad grave significa padecer dolor u otros síntomas desagradables, ver limitadas o modificadas las actividades diarias, tener que someterse a procesos diagnósticos o terapéuticos, y tener ante sí un futuro incierto. Adaptarse a la enfermedad significa tanto combatirla como intentar que la enfermedad no deteriore, o deteriore lo menos posible, la autoimagen, el desarrollo laboral, las relaciones interpersonales, la afectividad y el bienestar. La Adaptación se puede entender de dos maneras: Como producto, es decir, como el grado en el concepto de Adaptación a la enfermedad que una persona consigue este objetivo, pero también como un proceso (Brennan, 2001). En este sentido la Adaptación tiene dos componentes básicos ya que estamos hablando a la vez de un proceso de afrontamiento y de un resultado de bienestar emocional.

4.3.2 La adaptación como resultado

Si nos centramos en la Adaptación entendida como resultado o producto, debemos saber cómo distinguir los pacientes bien adaptados a la enfermedad de los que no lo consiguen, o bien debemos poder valorar el grado de Adaptación de una persona a la enfermedad. Un criterio muy extendido para juzgar este

grado de Adaptación es la presencia de síntomas psicológicos (Brennan, 2001) como alteraciones emocionales, manifestadas con niveles altos de ansiedad y depresión. Según esta perspectiva, la Adaptación se definiría por la ausencia de emociones negativas. Sin embargo, también se puede evaluar la Adaptación, por la presencia de estados de ánimo positivos, por lo que, en esos casos, se usa el grado de bienestar o de satisfacción para evaluar la Adaptación de los enfermos.

El estado emocional de los pacientes, tanto si se caracteriza por la ausencia de emociones negativas como por la presencia de emociones positivas, no es la única manera de evaluar el grado de Adaptación. También se puede realizar valorando la presencia de síntomas físicos o psicosomáticos relacionados con la enfermedad como dolor, insomnio, alteraciones digestivas etc. Adaptación a una enfermedad entendida como resultado es el de producto de evaluar el estado de una persona aplicando diferentes criterios de Adaptación: El grado de bienestar, los síntomas psicológicos, los síntomas físicos o el grado de funcionalidad social. (Tomado de: revistas.um.es › Inicio › Vol 28, Núm 3 (2012)).

Un padecimiento crónico cambia la manera en que una persona se ve a sí misma y a su vida, y trata de adaptarse a su nueva condición restaurando o consiguiendo un nuevo equilibrio “cuya pérdida significa estrés”. De una adecuada adaptación dependerá una mejor calidad de vida. La adaptación se define como el proceso que permite la capacidad de enfrentarse a los cambios internos y externos del medio a fin de mantener el equilibrio físico, cognoscitivo, afectivo, motivacional, interpersonal, vocacional y conductual funcional.

El enfermo ahora tiene que reconocer sus síntomas, controlarlos y prevenir sus crisis, aceptar o no el tratamiento, mantener relaciones adecuadas con el médico y el resto del personal de salud, conservar un equilibrio emocional razonable y afrontar (tanto él como la familia) el malestar emocional asociado a la enfermedad, conservar la autoimagen y un sentido de control y competencia satisfactorios, conservar las relaciones con la familia y amigos, y prepararse para el futuro. (Tomado de: Rodríguez-Marín J 1995).

4.4 ETAPAS DE LA ADAPTACIÓN

4.4.1 Las observaciones de diferentes autores

Como las de la doctora KUBLER-ROSS han permitido establecer un esquema evolutivo de la adaptación al proceso Terminal, basado en los mecanismos de reacción o defensa que entran en funcionamiento durante una enfermedad

mortal. Lo pacientes parecen atravesar generalmente una serie predecible de etapas emocionales clásicas a veces difíciles de distinguir, que varían individualmente en duración e intensidad:

- Negación y aislamiento
- Ira y furor
- Negación o pacto
- Depresión
- Aceptación. Tomado de: Francisco Javier Galego, 2008

La adaptación es definida en relación con las ideas de salud y enfermedad mental, calificándose entonces como activa y como pasiva, respectivamente.

Adaptación, salud y enfermedad.- Pichon Rivière relaciona directa y fundamentalmente el concepto de adaptación con sus concepciones sobre la salud y la enfermedad mental, en cuanto diferencia un proceso de adaptación activa (salud) y un proceso de adaptación pasiva (enfermedad) a la realidad, proceso éste último también designado como alienación. (Tomado de: Cazau, Pablo. Pag. 17).

4.5 CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE SALUD COMO PRODUCTO DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD

Los estilos de vida saludables implican conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. Se entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, apresados a través de la investigación epidemiológica. (Tomado de: Oblitas, L. (2007)).

La Calidad de Vida es un concepto multidimensional que engloba el bienestar y la satisfacción, la presencia de síntomas tanto psicológicos como físicos, y el mantenimiento de las actividades cotidianas. Se puede inferir la Adaptación de una persona a la enfermedad a partir del grado en que consigue mantener la Calidad de Vida a pesar del desarrollo de la enfermedad. Así, mantener una buena Calidad de Vida supone mantener las capacidades funcionales y una satisfacción general, con bienestar físico y psicológico. (Tomado de: Rodríguez-

Marín J 1995).

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional.

Calidad de Vida es la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". Por tanto, no debemos olvidar que la CV está sometida a determinantes económicos, sociales y culturales. De este modo, la CVRS o salud percibida integra aquellos aspectos de la vida que están directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar, que pueden ser agrupados en cuatro apartados:

- Estado físico y capacidad funcional.
- Estado psicológico y bienestar.
- Interacciones sociales.
- Estado económico y sus factores: Tomado de: Esteve M, Roca J. 1997.

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick y Erickson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. (Tomado de: Patrick y Erickson (1993)).

La calidad de vida (CV) abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y

la fortaleza interior.

La consideración de estos factores multidimensionales indica un enfoque en la calidad de vida y las alteraciones en el bienestar. Su naturaleza subjetiva desafía la capacidad de los profesionales de la salud para medir su propia efectividad.

Algunos pacientes pueden tolerar una discapacidad grave y aún sentirse afortunados de recibir una terapia, mientras otros se muestran totalmente insatisfechos con una disfunción mínima. Por consiguiente, la calidad de vida se define mejor como lo que el individuo dice que ésta es. La percepción de la enfermedad incluye mucho más que la discapacidad física; algunas personas son incapaces de expresar sus valores o definir la calidad de vida sin un poco de ayuda en el proceso de clarificación de valores. No existe un estándar dorado para medirla, cada situación supone inquietudes únicas. Por ello, es importante ahondar en el amplio campo que cubre este concepto con el fin de ofrecer al paciente crónico algo cada vez mejor. (Tomado de: Bayés, R. (1994)).

4.5.1 Calidad de vida en enfermos crónicos

La calidad de vida es un término bastante amplio, es un concepto propio de la sociología, pero también forma parte del debate político o de las conversaciones cotidianas. Se entiende por calidad de vida el nivel de ingresos y comodidades de una persona, una familia o un colectivo. Esta definición es meramente orientativa, ya que la idea de calidad de vida está llena de matices.

<http://www.definicionabc.com/social/calidad-de-vida.php>

Un enfermo crónico, al ser diagnosticado presentan una actitud depresiva, se aíslan de su familia, de sus amigos, un porcentaje considerable presenta ideas suicidas, dejan de producir y se convierten en seres que son una carga para la sociedad y directamente para su familia.

El tipo de sistema nervioso, el contexto social, considerado como tal, su educación, tipo de afecto que les vincula a sus familias, en el que se desarrolla el enfermo crónico influye en la actitud que tomara frente a su enfermedad y frente a su vida, el apoyo de la familia es importante.

La manera de ayudar a estas personas es investigando en base a sus vivencias reales en cada uno de sus contextos, en los que ellos se desenvuelven, sus necesidades reales, basados en las aspiraciones y en la existencia de una planificación de su vida. Cada ser humano es una experiencia diferente, pero

el análisis de un grupo humano podría ayudar a generalizar los factores que influyen para que los enfermos crónicos tengan una calidad de vida digna hasta el fin de sus días.

Los estudiantes de ciencias de la salud debe realizar un estudio que pueda descubrir como modificar la vida de las personas que necesitan tener un nuevo punto de meta en la vida, no siempre la enfermedad crónica se fija en los adultos, o adultos mayores, una enfermedad como el cáncer ataca a toda clase social, edad, genero.

4.6 MEDIDAS DE RESULTADO EN SALUD: CALIDAD DE VIDA, ESTADO DE SALUD Y ADAPTACIÓN

A medida que en las sociedades desarrolladas se ha ido reduciendo la mortalidad prematura, los indicadores de “cantidad de vida” (p. ej., esperanza de vida) han ido perdiendo sensibilidad para monitorizar la salud de la población. Siempre ha sido controvertida la estimación de la contribución de la asistencia sanitaria a la salud de la población pero resulta evidente que: a) una buena parte de las intervenciones se dirigen más a la calidad que a la cantidad de vida; b) que dicha ganancia es muy valorada por la población, y subyace en las preferencias sociales a favor de un sistema asistencial amplio y de calidad, y c) que la perspectiva futura (epidemiológica y tecnológica) resaltará el componente de mejora de la CVRS en los avances e innovaciones de los servicios sanitarios.

Por ello, resulta necesario incorporar la CVRS en las decisiones clínicas y de planificación; ello ya se hace de forma implícita y velada por los médicos y los responsables institucionales, pero debería fundamentarse e incorporar instrumentos de medición; avanzar en la racionalidad de las decisiones en ambos niveles exige «abrir el armario», y hacer explícitas buena parte de los juicios y prioridades que existen, lo que a su vez implica un conjunto de nuevos problemas. En este sentido, el objetivo de este trabajo es, en primer lugar, familiarizar al lector con los conceptos básicos de la CVRS, describiendo los distintos tipos de instrumentos de evaluación, proporcionando ejemplos y aportando una breve descripción de los métodos que se utilizan para su obtención. La segunda parte del trabajo se centra en la construcción de este tipo de instrumentos, señalando las distintas fases que deben seguirse para su realización. Por último, se menciona brevemente la necesidad de la correcta traducción y adaptación cultural de los instrumentos que ya han probado sus cualidades en otros países. Badía X, Carné X.1998.

4.6.1 Estilo de vida

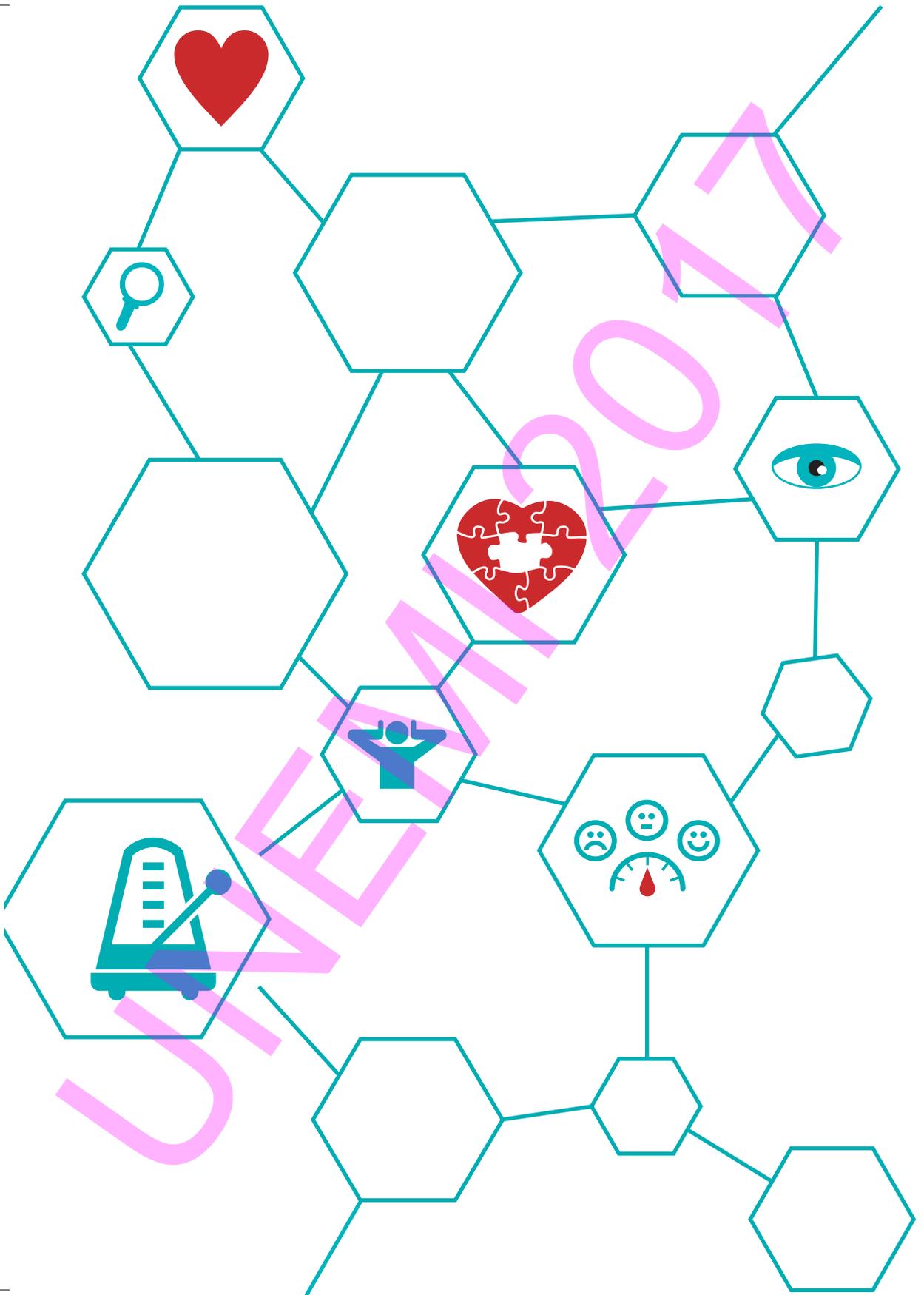
En el enfoque sociológico se consideraba que las variables sociales eran los principales determinantes de la adopción y del mantenimiento de un estilo de vida determinado, mientras que desde el psicoanálisis los determinantes se desplazaron desde la sociedad al individuo y a su personalidad. A mediados del siglo XX, la antropología abordó el estudio de los estilos de vida desde un enfoque cultural y la medicina desde un enfoque biologicista, defendiendo que las personas tienen estilos de vida sanos o insanos por su propia voluntad, recayendo por lo tanto la responsabilidad sobre las personas y no sobre las instituciones.

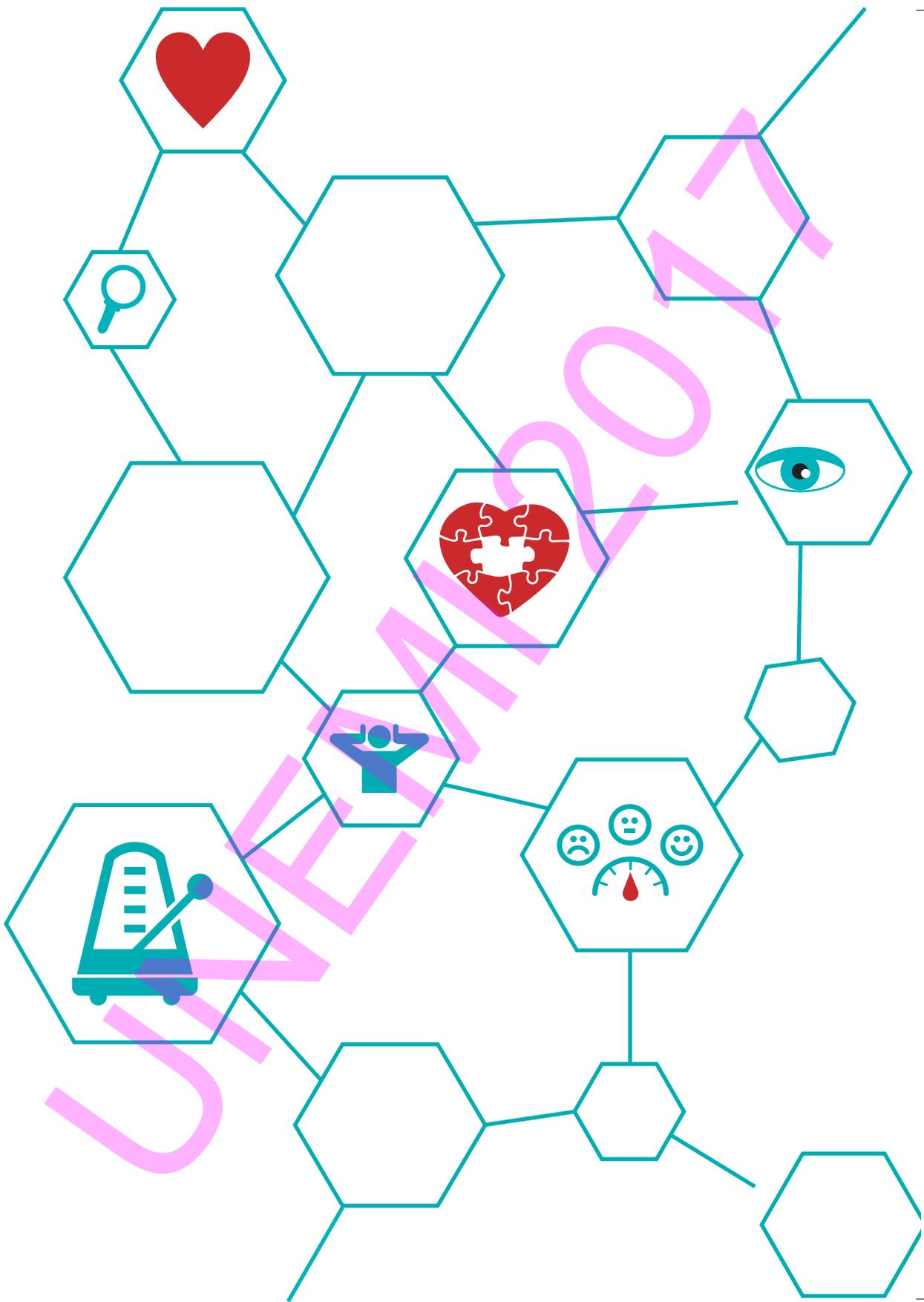
La calidad de vida ha sido definida como “la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida es definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas”. (Tomado de: BALTES PB, 1981).

La promoción de salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Es un concepto positivo e integral que no se preocupa por una enfermedad específica, sino por ganar en salud independientemente de que se esté sano. (Tomado de : Delgado Méndez L, 1999).

Una revisión reciente (Schalock, 1994) del trabajo empírico basado en medidas de calidad de vida sugiere que los factores más comunes que constituyen la concepción y medida de la calidad de vida incluyen:

- Vida en el hogar y en la comunidad.
 - Empleo (incluyendo nivel económico).
 - Propiedades.
 - Integración social (familia, amigos, apoyos naturales).
 - Estado de salud y seguridad.
 - Control personal.
 - Posibilidad de elección (incluyendo la oportunidad de tomar decisiones).
- Tomado de: Flanagan, J. C. (1982).







CAPITULO V

METODOLOGÍA DEL APOYO EN SALUD

La mejor forma de aprender, es cayéndose y la mejor manera de ayudar a alguien es únicamente acompañándolo mientras se levanta.

Carlos Cuohutemoc Sánchez

RESUMEN

El apoyo a los pacientes, está dirigido por asistentes sociales, psicólogos, personal voluntario, enfermeras que se encuentra debidamente entrenados para el manejo de personas que poseen vulnerabilidad emocional y fragilidad física, con la capacidad de dirigir discusiones en temas de salud, así como de dar la mayor información posible sobre definiciones, tratamientos y alternativas para la solución de sus dudas

Dr. Holguer Romero-Urréa, MSc.

Psic. Johanna Arellano-Romero, MSc.

Egdo.Med. Lenin Romero-Velóz

Lic. Gabriela Vásquez-Espinoza, MSc.

Egda.Psic. Anita Romero-Urréa

5.1 APOYO SOCIAL

Al apoyo social se lo define como la capacidad para satisfacer las necesidades básicas y emergentes que se presentan en la sociedad, para esto es importante que exista disponibilidad por parte de las personas que interactúan en el medio social; A nivel del apoyo social se puede integrar diversos aspectos de las personas como, necesidad de afecto, sentido y búsqueda de identidad, búsqueda de pertenencia hacia un sector o grupo social para interactuar, necesidad de afiliación, por consiguiente las personas encontrarían una estabilidad en la calidad de vida tanto a nivel físico como psicológico.

A nivel de los sectores de salud, se cuenta con los departamentos de asistencia social de los servicios de salud tienen programas especiales de grupos de apoyo conformados por pacientes y familiares que tienen en común la misma enfermedad, estos grupos de apoyo social permiten a los pacientes y sus familiares conocer a personas que viven la misma situación de enfermedad y así poder realizar intercambio de opiniones respecto a tratamientos médicos, cuidados asistenciales, técnicas alternativas, y posibilidades de obtener mayor información sobre la enfermedad que los aqueja, este tipo de grupos favorece la socialización de los pacientes, dándoles la oportunidad de sentirse activos por diversas actividades que se plantean dentro el grupo de pertenencia.

Los grupos de apoyo tienen el objetivo de crear actividades dirigidas a:

- Brindar la mayor información posible sobre la enfermedad, permitir a las pacientes realizar actividades recreativas que permitan mejorar sus estados de ánimo.
- Ayudar a los pacientes a cubrir sus necesidades médicas, facilitarles el acceso a sus medicinas e incluso anidarlos a conectarse con instituciones que les brinden algún tipo de ayuda para cubrir sus necesidades médicas.
- Informar a los pacientes de técnicas y tratamientos alternativos.
- La participación de los grupos de apoyo permite al paciente formar parte de grupos social que ayuda emocionalmente a mantener su autonomía personal.

Los grupos de apoyo están dirigidos por asistentes sociales, psicólogos, personal voluntario, enfermeras que se encuentra debidamente entrenados para el manejo de personas que poseen vulnerabilidad emocional y fragilidad física, con la capacidad de dirigir discusiones en temas de salud, así como de dar la mayor información posible sobre definiciones, tratamientos y alternativas para la solución de sus dudas.

Los grupos de apoyo pueden ser:

- Grupos de apoyo de salud, su objetivo principal dar información sobre la enfermedad, tratamientos y alternativas de solución de problemas médicos.
- Grupos de apoyo espiritual, con el objetivo de brindar esperanza, fe y confort espiritual, durante el proceso de enfermedad.
- Grupos de apoyo social, con el objetivo de dar información sobre los problemas legales y sociales que se les presenten ante la enfermedad, igualmente dirigidos a elaborar actividades sociales que permitan la distracción del paciente, dándoles la oportunidad de llevar una vida con actividades social tomando en cuenta sus limitaciones físicas y sin poner en riesgo su salud.
- Grupos de apoyo informativos sobre determinada enfermedad, estos grupos permiten recibir educación sobre la enfermedad, posibilidades de tratamientos, información de cómo mejorar los cuidados de salud, así como información sobre técnicas y terapias alternativas que servirán de complemento a los tratamientos médicos que están siguiendo.

5.2 TÉCNICAS TERAPÉUTICAS COMO APOYO SOCIAL EN LA SALUD.

5.2.1 La medicina tradicional

Abarca una serie de terapias y prácticas usadas por los profesionales de la salud titulados, como la osteopatía, fisioterapia, psicólogos, paramédicos enfermeras, farmacólogos, alópatas, etc. Cada una de estas redes que funcionan en la sociedad cumplen diferentes roles, enfocándose en la salud, principalmente en América Latina donde se ha incrementado la demanda de alternativas terapéuticas que en cuyos casos pueden estar ajenas a los conceptos y prácticas de los modelos médicos que han sido aprendidos desde Occidente, en América Latina dada la cultura y su propia idiosincrasia han existido diversas formas de atención a la salud conocimientos que parten desde sus propias raíces antiquísimas que hoy en día han obtenido cierto aval por la ciencia. Tomado de: Nigenda G, Mora G, López A, Núñez E (2010).

Los enfoques médicos se han caracterizado por enfoques médico paciente desde la semiología, el diagnóstico mediante la obtención de signos y síntomas

para la aplicación de medicamentos sólo ha permitido controlar los síntomas como un paliativo, en la actualidad se ha venido integrando la parte psicológica permitiendo que los pacientes sean remitidos hacia profesionales de salud mental.

5.2.2 La medicina integral

En la actualidad se han venido dando grandes cambios de tal modo que se busca que la salud avance desde un estudio individual e informativo, ya que según un estudio norteamericano los pacientes prefieren a un médico que muestre empatía, que sepa escucharles, que responda a sus preguntas y y entre otras dudas. (The Journal of Family Practice 2001; 50: 323-328). Es probable que de aquí a un futuro no muy distante se empleen los métodos de mayor avance para neutralizar a enfermedades como el virus VIH, Alzheimer, la Diabetes, el cáncer, la arterioesclerosis. Los tratamientos mediante la biología molecular pueden prevenir el avance de algunas de estas patologías, como también los trasplantes de células madre que hace poco empiezan a tener resultado. (Tomado de: Ebrí B, La medicina del siglo xxi, Revista Arbil N°104).

5.2.3 Sistemas médicos alternativos y complementarios

Se basan en un conjunto de sistemas, teorías, práctica y productos que se consideran en general como parte de la medicina convencional o también son llamadas medicina occidental o alopática por ejemplo: La Homeopatía, las terapias chinas como la moxibustión, la acupuntura, digitopuntura, el Tai chi.

5.2.4 La Homeopatía

Es un método basado en el descubrimiento de una sustancia medicinal que puede curar los mismos problemas que puede causar al varias la dosis de esa sustancia, usando hierbas, minerales o productos animales, es esencialmente un producto natural, la medicina china, son las prácticas médicas desarrolladas a lo largo de la evolución del pueblo chino, con bases filosóficas de su principal fundamento teórico y su experiencia reflejada en la teoría del concepto chi (ying y yang o energía vital) que regula el equilibrio espiritual, emocional, mental y físico y la doctrina de los 5 elementos como madera, fuego, tierra, agua y metal, que es una forma de clasificar los fenómenos naturales y su interrelación, por lo que sus métodos principales de tratamiento son la acupuntura, moxibustión,

fitoterapia china, dieta china, practicas físicas como ejercicios, meditación relacionados a la respiración y la circulación de la energía, el tai chi chuan, etc., muchos utilizados como métodos profilácticos, su principal instrumento es la observación el escuchar y oler, la historia del paciente y la pulsología para llegar a un diagnóstico, y otras que son practicadas por quienes tienen título profesional en medicina, como los fisioterapeutas, psicólogos, enfermeras tituladas, entre otros.; los límites que separan la medicina complementaria y alternativa de la medicina convencional no son absolutos y con el tiempo pasan a ser de aceptación general, como son la acupuntura, y otros.

5.2.5 Enfoque sobre la mente y el cuerpo

Se centra en la interacción entre el cerebro, la mente, el cuerpo y el comportamiento, y usan la mente para afectar las funciones físicas y promover la salud, como son la meditación y el yoga, así como prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo, no es una categoría formal pero sirve para describir las prácticas de medicina complementaria y alternativa, utiliza técnicas diseñadas con el objetivo de afianzar la capacidad mental para afectar la función y los síntomas corporales, a través de grupos de apoyo, terapia cognitiva y conductual, meditación, terapias creativas, etc.

5.2.6 Terapias biológicas

Este campo incluye sustancias que se encuentran en la naturaleza con propiedades terapéuticas, tales como las hierbas, alimentos, vitaminas, minerales y otros suplementos dietéticos, la herbolaria, y demás terapias naturales que son de venta libre, algunos de estos se han incorporado a la medicina convencional.

5.2.7 Métodos de manipulación y basados en el cuerpo

Son las llamadas terapias de manipulación, basados en el movimiento de una o más partes del cuerpo como por ejem., la quiropráctica, digito puntura, osteopatía, masaje terapia, la fisioterapia, realizados por profesionales de la salud, estos son parte de la medicina convencional o alternativa dependiendo de quién lo practica como médico, profano, técnico o sanador.

5.3 TERAPIAS SOBRE LA BASE DE LA ENERGÍA LA NCCAM

Lo divide en terapia de - biocampo que es cuando la energía interviniente es la del propio cuerpo y las terapias y terapias bioeléctricas que son aquellas que usan equipos que producen energía que generan impulsos eléctricos, magnéticos o electromagnéticos; las terapias bioeléctricas son más aceptadas por su desarrollo tecnológico que requieren investigación previa.

5.3.1 Las terapias de energía cósmica o energía cuántica

Parte del concepto de que la energía del cuerpo humano puede ser armonizada y equilibrada para conseguir el equilibrio integral, valiéndose de la relajación profunda y de masajes que permitan llegar a lugares del cuerpo donde se estanca la energía y las toxinas, a los que llama centros energéticos del cuerpo humano o centros chakras, usando métodos como el reiki, quantum touch, rouch fbr health, terapia pránica, imposición de manos y muchas más, son las llamadas Técnicas de sanación y generadoras de salud, de armonización de los puntos energéticos y activador de energía con la finalidad de lograr la armonización mental, espiritual y corporal, buscando la sanación energética que es una combinación de terapias de relajación corporal y mental con armonización de la energía interna, son técnicas de prevención natural y son llamas terapias holísticas.

5.4 LAS TERAPIAS Y ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

Tienen un gran contenido psicológico que ayudan a las personas a comprender mejor lo que están viviendo en busca de una mejor calidad de vida a través de su participación activa en los tratamientos médicos, en la recuperación, mantenimiento y prevención de su salud y sus familia, por lo que se ve la necesidad de educar a la población para dar un buen uso a estas terapias alternativas y complementarias, que son de gran ayuda para una vida saludable física, mental y espiritual que es la base a una mejor adaptación social y para una vida plena y feliz. Tomado de: SALAVERRY Olga M: Psicología en la Salud Pa: 84-85-86-91-92-93.

5.5 LA BIODESCODIFICACIÓN COMO METODOLOGÍA

Nos enseña a escuchar, a escuchar nuestro cuerpo. Una escucha biológica, no

psicológica. Es la búsqueda de los códigos biológicos que hay detrás de todo síntoma y la comprensión emocional que los activa, para que de esta manera se puedan descodificar y activar unos nuevos códigos gracias al cambio de perspectiva que el paciente obtiene en esa búsqueda. Nos enseña a acompañar a nuestro paciente a este lugar que él no quiere ir, el inconsciente, este lugar oscuro que Carl G. Jung le llamaba la sombra.

Para la Biodescodificación nuestras enfermedades tienen un sentido biológico. Hay unos códigos biológicos que al descubrirlos nos permiten encontrar la salud. ¿Por qué el león que se hace dueño de una manada mata a todas las crías? ¿Qué sentido biológico tiene? El nuevo león, al matar a las crías, provoca en la leona un conflicto biológico de pérdida y al rato hace una especie de cáncer de ovarios cuya finalidad es hacer subir los estrógenos de la leona para que se deje cubrir por el macho y de esta manera la leona, al quedarse preñada, descodifica el conflicto y todo vuelve a quedar equilibrado.

5.6 EL SENTIDO BIOLÓGICO

Es una gran aportación del Dr. Hamer. El sentido biológico es un tipo de inteligencia memorizada en nuestras células. Debemos preguntarnos ¿el porqué de esta solución biológica? Da un giro completo a la actual comprensión de la enfermedad.

“La Ley del Sentido Biológico de las enfermedades o ley de la quinta esencia nos dice que todas las enfermedades responden a un programa especial de la naturaleza que tiene pleno sentido filogenético.” Esta Ley biológica nos abre a la comprensión de unión con todo lo que nos rodea y vemos en ella la inteligencia que hay detrás de todo y de todos ya que todo síntoma tiene un sentido, un sentido biológico, un ¿para qué? Toda adaptación tiene un Sentido. Tomaba de: CORBERA E, Marañón R : Tratado de Biodescodificación

Mediante este nuevo enfoque que ya está vigente en algunos países de Europa, como España, Italia, Alemania; también en Latinoamérica como Argentina, Perú, se imparten esta metodología que busca integrar a la medicina, psicología, permitiendo mejorar los tratamientos médicos y psicológicos desde códigos biológicos que son explicados a la luz de los estudios de Dr Hamer, donde se dio inicio de estudios científicos denominados los focos de hammer, si bien es cierto que las emociones ejercen una gran influencia en los procesos bioquímicos del cuerpo, las mismas al no ser conscientes por el cuerpo físico se estacionan en zonas determinadas del cuerpo en relación directa con la forma de pensamiento del paciente en base a sus vivencias, que luego al prolongarse se manifiesta a

manera de patologías orgánicas, desde este enfoque parten nuevos parámetros de diagnóstico y de bioterapia.

5.7 DEFINICIÓN DE APOYO

Para CAPLAN (1974), un sistema de apoyo implica un patrón duradero de vínculos sociales continuos e intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona. En los últimos años se ha desarrollado un interés creciente por conceptos tales como “redes sociales”, “apoyo social”, “recursos del entorno”, etc. Estos términos se han referido tanto a los recursos que se le proporcionan al individuo desde centros institucionales (servicios, instalaciones comunitarias, prestaciones económicas...), como a los que surgen de las relaciones sociales.

Bajo el concepto de “apoyo social” se ha incluido todo tipo de recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario. En este sentido, los sistemas comunitarios de prestación económica, asistencial y/o sanitaria son considerados como proveedores de “apoyo social”. Este tipo de servicios han sido denominados, por algunos autores, redes formales de apoyo. Durante los años 70, comienza un gran interés por el tema del “apoyo social” proveniente de estas redes informales de apoyo, y su relación con la salud. Cassel (1976) y Coob (1979), subrayaron la importancia de las relaciones sociales para el bienestar de los individuos, y establecieron asociaciones entre problemas psicológicos y psiquiátricos con factores como el estatus marital, la movilidad geográfica y la desintegración social, en el sentido de que tales problemas se acompañaban de falta de vínculos o apoyos sociales adecuados.

Las formulaciones de estos autores condujeron a la proliferación de numerosos estudios que trataban de establecer distintas relaciones entre salud y mantenimiento de relaciones sociales, pero no obtuvieron resultados concluyentes. Tomado de: Rodríguez Marín; Ángeles Pastor; Sofía López: (1993).

5.8 MODELOS DE APOYO SOCIAL

En una investigación realizada en el Perú por Francisco Gómez se prepararon los siguientes modelos:

5.8.1 Modelo Sistémico

Este modelo teórico y de intervención ha tenido un gran desarrollo en el campo terapéutico, sobre todo en la terapia familiar. Su aplicación se inició en Palo Alto y después atravesó el Océano Atlántico desarrollándose en Milán a partir de los años 70 del pasado siglo XX. Desde entonces su utilización se ha ido extendiendo tanto a nivel geográfico como disciplinario y su uso en los grupos sociales está hoy en día bastante generalizado.

La noción de sistema, que es sobre la que se analizan diferentes visiones y autores, resulta útil para acercarnos a lo que implica la pertenencia a un sistema familiar u organizacional. Lo que visualizamos en una Constelación Familiar es parte del sistema y de las implicaciones que éste supone para los miembros del mismo. Las Constelaciones Familiares pueden ser importantes en la labor de hacer accesible la comprensión, a cualquier profesional que tenga interés, de lo que suponen las implicaciones sistémicas para los miembros de un sistema, como por ejemplo cualquier institución familiar, educativa o empresarial.

La visión sistémica conlleva un cambio de mirada que no resulta fácil porque para mirar de distinta manera tenemos que posicionarnos de distinta manera y este cambio de posicionamiento es el que muchas veces, por suponer un esfuerzo, no nos deja mirar las cosas desde otras perspectivas.

Cronen y Harris (1.979) desde sus comparaciones entre las diferentes perspectivas de la Cultura Humana-Reduccionista y la Cultura Sistémica-Revisionista aportan la justificación para que el trabajo de los constelaciones familiares, en los grupos en los que se desarrollan las Constelaciones Familiares, pueda apoyarse en unas teorías que no dejen lugar a unas intervenciones sociales sometidas al mero ocurrir de los hechos por no estar planificadas previamente. Por el contrario, cuando existe una fundamentación teórica que avala las intervenciones lo que ocurre tiene una justificación previa, al buscarse unos objetivos concretos que son los que pueden evaluarse posteriormente.

5.8.2 Modelo Fenomenológico

La fenomenología como corriente filosófica nació en Alemania y, por eso, creemos que el modelo de las Constelaciones Familiares es un modelo fenomenológico porque su creador, Bert Hellinger, al ser alemán recoge dicha corriente de pensamiento que estaba impregnando las ciencias sociales y humanas. En ese sentido, se realizó en el trabajo un breve encuadre sobre dichas corrientes de

pensamiento citando, incluso, a algún autor del campo filosófico de nuestro país, como Ortega y Gasset y Unamuno, para recordar cómo estos filósofos estaban influenciados por el pensamiento alemán y de ahí partieron sus planteamientos fenomenológicos.

Este modelo ha sido criticado epistemológicamente por suponer una oposición a la corriente de la investigación social empírica, la cual es la que ha logrado un mayor desarrollo. Sin embargo uno de los dos autores más importantes de la Escuela de Relaciones Humanas, nacida a partir de las investigaciones de Elton Mayo y Carl Rogers, que desarrolló un método fenomenológico de escucha empática que ha tenido grandes resultados, como modelo terapéutico, sobre todo en el desarrollo del “counseling”, asesoramiento. El asesoramiento ha dado lugar o ha tenido que ver con el desarrollo de una gran mayoría de los diseños actuales de la formación de postgrado y de las dinámicas de grupos, apoyadas por el “role playing” o intercambios de roles y utilizadas mediante la grabación en medios audiovisuales de las sesiones grupales.

El pensamiento de Rogers (1989) supone una aproximación fenomenológica al estudio del hombre y en ese sentido nos resulta muy útil para nuestra investigación porque supone un paso en la comprensión de lo que ocurre con la aplicación del método de las Constelaciones Familiares.

5.8.3 La Teoría de la Comunicación Humana en las Relaciones Interpersonales

Algo que resultó fundamental en la investigación fue la priorización de los aspectos analógicos de la comunicación sobre los aspectos digitales, que son sobre los que hasta ahora se había venido apoyando, principalmente, la investigación social. Ello, supone unas consecuencias nuevas y distintas para la intervención y la investigación social. Se puede avanzar en la realización de experimentos encaminados a intervenir grupalmente que después puedan ser estudiados para saber los cambios que se producen.

El axioma de la comunicación humana que plantea los dos niveles de la comunicación, un nivel de contenido y otro de relación, que es una metacomunicación, nos permite abordar la relación que se da entre dos individuos en unos términos diferentes a como se había venido considerando hasta la actualidad. Meta comunicar sobre las relaciones interpersonales permite que estas puedan ser estudiadas e investigadas socialmente. Estos aspectos comunicacionales han estado escasamente presentes en las investigaciones

realizadas y nuestro trabajo de investigación las incorpora por ser muy útiles para abordar las organizaciones como sistemas relacionales donde las distintas estructuras están en constante relación dinámica. Dicha relación dinámica puede ser abordada desde la intervención social con el objeto de poder estudiar los efectos que produce.

5.8.4 Modelo de Redes Sociales

Con el modelo de redes sociales podemos trazar un puente entre los niveles sociológicos macro y micro. La aplicación de este modelo a la Salud Mental Comunitaria en Norteamérica ha sido importante como para poder ser incluido en el marco teórico de nuestro trabajo de investigación.

El concepto de red social ayuda a comprender un poco más los sistemas sociales, porque en ellos las relaciones interpersonales suelen exceder las fronteras de los grupos y en ese sentido nos proporcionan una nueva perspectiva. Entender la red social de un sujeto en términos relacionales de proximidad afectiva es considerar los sistemas sociales como algo muy importante para un individuo, ya que es el centro de la red. Esta visión resulta del máximo interés para comprender la aplicación del método de las Constelaciones Familiares.

Entender la red social de un sujeto como un sistema de relaciones que se articula concéntricamente por la proximidad afectiva de dicho sujeto a las personas que constituyen su red y a partir de esta perspectiva plantear la división de una red social como primaria y como secundaria es muy eficaz para poder trabajar con las relaciones de tipo formal e informal que se dan en los sistemas.

Las redes sociales institucionales son las más alejadas del sujeto, si la más próxima es la familia, y se accede a ellas cuando ciertas necesidades específicas no pueden ser satisfechas por las redes sociales primarias. Las formas de organización que se constituyen para satisfacer necesidades concretas de los individuos y que se canalizan a través de los organismos creados para tales fines. Entre ellas podemos destacar a la escuela 7 que es la primera institución que obliga a los miembros familiares a salir hacia “afuera”. La escuela es considerada como una red social institucional porque sus funciones, delegadas por las familias, están encaminadas a “complementar” el proceso de formación y de educación que es competencia familiar⁸. Colabora con la familia en los “procesos de socialización y de emancipación”. La escuela es en sí misma un fin y un medio a la vez.

5.8.5 Modelo de Constelaciones Familiares

Sobre este modelo creado por Hellinger, B. (2000,2001, 2002) de las Constelaciones Familiares, pero aplicadas a otros ámbitos como las organizaciones, denominadas como Constelaciones en Organizaciones es sobre el que se fundamenta el método aplicado en nuestra investigación. Se recoge por qué se le considera como un modelo fenomenológico y sistémico, lo que está muy estrechamente relacionado con las redes sociales y que tras su aplicación podemos deducir que los individuos cambian las representaciones sociales que tenían sobre sus organizaciones.

Aporta al método de intervención social utilizado unas concepciones útiles sobre la jerarquización de los miembros y estructuras de un sistema familiar u organizacional en función de la responsabilidad de cada uno de ellos y de su antigüedad en la organización. Y algo esencial para comprender lo que hacemos en el grupo con la persona que trabaja su problema, que es no permitirle que cuente todo aquello que le lleva a la inacción y le debilita mediante la queja (sentimientos de tipo secundario), favoreciendo, en cambio, todo aquello que le lleva a la acción y le da fuerza (sentimientos de tipo primario).

Se explican algunos de los principios fundamentales del modelo como: el derecho a la pertenencia, diferencia entre dar y tomar, prioridad que tiene la dirección y quien lleva más tiempo, cómo el rendimiento tiene que ser reconocido, quien debe marcharse y quedarse, fortaleza y debilidad, lo antiguo y lo nuevo. Además, se diferencia entre conciencia de grupo que es la que no sentimos frente a la conciencia individual que sí sentimos. Todo ello resulta de una gran importancia para comprender el modelo y las intervenciones que se llevan a cabo por su aplicación.

5.8.6 Modelo de Representaciones Sociales

Para poder saber si las representaciones sociales de los individuos cambiaban se les preguntó, mediante un cuestionario, sobre sus creencias, sus niveles de satisfacción y sus convicciones, que eran las que subyacían a las representaciones sociales. Las respuestas dadas en el cuestionario fueron consideradas como conductas, por lo que si éstas cambiaban era de suponer que también lo hicieran las representaciones sociales de los participantes.

Además, los que participaron en la investigación hicieron múltiples propuestas de cambio para sus organizaciones y algunos de los que realizaron sus constelaciones

afirmaron un mes después que se habían producido cambios importantes en sus relaciones laborales dentro de sus familias y organizaciones, lo que resulta significativo para corroborar el cambio en las representaciones sociales que ellos tenían. Este es el cambio de representación social que se quería demostrar y por ello se elaboró el marco teórico a partir de unos modelos de intervención que dieran una justificación al método que se iba a utilizar para intervenir en las organizaciones familiares y sociales. (Tomado de: GÓMEZ GÓMEZ Francisco Escuela de Trabajo Social).

5.9 EVALUACIÓN DE APOYO SOCIAL

El buen uso de la ciencia social puede reducir los costes de los cuidados médicos mediante la eliminación de los gastos inútiles que resultaban de la falta de cooperación de los pacientes con los regímenes médicos, mediante la reducción de la tendencia de los pacientes a comprar médicos que les satisfagan, mediante la disminución de la incidencia de equivocados pleitos como salida para el paciente irritado, y lo que es más importante, mejorando la eficacia del tratamiento” (Friedman y DiMatteo, 1979, p. 10).

Cuando una persona se ve incapacitada por una seria enfermedad y va a un hospital... para un apoyo inicial de emergencia, no sólo se encuentra severamente debilitado por problemas fisiológicos, sino que todo su ajuste psicológico se encuentra en un difícil trance. Se enfrenta a una repentina finalización de su habitual estilo de vida, que de pronto ha quedado fuera de su control. Sufre dolor, extraños síntomas y una temida disrupción de los procesos fisiológicos. Teme empeorar e incluso morir. Tiene que dejar su futuro inmediato en manos de los ‘expertos’, a la mayoría de los cuales no los había visto antes. Todo ello le supone también una ruptura con su familia, sus amigos y su trabajo.

Estudios con la población normal: investigaciones más recientes se han centrado en el estudio de la capacidad del apoyo social para mejorar el impacto negativo del estrés sobre la salud (véase Heller y Swindle, 1983, o Thoits, 1982, para una revisión). Por ejemplo, Brown y Harris (1978) demostraron que en una muestra de mujeres urbanas que estaban sometidas a una vida fuertemente estresante, la presencia de una amiga íntima así como una relación de confianza con el novio o marido pareció protegerles de la depresión: el 40% de las mujeres que no tenían tales apoyos sociales desarrollaron una depresión, y sólo un 4% de los que sí tenían el apoyo social. Tales resultados han sido repetidos en estudios epidemiológicos y en estudios de casocontrol (véase Miller e Ingham, 1976; Slater y Depue, 1981).

Aunque estos estudios proporcionan una evidencia sugestiva de que el apoyo social mejora el impacto del estrés de la vida, serios problemas metodológicos hacen que tales resultados sean difíciles de interpretar” (Kessler y cois., 1985, p. 543). Para solucionar tales problemas, se entrevistaba a una muestra normal dos veces (véase Hcnclcrson y cois., 1981; Turner y Noh, 1982; Lin y Ensel, 1984); un inventario para medir los eventos que ocurrían entre las dos entrevistas se utilizaba para predecir los cambios en los síntomas entre las dos observaciones.

Kessler y McLcod (1984) han revisado excelentemente estos estudios: el apoyo social, y especialmente el apoyo emocional, disminuye el impacto del estrés de la vida sobre los problemas mentales. “Los datos sugieren que el apoyo emocional puede jugar un papel más importante que las medidas estructurales del apoyo, como la actividad social o el compromiso social, a la hora de proteger a los individuos de los efectos negativos del estrés” (Kessler y cois., 1985, p. 544). (Tomado de: OVIERO Anastasio: Psicología Social y Salud).

5.10 PROBLEMAS METODOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DEL APOYO SOCIAL

Según Jiménez-Domínguez (2000) los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos. De ahí que la intersubjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales. La realidad social así vista está hecha de significados compartidos de manera intersubjetiva. El objetivo y lo objetivo es el sentido intersubjetivo que se atribuye a una acción. La investigación cualitativa puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta.

La metodología cualitativa ha abierto un espacio multidisciplinario que convoca a profesionales de las más diversas disciplinas (sociólogos, antropólogos, médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, relacionistas públicos, entre otros) lo que lejos de ser un inconveniente aporta una gran riqueza en la producción. Sin embargo, también provoca una serie de efectos perversos, tales como, la gran variabilidad existente en la manera de afrontar el análisis: Imprecisión y confusión de conceptos, multiplicidad de métodos, más descripción que interpretación, riesgo de especulación, escasa visión de conjunto, teorización, entre otros, hasta tal punto que hoy día no podríamos hablar del análisis cualitativo, sino más bien de los análisis cualitativos (Amescua & Gálvez, 2002).

El problema de acuerdo a algunos autores es que hay diversas visiones que se han considerado como tipos de investigación cualitativa (Tesch, 1990, ubica 26 clases) y las bases epistemológicas son variadas. Sin embargo, de acuerdo a Mertens (2005) el constructivismo es probablemente el paradigma que ha tenido mayor influencia en el enfoque cualitativo, aunque algunos no estén de acuerdo. (Citado por Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

El constructivismo propone:

- No hay una realidad objetiva, la realidad es edificada socialmente, por consecuencia, múltiples construcciones mentales pueden ser “aprehendidas” sobre ésta, algunas de las cuales pueden estar en conflicto con otras; de este modo, las percepciones de la realidad son modificadas a través del proceso del estudio (Mertens, 2005).
- El conocimiento es construido socialmente por las personas que participan en la investigación.
- La tarea fundamental del investigador es entender el mundo complejo de la experiencia vivencial desde el punto de vista de quienes la experimentan, así como, comprender sus diversas construcciones sociales sobre el significado de los hechos y el conocimiento.
- La investigación es en parte producto de los valores del investigador y no puede ser independiente de ellos.
- El investigador y los individuos estudiados se involucran en un proceso interactivo.
- El conocimiento resulta de tal interacción social y de la influencia de la cultura. Tomado de: SALGADO LEVANO Cecilia Ana: Investigación Cualitativa:



5.11 REDES DE APOYO SOCIAL EN LOS PROBLEMAS DE SALUD.

5.11.1 Consideraciones preliminares

En el nivel social, es posible que se den cambios en las relaciones interpersonales del paciente, dado el estado de tensión y tristeza en el que se puede encontrarse. Por esta razón, puede intentar aislarse y perder el interés en el establecimiento y mantenimiento de vínculos satisfactorios con quienes lo rodean. Este punto es importante tenerlo en cuenta ya que como lo menciona Rodríguez (1995), la red de apoyo social representa una pauta de lazos continuos e intermitentes que juegan un papel significativo en la integridad psicológica y física de las personas a lo largo del tiempo; dentro de las diferentes funciones que cumplen las relaciones interpersonales se encuentran: proporcionar intimidad, prevenir el aislamiento, definir las competencias mutuas, proporcionar elementos de referencia, compartir problemas comunes y ofrecer asistencia en las crisis. (Tomado de: OBLITAS GUADALUPE Luis: Manual de Psicología Clínica).

Desde los tiempos de las cavernas el ser humano busca estar en contacto con un grupo, ya que ese es el sentido biológico que se mantiene en las células, si se observa a los primates las formas de interrelacionarse en el medio que les rodea, la necesidad de pertenencia a un grupo es tan fuerte, que al momento en que el macho líder llega a envejecerse, los machos jóvenes los destierran y lo aíslan del clan, llegando a generar un fuerte estado de ansiedad, estrés y vulnerabilidad ante los depredadores. Esta información está codificada en las células desde millones de años a nivel filogenético, a nivel ontogenético la influencia del medio social en cierta manera ha generado grandes dependencias, partiendo desde la concepción de un bebé el grado de apego generado en mayor escala está dado por la madre, ya que a diferencia del padre ella comparte la mayor parte del tiempo con el bebé, or lo que de acuerdo al grado de dependencia se irá estructurando la personalidad del individuo.

A nivel del contexto social los individuos se han formado con esquemas de dependencia social, cuyas bases se originan desde la estructura familiar, con el pasar del tiempo se dan cambios sociales donde se buscan mejorar las condiciones de vida, como consecuencia se han creado instituciones que suplan estas necesidades, tales como el IESS, los hospitales públicos, las clínicas, centros de apoyo terapéutico, Centros de Rehabilitación.



5.11.2 Red familiar

En el tratamiento y atención a pacientes en las áreas de salud de mayor urgencia tanto en hospitales públicos como privados, se requiere de la adecuada preparación que se realice hacia los familiares del paciente, sin embargo hay que tomar en cuenta que el factor sociocultural influye de forma directa en la personalidad de los individuos, citando un ejemplo referente a una simple infección viral que aunque parezca simple esta se desencadena de forma constante gracias a los prejuicios latentes que favorece el medio social.

Para muchos pacientes a la hora de asistir a una consulta psicológica, previamente surgen una serie de cuestionamientos entre los miembros de la familia, donde la típica creencia es mencionar que sólo los locos van donde los psicólogos, psiquiatras, lo que en realidad no es así.

La principal responsabilidad legal del profesional clínico es actuar en interés del paciente, y esto incluye informarle acerca de su situación clínica, tratamientos, procedimientos e incluso errores médicos o resultados imprevistos. De acuerdo con el principio de autonomía, los pacientes tienen derecho a conocer la totalidad de su historial médico sin ningún tipo de alteración respecto a condiciones médicas anteriores, presentes o futuras, lo cual es fundamental para que pueda tomar decisiones razonadas y libres acerca de la propia asistencia sanitaria. (Tomado de: Vargas M, Recio M: Mejorando la seguridad de los pacientes en los hospitales; de las ideas a la acción, Ministerio de Sanidad y consumo, España (2008)).

El papel de una red familiar consiste en saber aprender y ejecutar sus roles de acuerdo a la patología que presente el paciente, el profesional de salud debe ser capaz de informar y capacitar a los familiares para que ellos desarrollen una correcta colaboración en beneficio de la salud del enfermo y mantener su calidad de vida.

El desconocimiento de los roles de los profesionales de salud mental conlleva a generar una serie de sesgos y limitaciones que afectan su propia estabilidad. En el Ecuador a través del Seguro Social y el resto de hospitales públicos se genera un gran egreso económico debido a la demanda de enfermos que acuden por atención médica, bien sea por enfermedades como la diabetes, el cáncer, entre otras enfermedades; si se diera un cambio de consciencia del para que están enfermos, de que las enfermedades no vienen a causarles daños, sino que los pacientes las han generado, de que una simple creencia errónea pueda ser capaz de afectar el sistema inmunológico y de ahí desencadenar otras infecciones como efecto dominó, si se tomara consciencia de que no hay nada afuera que

les pueda hacer daño excepto sus propios miedos, al aclarar esas incertidumbres se disminuiría un egreso público, que al existir un cambio de consciencia las personas ya no dependerían de papá Estado, ni de mamá IESS, sino que comiencen a ser verdaderos adultos responsables de sus propias decisiones y acciones, de esta manera las redes familiares tendrían una mejor fluidez.

5.11.3 Red comunitaria

La importancia de las Redes Comunitarias está implícita en los cambios que presente una sociedad, en si las personas por el mismo hecho de la adaptación siente la necesidad de pertenecer a un grupo social, es aquí donde las redes comunitarias pueden ser útiles para crear vínculos capaces de colaborar y servir de refuerzo ante las necesidades existentes en los contextos sociales. (Tomado de: LLANO Y. Calidad de vida, Funcionalidad Familiar y Apoyo social de redes comunitarias deportivas-recreativas en las familias de estrato bajo con adolescentes, Facultad de Ciencias de la Salud, Pereira (2007)).

El surgimiento de las Comunidades está a la luz de las sociedades, sus fructificaciones están dadas de acuerdo a las capacidades de cada individuo de acuerdo al aprendizaje adquirido desde la familia de donde surgen las primeras formas de comunidad, de esta manera se dan las organizaciones sociales para cumplir diferentes roles de acuerdo a las capacidades, de liderazgo, socializar información que propicie beneficios de calidez el entusiasmo por alcanzar las metas que se han propuesto.

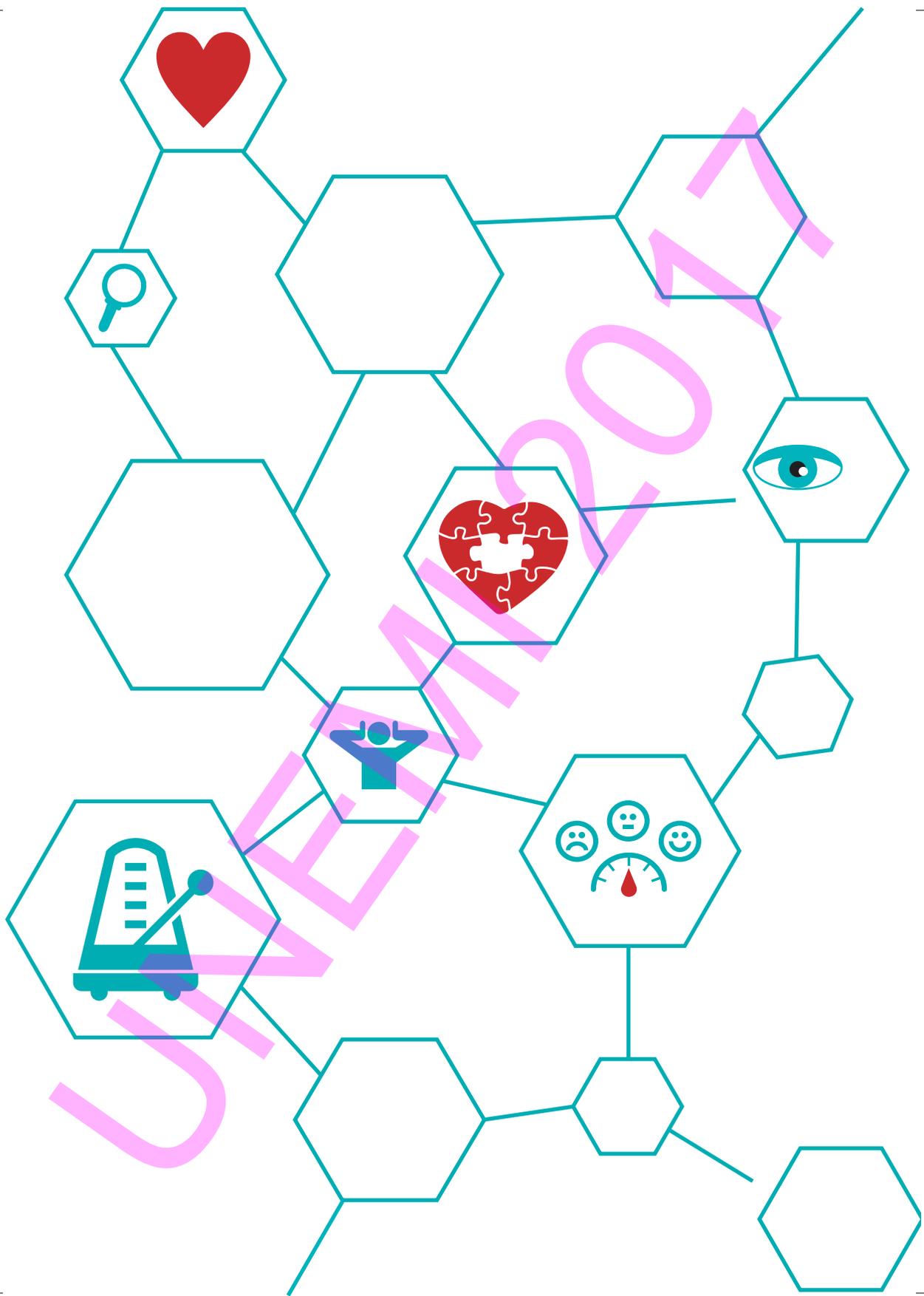
El papel de la psicología social debe ser en fortalecer los lazos que unen a los integrantes de determinada comunidad, potenciando el desarrollo organizativo y participativo; en el Ecuador por ejemplo a nivel de cada una de sus ciudades cuentan con la atención de su centros de salud, contando con atención física y mental, a más de eso en cada sector deben organizarse los habitantes para integrar soluciones a sus problemáticas.

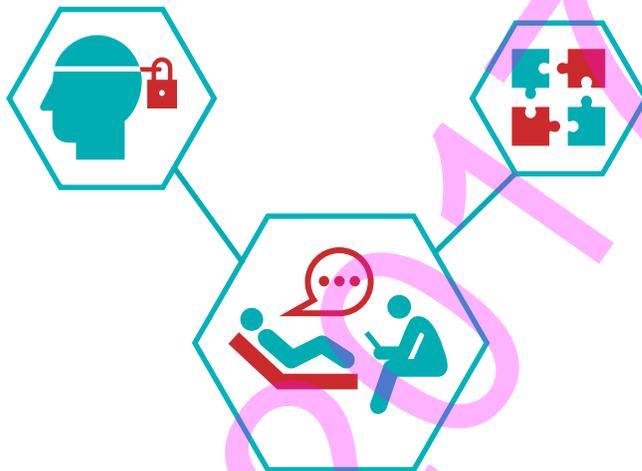
5.11.5 Red profesional

A través de las Redes Profesionales se pretende disminuir las problemáticas existentes desde diferentes contextos; se puede tomar en cuenta a la principal matriz que el gobierno a creado través del Buen Vivir, desde donde se despliega aportes hacia la niñez y adolescencia, tanto en ámbitos de salud sexual, salud

mental, derechos a una educación estable. Desde esta matriz el resto de instituciones tiene la obligación de cumplir los objetivos que estén planteados por medio de equipos interdisciplinarios, para gestionar soluciones en el ámbito del bienestar educativo, social, laboral, etc.







CAPITULO VI

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS E INTERVENCION HOLISTICA

La manera más simplista de sintetizar la vida en su verdadero y único significado real, es “ser feliz”.

Dr. Holguer Romero U.

RESUMEN

En las instituciones de salud pública o privada, suelen manifestarse una gran diversidad de enfermedades, donde es necesario plantear el problema que se pretende investigar dar la solución necesaria, la magnitud del problema puede darse desde diferentes ámbitos, identificando los antecedentes, orígenes, contrastando con la realidad del propio contexto social, identificando las variables que influyen en el problema.

Dr. Holguer Romero-Urréa, MSc.

Egdo.Med. Lenin Romero-Velóz

Dr. Guillermo León-Samaniego, MSc.

Psic. Johanna Arellano-Romero, MSc.

Egda.Psic. Anita Romero-Urréa

6.1 PLANTEAMIENTO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA

A nivel de la salud los problemas que se pretenda investigar deben estar enfocados tanto a nivel individual, colectivo y la forma en que afecta a la sociedad. En la Universidad Estatal de la Península de Santa Elena se plantearon estudios por parte de estudiantes de la carrera de Psicología, los temas de mayor interés se centraron en la influencia de la depresión en trastornos cardiológicos, el cáncer de próstata. (Tomado de: Solano W, Lino G, Villalta J: Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud Carrera de Psicología, Santa Elena UPSE (2012)).

En el Planteamiento de proyecto de investigación diagnóstica se deben indicar las principales variables tanto independientes como dependientes, para describir el centro del problema de estudio, aunque los trastornos mentales más comunes constituyen una relación significativa con trastornos fisiológicos, orgánicos, a la hora de las consultas médicas donde se requiere de un equipo interdisciplinario a la hora de ser diagnosticado para su posterior derivación.

6.1.1 Análisis diagnóstico del grupo de intervención

A nivel internacional se cuenta con unidades de apoyo interdisciplinario de profesionales, hoy en día se ha incorporado en las comunidades de intervención, planes de salud mental en los hospitales, en los centros y subcentros de gerontología, deben constar con objetivos asistenciales referentes a las personas de la tercera edad, diagnosticando el alzhéimer, demencia senil, párkinson, también se deben enfocar en el diagnóstico de enfermedades psicosomáticas, cardíacas, hipertensión, diabetes, cáncer, etc.

Existen importantes grupos de intervención en el Neurociencias de la Ciudad de Guayaquil y en Ministerio de Salud Pública, donde los principales ejes de intervención se responsabilizan en enfermedades mentales como la esquizofrenia, psicosis, la hiperactividad y otros trastornos de conducta.

6.1.2 Presentación de proyecto de investigación diagnóstica

Cada profesional de salud mental puede crear iniciativas en base a sus experiencias vividas, ya que durante la atención de pacientes con esas experiencias se puede integrar nuevas estrategias que viabilicen el tratamiento de trastornos psicológicos, por medio de los equipos interdisciplinarios, se pueden obtener datos primarios que se pueden cuantificar, posterior a su análisis se

procede a correlacionar los datos estadísticos con las posibles variables que se relacionen tanto en sus causas como efectos. Por ejemplo en casos de pacientes diabéticos, hipertensos, con cáncer, entre otras enfermedades, se obtienen los datos cuantificados estadísticamente de los médicos de área, se establece una diferencia entre enfermedades de tipo catastrófica y las de menor riesgo, para luego evaluar las variables predominantes en el problema tomando en cuenta el aspecto biopsicosocial; en base a estos procedimientos se puede emplear programas terapéuticos que funcionen como prevención y promoción.

6.1.3 Proyecto de intervención

Los principales puntos de intervención deben estar en coordinación con la psiquiatría, psicología clínica, la pediatría, medicina general y especialistas en cada una de las patologías orgánicas existenciales, de tal modo que se pueda intervenir en los problemas neonatales, patologías psíquicas maternas del embarazo y el posparto los trastornos graves del desarrollo, las secuelas traumáticas postquirúrgicas, las enfermedades crónicas graves y las manifestaciones de enfermedades psicosomáticas.

Para una correcta intervención se debe contar con una amplia gama de materiales psicométricos, baterías completas de test proyectivas, de personalidad, test neurológicos, test de inteligencia, cuyos resultados deberán ser medidos cualitativamente y cuantitativamente.

6.1.4 Cronograma de actividades

El cronograma de actividades se debe plantear los diferentes ejes temáticos que se aplicarán tanto a nivel individual como grupal.

ACTIVIDADES	FECHA. (De acuerdo a la planificación)
Entrevista. (diagnóstico, obtención de datos primarios)	
Aplicación de la encuesta (obtención de datos)	
Aplicación de batería de test. (Psicométricos, inteligencia, proyectivos, neurológicos)	

Resultados de la metodología	
Corroboración de los datos (hipótesis)	
Ejecución del proyecto (Propuesta)	
Resultado final (Soluciones)	

6.1.5 Planificación terapéutica

Luego de diferenciar los signos y síntomas y de establecer un diagnóstico clínico, diferencial, evaluando cada uno de los ejes y utilizando las respectivas herramientas psicodiagnósticas, se procede a preparar un plan terapéutico para la rehabilitación del paciente y la familia, estableciendo un plan terapéutico donde se integre la psicoeducación, la formación de grupos terapéuticos entre pacientes por edades, de acuerdo a la entidad clínica que posean.

De esta manera los grupos terapéuticos entre pacientes, pueden ser integrados de acuerdo al tipo de patologías que posean, la personalidad, en los grupos se puede generar el apoyo entre sus integrantes, utilizando una amplia gama de técnicas psicoterapéuticas para el manejo y auto control de la conducta, tomando en cuenta sus potencialidades, debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades.

6.1.6 Actividades

Las actividades a realizar deben ir encausadas a los resultados de los proyectos investigativos, en si es parte vital y la solución que se presenta como propuesta. Dentro de las propuestas se aplican objetivos que aporten soluciones, siendo estos las bases que aporten cambios favorables a la comunidad; Partiendo de esas bases se plantean los ejes temáticos que tengan relación a los objetivos, tomando en cuenta el tiempo que se considere adecuado para la ejecución de las actividades.

6.1.7 Objetivos

La atención a las personas con trastornos mentales, se deben desarrollar mediante un modelo biopsicosocial que se base en las necesidades de una comunidad en estudio, orientado a los usuarios y usuarias, con una práctica asistencial justificada en pruebas aceptadas por la comunidad científica internacional y una concepción integrada de la atención.

6.1.8 Presentación de resultados y conclusiones

Los resultados y conclusiones se darán luego de haber finalizado las actividades que han sido gestionadas previa a su ejecución, por lo que se debe proceder a realizar un análisis diagnóstico de los resultados obtenidos después de las actividades realizadas, valiéndose de diferentes herramientas, ya sean test psicológicos, entrevistas, encuestas, de donde estos resultados pasan también a ser analizados cuantitativamente y cualitativamente.

6.2 APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN ENFERMEDADES DE TIPO CRÓNICO

La respuesta de los individuos a las condiciones del ambiente que perciben sus madres antes del nacimiento les permite optimizar su desarrollo genético y fisiológico mientras se adaptan al ambiente previsto. La propia plasticidad epigenética del ser humano puede tener malos resultados y conducir a todo un despliegue de enfermedades crónicas que se manifiestan en la edad adulta si un individuo sufre una nutrición insuficiente y circunstancias adversas en su entorno durante los periodos fetal y neonatal de su desarrollo.» (Bateson citado por Bruce Lipton en Bruce Lipton, La biología de la creencia, Editorial Palmyra, 2007, pág. 214).

Los comportamientos, las creencias y las actitudes que los humanos observamos en nuestros padres se graban en nuestro cerebro con tanta firmeza como las rutas sinápticas de la mente subconsciente. Una vez que la información se almacena en el subconsciente, controla nuestra biología durante el resto de nuestra vida, a menos que descubramos una forma de volver a programarla.» (Dr. Peter W. Nathanielz, en Life in the Womb: The Origin of Health and Disease. De Bruce H. Lipton, La biología de la creencia, Editorial Palmyra, 2007, págs. 220-221).

Los investigadores revelan que los padres actúan como ingenieros genéticos con sus hijos durante los meses previos a la concepción. En las etapas finales de la

maduración del óvulo y del espermatozoide se ajusta la actividad de los grupos de genes específicos que darán forma al niño que está por nacer mediante un proceso llamado «impresión genómica» (Surani, Reik y Walter citados por Bruce H. Lipton en La biología de la creencia, Editorial Palmyra, 2007, pág. 235).

Cuando Hacemos el estudio de la historia clínica de a uno de nuestros clientes, siempre les preguntamos cuál era la situación emocional de sus padres antes de la concepción (unos nueve meses antes). Obviamente, casi siempre los padres responden que todo estaba muy bien (especialmente la madre), obviando los problemas emocionales que pudieran estar viviendo, y estos van al inconsciente de la madre y luego al del hijo. Siempre decimos, y lo decimos con mucho cariño, que «todas las madres mienten». Las madres están programadas para esconder y ocultar los problemas que pueda haber en la familia, precisamente para protegerla, pero estas buenas intenciones no las eximen de una programación tóxica para sus hijos. Ya sabemos que el camino del infierno está empedrado de buenas intenciones, pero va al infierno.

Cuántas madres han aguantado violaciones dentro del matrimonio y han tenido hijos no deseados. Cuántas programaciones no habremos visto en consulta de mujeres que no se quedan embarazadas y han descubierto que llevan programas inconscientes de no tener hijos o de no querer tenerlos. Programas transmitidos por los silencios, muchas veces justificables, de mujeres que han vivido unos matrimonios infernales.

6.3 EL INCONSCIENTE BIOLÓGICO (I.B.)

Cuando hablemos del I.B. lo haremos considerándolo como el regulador de nuestras emociones y el director de estas hacia el lugar físico de nuestro cuerpo que él considere necesario y preciso. Su finalidad es siempre la adaptación al entorno.

Procesa la información a una velocidad millones de veces superior a la de la mente consciente. Este examina el mundo que nos rodea, graba todo lo que nosotros experimentamos emocionalmente. Tiene una capacidad de reacción inmediata y para ello utiliza programas evolutivos y comportamientos previamente aprendidos. Sus actos son de naturaleza refleja y no están controlados por pensamientos o razonamientos.

Nos podríamos preguntar si el I.B. es inteligente y, si lo es, qué tipo de inteligencia tiene. Lo que sí sé es que la inteligencia de este no es una inteligencia con la que se pueda razonar, es una inteligencia sin presuposiciones de ninguna clase, una

inteligencia nítida, sin sombras, una inteligencia precisa y concreta cuyo objetivo es dar una solución lo más rápida posible frente a una situación de urgencia. De ello puedo deducir que una característica del I.B. es su absoluta inocencia. No sabe lo que está bien o lo que está mal, para ello selecciona los programas aprendidos de una forma transgeneracional, de Proyecto Sentido o grabados en nuestra infancia.

El desarrollo del sistema límbico ha permitido que experimentemos sensaciones físicas. Nuestra mente consciente experimenta estas sensaciones como emociones. Esta es una de las claves que utilizamos en BioNeuroEmoción. Sabemos que todas las personas experimentan sensaciones físicas en lugares determinados de sus cuerpos y luego les ponemos nombre. Cuántas veces no habremos preguntado a un cliente dónde siente tal o cual emoción, por ejemplo, miedo, y nos ha señalado la garganta. Entonces nosotros sabemos que la fuente de su emoción y sensación física en la garganta es un conflicto relacionado con no expresar algo frente a una situación que el cliente percibe como peligrosa. Por ejemplo: «Si digo tal o cual cosa, mi pareja me abandonará». La sensación física en un lugar determinado del cuerpo vendría a ser como una puerta de entrada al inconsciente.

«Como especie hemos tenido tanto tiempo para adaptarnos al control del sistema límbico que nos sentimos cómodos aun cuando es él el que toma el mando. Sin el sistema límbico no tendríamos grupos sociales de ningún tipo, el sexo nunca se habría desarrollado hasta llegar al amor, la curiosidad nunca habría pasado a la reverencia religiosa.» (Robin Robertson, Introducción a la Psicología Junguiana, Ediciones Obelisco, 2002, pág. 28). El IB mira al mundo, mejor dicho, a la pantalla del mundo, con una mirada limpia, sin dualidad, sin sombra. Cualquier estímulo emocional que recibe es puro para él, no hay interpretación. La fuerza de este impulso emocional, su carga, determina la atención de este al mensaje recibido y dará la solución según la urgencia que perciba. (Tomado de: CORBERA Enric, MONTSERRAT Batlló: Instituto Español de Biotranscodificación (2013) Pág. :119-120-122).

6.4 ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere de asistencia médica continua y una educación del paciente y su familia para que comprenda la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas de tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas. La atención y cuidado del diabético es compleja y requiere del abordaje de variados aspectos sumados al control de la

glucemia. Existe evidencia que soporta la amplia gama de intervenciones para mejorar la evolución de la historia natural de la diabetes mellitus.

Este conjunto de estándares y recomendaciones asistenciales intentan proporcionar a los clínicos, pacientes, familiares, investigadores, compañías de seguros y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de la asistencia al diabético, las metas terapéuticas y las herramientas para evaluar la calidad de la atención. Aunque las preferencias individuales, la existencia de comorbilidades y otros factores del paciente puedan influir para modificar las metas, esa Guía brinda los objetivos que más a menudo se persiguen con la mayoría de los pacientes. Cada paciente debe ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas.

A continuación se presentan las situaciones clínicas más comunes en las que se puede diagnosticar a una persona con DM2:

- En general, el diagnóstico se puede hacer en cualquier momento del desarrollo de la historia natural de la enfermedad, bien sea en una etapa temprana o tardía de la enfermedad, esta última suele ser la más común.
- Los pacientes, en su gran mayoría, son diagnosticados mediante la realización de una glucemia en ayunas solicitada durante una evaluación general o durante la preparación de un procedimiento quirúrgico, cuando la persona es usualmente asintomática con respecto a la DM2
- Otro grupo de pacientes a quienes se les diagnostica la enfermedad son aquellos a quienes se les realiza una glucemia en ayunas o una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) indicada por presentar factores de riesgo para DM2.
- Los pacientes que se diagnostican por síntomas de poliuria, polidipsia, debilidad, pérdida de peso, alteraciones visuales, astenia y prurito (especialmente genital) y la presencia de infecciones son comunes y, posiblemente, sufren la enfermedad con anterioridad, por tiempo prolongado y su diagnóstico había pasado desapercibido.
- Consulta por complicación de órgano blanco como enfermedad cerebrovascular (ECV), retinopatía, enfermedad coronaria, vasculopatía periférica, neuropatía o pie diabético.
- El estado hiperosmolar no cetótico y el estado cetoacidótico pueden

ser formas de presentación inicial de una DM2, pero poco usuales con respecto a las anteriores.

6.4.1 Calidad de vida en el paciente diabético

El concepto Calidad de Vida (CV) ha entrado a formar parte de muchos aspectos de la vida de los individuos y comunidades. Es un valor que ha pasado a ser prioritario en el discurso de muchos sectores de la sociedad, político, comercial, social, económico, sanitario, entre otros. Las definiciones más actuales, tal como se indica más adelante, ponen de manifiesto criterios que afirman que la Calidad de Vida se refiere a una evaluación subjetiva del individuo, con dimensiones tanto positivas como negativas, y que está íntimamente relacionada con un contexto cultural, social y ambiental determinado.

La preocupación por la felicidad, la satisfacción con las circunstancias personales y las condiciones necesarias para un buen vivir, no son en absoluto recientes. Filósofos de la antigua Grecia como Platón y Aristóteles nos han hecho saber que era éste un motivo de debate en su época. Al margen de los acercamientos filosóficos, contamos con décadas de investigación científica sobre calidad de vida, cuyos inicios está a mediados del siglo pasado. Los progresos de los últimos años nos van permitiendo comprender el sentido del término de manera más concreta y operativa y determinar cómo evaluarlo y cómo planificar acciones para la mejora real en la vida de las personas.

La Calidad de Vida puede ser concebida como concepto antiguo y reciente a la vez. Antiguo porque estuvo presente en los debates sobre bienestar, felicidad y buena vida durante siglos. Pero es reciente porque la utilización del término tiene su origen en los años 60 a raíz del interés por el bienestar humano y por la evaluación del cambio social en los Estados Occidentales (Arostegi, 1998). Moreno y Ximénez (1996) señalan que para las civilizaciones egipcias, hebrea, griega y romana, la calidad de vida era el cuidado de la salud del sujeto, sobre todo en los aspectos alimenticios y de higiene personal. A finales de la Edad Media pasó a convertirse en la preocupación por la salud e higiene públicas y se extendió a los derechos humanos, laborales y ciudadanos en el siglo XIX, ganando terreno en el ámbito social y político.

6.4.2 Estrategias evaluativas de Calidad de Vida en personas con Diabetes Mellitus

El deseo creciente por entender el concepto de Calidad de Vida ha sido acompañado por el interés por el desarrollo de enfoques de medición apropiados. Es evidente que se ha de adoptar una posición en el aspecto teórico del concepto y explicarla, tal como hemos indicado en el capítulo anterior. Fallowfield (1993) dice que muchos estudios pretenden medir Calidad de Vida a partir de cuestionarios que no han sido validados como instrumentos de Calidad de Vida.

También a la hora de evaluar la Calidad de Vida, es preciso elegir un enfoque metodológico apropiado. En este ámbito se han empleado tanto métodos cuantitativos como cualitativos. Entre los últimos destacan las entrevistas, grupos de discusión, historias narrativas personales, estudio de caso o la observación participante. Tienen la ventaja de aportar el punto de vista de las personas implicadas, que la investigación se hace en ambientes naturales y se recoge la perspectiva específica del sujeto sobre su vida de manera holística (Peter, 1997; Brown, 1997).

Schalock y cols, (2002: 10) han establecido aspectos clave cara a la medición en Calidad de Vida:

- El marco de medición se basa en una teoría bien establecida sobre conceptos de vida amplios.
- Se reconoce que el significado de las experiencias de vida valorada positivamente varía a lo largo del tiempo y entre distintas culturas.
- En la medición se reconoce la importancia de reflejar las experiencias de vida individuales y del grupo cultural.
- La medida cuantitativa de calidad de vida representa la posición en un continuo que va de lo “mejor” a lo “peor”.
- La medida se centra en aspectos clave de la vida que pueden ser mejorados como: a) el grado en que están satisfechas las necesidades básicas; b) el grado en que se han alcanzado logros sociales y materiales; c) la posibilidad de elecciones y oportunidades, y de actuar en base a ellas y d) el grado en que los ambientes permiten a las personas mejorar.
- La medida se interpreta dentro de un rango de edad de quienes han sido evaluados.
- La medida utiliza una gran variedad de dominios de vida que están ampliamente aceptados como indicadores clave de plenitud e

interconexión de la vida.

- Los dominios son relevantes para todas las personas evaluadas.
- Existe una validación consensuada de que los indicadores reflejan adecuadamente los dominios de vida.
- Los indicadores clave pueden variar para las personas en diferentes estadios de la vida.
- Los indicadores clave pueden variar para las personas en ambientes culturales específicos.
- En la medición se emplean tanto métodos cualitativos o cuantitativos, como ambos.
- La medida objetiva emplea instrumentos cuantitativos que informan sobre frecuencias y cantidades de indicadores observables. La medida subjetiva utiliza la expresión de grados de satisfacción sobre aspectos de la vida u otro tipo de evaluaciones subjetivas.
- La medida subjetiva tiene componentes cognitivos y afectivos.
- Consideramos que es preciso tener en cuenta una perspectiva del ciclo vital. La vida conlleva transformaciones y desafíos a diferentes niveles: físico, cognitivo, social y emocional. Con el correr del tiempo cambia el cuerpo, la personalidad, la manera de pensar, la conducta, las relaciones y roles, así como los sentimientos (Rice, 1997).
- Por otro lado para Goode (1999) la experiencia de Calidad de Vida varía dependiendo de la edad, por lo que su comprensión y discusión debe ser abordada teniendo en cuenta esta variable; las experiencias de los niños son muy distintas a las de los adultos, e incluso durante la propia infancia existen etapas diferenciadas en las cuales los componentes del bienestar van cambiando. Felce y Perry (1996) argumentan también que factores como la edad, la maduración y el desarrollo afectan a la calidad de vida. TESIS Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con diabetes Mellitus tipo 1: el caso del hospital Universitario GARCÍA Juan PA: 117-118-149-150.

6.4.3 Aproximaciones psicoeducativas en el paciente diabético

La educación para la salud es un aspecto importante, pues contribuye a que el paciente conozca las características básicas de la enfermedad, se mantenga enterado de los riesgos que implica el descontrol y de los beneficios que conlleva el tratamiento, y comprenda los síntomas y las consecuencias de un manejo inapropiado de la dieta, el ejercicio y los medicamentos. Por esta vía también puede enterarse de los mitos en la terapéutica de la enfermedad.

Si el paciente conoce todos estos aspectos, estará más preparado para convivir con su padecimiento y podrá manejar de manera adecuada su enfermedad. La educación es importante en el proceso de la terapia porque constituye un espacio adecuado para enseñar al paciente: cómo seleccionar los alimentos, cómo prepararlos, los planes de nutrición diaria y la composición de sus nutrientes, así como un espacio de capacitación para el desarrollo de los ejercicios físicos de calentamiento y la actividad física prescrita.

Sin embargo, el tratamiento médico, el manejo nutricional, el ejercicio y la educación no son las únicas alternativas para el tratamiento del paciente diabético. Actualmente la psicología de la salud ha incorporado una serie de estrategias e intervenciones psicológicas para el tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas (entre ellas, además de la Diabetes, el cáncer, la hipertensión, las enfermedades terminales, etc.). Por supuesto, las intervenciones terapéuticas varían dependiendo del enfoque o corriente psicológica; no obstante, cabe recalcar que como alternativa de intervención psicológica, sobre todo en pacientes que presentan diagnóstico de Diabetes Mellitus, el enfoque de la psicoterapia cognitivo-conductual ha tenido una aceptación cada vez mayor.

Como modelo de psicoterapia, la intervención cognitivo-conductual ha demostrado ser muy efectiva para ayudar a los pacientes a realizar cambios importantes en su forma de percibir, pensar, sentir y actuar, logrando por su intermedio una concepción diferente de sí mismos, de su enfermedad y de su entorno social.

Las intervenciones psicológicas en pacientes diabéticos tipo II surgieron en un período relativamente reciente, con la aparición de la psicología de la salud en los años '80, sobre todo en Estados Unidos, España, Brasil y Argentina, países que han llevado a cabo investigaciones y en los que se han desarrollado programas de intervención psicológica con aproximación cognitivo-conductual cuyo enfoque se ha orientado principalmente a aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el peso corporal, controlar y mejorar la vigilancia de glucosa en sangre, disminuir el estrés y los síntomas de ansiedad o depresión, etc.

En cuanto a las técnicas y estrategias psicoterapéuticas empleadas, éstas han sido fundamentalmente de tipo cognitivo-conductual: autocontrol, entrenamiento en habilidades para desarrollar nuevas conductas, autovigilancia, programas psicoeducativos, educación en el manejo de dietas, ejercicio físico, técnicas de relajación y visualización, reestructuración cognitiva, debate, diálogo socrático, etc.

Los estudios e investigaciones que han utilizado y aplicado programas conductuales y cognitivos son los de la maestra Laura Díaz Nieto (1996), quien

diseñó un programa psicoeducativo con enfoque conductual, utilizó técnicas de autocontrol y automonitoreo como estrategias para el control de la glucemia y el autocuidado de la dieta. Asimismo, permitió la adherencia al tratamiento y utilizó la relajación muscular progresiva de Jacobson como medida terapéutica para el manejo del estrés y estados ansiógenos. El objetivo de este programa de intervención psicológica, implementado en una institución oficial, fue controlar los niveles de glucemia en pacientes diabéticos no insulino-dependientes tipo II.

Los resultados demostraron que el autocontrol y la relajación, como técnicas conductuales aplicadas en el tratamiento de esta enfermedad, tienen un impacto positivo en la disminución de los niveles de glucemia de los pacientes, quienes además aprendieron a monitorear y tener mayores autocuidados en el manejo de la dieta y el ejercicio físico.

Algunas técnicas conductuales (autocontrol, relajación muscular, entrenamiento en habilidades sociales, etc.) permiten que el paciente diabético aprenda y se entrene en el manejo de su autorregistro de glucemia, así como el autocuidado. En otro estudio que aplicó una intervención psicológica de corte cognitivo-conductual en pacientes diabéticos tipo II (Hernández, 2001; Murguía Pérez, 2001) el objetivo fue medir los niveles de adherencia terapéutica para que el paciente lograra el autocuidado de la salud. Las técnicas que se emplearon fueron en primera instancia los talleres psicoeducativos en grupos pequeños, donde se implementaron técnicas de autorregistro y auto vigilancia para el registro y control de la glucosa.

Este tipo de talleres está diseñado para el autocuidado de la salud. En ellos se capacita a los pacientes para que aprendan a manejar por sí solos el medicamento, su alimentación (control dietético), logren automonitorear su glucosa y puedan practicar ejercicio físico. Estas actividades permiten que el paciente desempeñe un papel más activo en el autocuidado de su salud tanto física como mental.

Investigaciones más recientes con pacientes diabéticos tipo II que se han enfocado a mejorar la calidad de vida son los estudios de la doctora Rebeca Robles (2001), quien diseñó un manual de terapia psicológica que contempla una serie de estrategias y técnicas basadas en la psicoterapia cognitivo-conductual. Este programa de intervención presenta una serie de estrategias para que las personas con Diabetes Mellitus tipo II adquieran las habilidades y conocimientos necesarios para el cuidado de su enfermedad y aprendan a resolver problemas emocionales (depresión, ansiedad, enojo, Tomado de: Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual para Trastornos de la Salud HERNÁNDEZ LIRA Nicolás, SÁNCHEZ Juan De La Cruz (2007) PA, 58-59-60).

6.5 ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO Y SU FAMILIA

Para proceder a atender pacientes con dolores crónicos, se debe evaluar su individualidad, su relación en el entorno familiar, que familiares muestran mayor predisposición por colaborar, en el caso de las enfermedades catastróficas, el cáncer, la diabetes, que generan dolores físicos, que conllevan a mantener una vida displacentera, llena de dolor.

La salud mental en pacientes con estas dolencias es vital, ya que en una mente sana no puede permitir que en el cuerpo se alojen enfermedades, ya está demostrado científicamente como las creencias, las emociones influyen de forma directa en el comportamiento fisiológico, hormonal, del sistema inmune, está claro que muchas personas están expuestas a toda clase de virus y bacterias, resultando importante que personas que muestran alteraciones en el estado de ánimo y sus creencias limitantes les permitan que las enfermedades tomen posesión del cuerpo físico.

6.5.1 Factores psicosociales implicados en la experiencia de dolor

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable; al ser crónico, se convierte en factor etiológico y mantenedor del cuadro, con comportamientos cíclicos y cambios adaptativos del enfermo al intentar paliar su sufrimiento o incapacidad.

Millones de personas en el mundo sufren de dolor crónico, lo que motiva casi 80% de las consultas al médico (Cole, 1998). El dolor crónico implica un cuadro de numerosos síntomas y signos de distinta naturaleza que transforman esta experiencia sensorial y emocional displacentera en una entidad nosológica independiente del resto de la patología. Tomado de: American Psychiatric Association. 1996 Éste sufrirá importantes cambios desde su inicio, desarrollo y desenlace que dependerán del tratamiento que recibirá el enfermo, los cambios que se generen en su ambiente, pero en especial de su procesamiento perceptual, cognitivo, emocional, conductual y espiritual que el paciente viva y comunique.

Este trastorno plantea problemas específicos que van más allá de los aspectos clínicos, la persona incorporará una serie de elementos adaptativos que intentarán paliar el sufrimiento, incapacidad o minusvalía, derivados del dolor o del problema que lo origina y que lo convierte en factor etiológico o mantenedor del cuadro clínico (Melzack y Walls, citado por Loeser, y Cols., 2001).

Existen limitaciones para valorar el dolor, es frecuente ver que el enfermo con dolor agudo se queje o pida ayuda y su aspecto sea de angustia; cuando se vuelve crónico, lleva al individuo a un proceso imperceptible de adaptación (American Psychiatric Association, 1996). Esto significa que el dolor va siendo cada vez más soportable; sin que parezca cambiar en intensidad, el enfermo aprende a adecuarse al dolor, y puede vérselo tranquilo, dudando de su veracidad como informador. (Tomado de: Psicoterapia con el paciente con dolor crónico Usando Desarrollo, Vol. 3, 217-226).

Para el estudio y manejo del dolor, se sugiere un manejo interdisciplinario, que acorde con la Psicología de la Salud, ofrece explicaciones que reconocen la dimensión psicosocial del dolor, con una aproximación cognitiva-conductual. En 1978, un modelo propuesto por Cicek y Saunders para interpretar el fenómeno del dolor a través de un concepto de Dolor Total integrando variables psicosociales que lo asocian con el sufrimiento (citado por Muñoz, 2002). Loeser, en 1980, propone diferenciar cuatro niveles cronobiológicamente jerárquicos: nocicepción, dolor, sufrimiento y conductas de dolor. (Latorre, 1994; Loeser, 2001). El dolor se describe como una experiencia sensorial provocada por la percepción de la nocicepción. El sufrimiento, como la respuesta afectiva negativa, se registra en los centros nerviosos superiores neuronales, habitualmente considerado indicativo de nocicepción, genera conductas que comprenden el habla, la mímica, la búsqueda de atención y la asistencia médica, el consumo de fármacos y la inactividad, entre otros (Muñoz, 2002).

El Modelo Multidimensional para el Estudio y Tratamiento del Síndrome de Dolor Crónico que conceptualiza a éste como una experiencia global, multidimensional y compleja de un individuo, en un contexto y tiempo determinados, genera un interés en la Psicología por modificar los factores psicosociales presentes en el Síndrome de Dolor Crónico. Esta dimensión psicosocial permite ordenar la información que el enfermo tiene, y determina cuáles dimensiones están comprometidas en el proceso de cronicidad y cuáles no. Las menos comprometidas se transformarán en recursos potenciales, y las más, en factores cronificadores del dolor (Muñoz, 2002). (Tomado de: Contribución de factores psicosociales a la cronicidad del dolor lumbar. P.1411-1418).

6.5.2 Datos a considerar en el estudio del dolor

- Comportamiento verbal referido a características espacio-temporales, de intensidad y cualidad de dolor.
- Comportamiento verbal y no verbal considerado socialmente significativo

o indicativo de dolor (conductas de dolor).

- Indicadores de incapacidad o invalidez y de interferencia en la actividad habitual y estilo de vida, referidos al problema que define al dolor crónico.
- Comportamiento general, no constitutivo de problema, que informe sobre los recursos adaptativos del enfermo (Hurley, 2000).

6.5.3 Evaluación de la adaptación al problema de dolor crónico

Partiendo de los nuevos avances en la conceptualización acerca del dolor, analizaremos éste como un complejo fenómeno perceptual de naturaleza multidimensional, modulado por factores neurofisiológicos y psicosociales. El dolor como fenómeno perceptivo. - Los factores psicológicos implicados en la experiencia del dolor:

1. Aspectos cognitivos: Como nuestro peculiar procesamiento de la información puede influir directamente en la percepción de dolor e indirectamente en la evolución del mismo, funcionando como variable moduladora de la adherencia terapéutica.
2. Aspectos emocionales: las emociones se expresan en síntomas físicos, por ello deberemos de prestar particular atención a la relación entre ansiedad y dolor, como una relación que se establece en un sentido bidireccional. - Aspectos conductuales: hay que reflexionar acerca de “el fenómeno del dolor aprendido”.- Las implicaciones de estos nuevos avances de cara al diagnóstico e intervención del dolor: en las dos últimas décadas, el auge de las aproximaciones multidimensionales y la estructuras causales complejas van a determinar una forma de evaluación y tratamiento centradas, tanto en las variables del paciente como del contexto. Tomado de: Cuestionario de detección biopsicosocial para los pacientes con dolor de espalda baja, pág. 214-228.

Se plantea la necesidad de evaluar de forma global todas las variables implicadas, integrando las perspectivas médicas, psicológicas y sociales. Esta orientación interdisciplinar se muestra como la más fructífera en las denominadas “unidad integradas de dolor”.

6.5.4 Aproximaciones cognitivo-conductuales al tratamiento del dolor crónico

Tradicionalmente la aproximación al estudio de dolor en el caso del dolor crónico evaluado como migraña fue enfocada en descripción, prevalencia, síntomas físicos, comorbilidad y la efectividad de varios tratamientos con medicamentos. Sin embargo, a pesar del largo tiempo de probar nuevos medicamentos, la migraña continúa siendo un dolor crónico que cada vez está más presente en la población. La migraña no ha sido entendida, ni evaluada ni mucho menos tratada adecuadamente de manera multicausal (Lipton y Steward 1993). A la fecha existen alrededor de 300 tipos de medicamentos y los laboratorios siguen realizando estudios sobre la eficacia de éstos, pero casi todos enfocados en el aspecto biomédico (McGrady y Andrasik, 1999).

Primera aproximación.

Antes de tomar decisiones sobre los tratamientos de la migraña como dolor crónico, se debe tener un historial médico y un examen clínico para asegurarse que no se tiene una causa seria para el dolor de cabeza como un tumor cerebral. Posteriormente se deberá hacer una interpretación de la migraña “como un desorden psicológico, inestabilidad neuroquímica del sistema nervioso disparado por varios factores intrínsecos o extrínsecos, o ambos y el mecanismo central, vascular, periférico”.

La migraña es a menudo activada más que causada por uno o varios factores. Aunque muchos de los factores desencadenantes son comunes a la mayoría de las personas que experimentan migraña, cada persona parece tener un inventario que solo o juntos participan en un ataque de migraña. La experiencia clínica sugiere que un primer paso en el manejo debería ser la identificación de los activadores como estrés y factores psicosociales que agravan el dolor (Holroyd, Donnell, Stensland, Lipchik y Carlson, 2001).

La identificación de los detonantes no reconocidos abre nuevas opciones de conducta para la prevención de las migrañas. Inversamente, la falta de dirección persistente de los detonantes de la migraña puede limitar la efectividad de otros tratamientos. La identificación de signos iniciales (por ejemplo, tensión muscular, claves ambientales y de estrés asociadas con el principio del dolor) pueden proveer advertencias para emplear las conductas apropiadas para el manejo de la migraña o el uso preventivo de medicamentos (Blackmon, 2000).

Es importante ayudar a los pacientes a entender los dolores de cabeza y proveerles una guía clara para el uso de medicamentos. Además, los factores de conducta pueden influenciar el consumo de analgésicos. Por ejemplo, algunos pacientes toman analgésicos antes del dolor de cabeza, además ellos son capaces de predecir el inicio del dolor. Tomado de: “Tratamiento Psicológico del Dolor”. (1994).

Es más, a menudo por ansiedad y miedo al dolor se estimula al paciente a tomar medicinas (Lake, 2001).

Las intervenciones conductuales pueden usarse para ayudar a los pacientes a distinguir los signos válidos de inicio del dolor de cabeza por ansiedad o miedo y pueden enseñarles técnicas alternativas para manejar la ansiedad (Holroyd, 2002). Las conductas de dolor son abiertas y así pueden observarse y registrarse. Durante los últimos quince años, la psicología cognitivo-conductual ha venido desarrollando y usando métodos de observación de las conductas del dolor como estrategias para la evaluación del paciente con dolor persistente (Keefe, 1998). El objetivo principal de la terapia cognitiva del dolor crónico de migraña, es la comprensión y modificación de las conductas del dolor. Los especialistas clínicos orientados conductualmente han desarrollado y refinado un número de estrategias para la observación de las conductas del dolor.

Estas estrategias pueden ser agrupadas en dos categorías mayores: auto observación y observación directa (Keefe, 1998). En la estrategia de auto observación, se les pide a los pacientes observar y registrar sus propias conductas de dolor. Este método es práctico y no costoso para la evaluación del dolor. Un entrenamiento cuidadoso y un monitoreo continuo de los pacientes es esencial para asegurar la calidad de los datos diarios.

La observación directa es a través de observadores entrenados. Se usan dos aproximaciones para la observación directa:

1. muestreo estándar de conducta y
2. observación naturalista.

En el muestreo estándar de conducta se realizan registros ante varias actividades o situaciones y se correlaciona con el dolor. La observación naturalista consiste en métodos de observación estandarizados en los cuales se reproducen situaciones artificiales de la vida diaria que pueden ocasionar el dolor y se le dan estrategias conductuales para controlarlo. El uso de observaciones en el dolor crónico puede tener aplicaciones clínicas y aplicaciones en investigación. En el

ámbito clínico, estos métodos podrán ofrecer datos psicológicos, sociales, físicos y del entorno del paciente para poder ofrecerle un mejor tratamiento.

La evaluación detallada del dolor crónico permitirá detectar una gran cantidad de factores que pueden estar cumpliendo papeles específicos relevantes o determinantes en el dolor (Díaz, 2001). Por otro lado, en cada tipo específico de dolor crónico se deberá seleccionar el método de evaluación o de recolección de datos más apropiado. Tomado de: Bonica gestión del dolor (3ª ed.). (2001).

La terapia cognitiva conductual para el tratamiento del dolor ha cobrado cada vez mayor relevancia en el ámbito teórico y clínico. Las intervenciones cognitivas parten de la base de que el paciente cuenta con una concepción inadecuada acerca de su problema de dolor, lo cual genera expectativas, creencias, actitudes, emociones y estrategias de afrontamiento desajustadas o desadaptadas que agravan el problema de dolor e impiden su recuperación. Está diseñada para ayudar a los pacientes a identificar y modificar respuestas mal adaptadas que puedan disparar o agravar la migraña. La terapia cognitiva conductual es usualmente combinada con otras terapias conductuales pero ha sido más efectiva por si sola (Holroyd, Nash y Pingel, 1991; Holroyd, 2002).

La terapia cognitiva conductual, es usada para cambiar los patrones negativos de auto derrota a otras actitudes que generen acciones y emociones positivas (Blackmon, 2002).

En las intervenciones cognitivas existen técnicas de diversa naturaleza, cuya finalidad común es, frecuentemente, la de hacer referencia a procesos psíquicos no observables. Estrategias de distracción, control de la atención, imaginación, conceptualización del problema, reestructuración cognitiva de creencias y valores, entrenamiento de estrategias de afrontamiento, resolución de problemas, auto instrucciones, o hipnosis, son algunas de las técnicas cognitivas más usadas en el manejo del dolor crónico.

El foco de intervención de estas técnicas es muy diverso, pero el objetivo de todas es tener efectos de forma indirecta sobre el dolor y sus aspectos funcionales asociados. De forma directa modifican esquemas, ideas, miedos, creencias irracionales, catastróficas, o inadecuadas, expectativas, habilidades cognitivas, percepción de auto-eficiencia, estados emocionales, sugestibilidad, o diálogo interno entre otros. (Díaz, Comeche, y Vallejo, 2002). (Tomado de: Martín M. GEMAT II. (1996a): Nuevo Sistema evaluativo del dolor y la discapacidad. Rev. Soc. Ven. Esp. Dol. 1, Suplemento DEDICADO AL III Congreso Internacional de la Sociedad Española del Dolor,1-5).

La aproximación cognitiva-conductual para el tratamiento del dolor crónico se basa en cinco supuestos básicos:

1. Las personas son procesadores activos de información en lugar que reactivos pasivos a contingencias ambientales. Anticipar consecuencias se vuelve importante para guiar el comportamiento;
2. Las apreciaciones, atribuciones y expectativas del individuo pueden excitar o modular factores fisiológicos que a su vez desencadenan el comportamiento y a la inversa, factores fisiológicos y psicológicos pueden influir en el pensamiento. La prioridad causal entonces, depende del punto de entrada en este ciclo de eventos interactivos;
3. El comportamiento se determina recíprocamente por el ambiente y el individuo. En un sentido muy real, la gente crea sus propios ambientes.
4. El paciente que se vuelve consciente de un evento físico (síntoma) y decide que requiere atención médica inicia un ajuste de circunstancias diferente de aquellos de un individuo con el mismo síntoma que elige automedicarse;
5. Si la gente ha aprendido formas inapropiadas de pensar, de sentir, y de responder, entonces las intervenciones exitosas para alterar el comportamiento, deben enfocarse a los pensamientos incorrectos, sentimientos, y fisiología así como los comportamientos;
6. De la misma manera en que las personas son instrumentales en el desarrollo y mantenimiento de pensamientos incorrectos, de sentimientos, de comportamientos, ellos pueden, son y deben ser considerados agentes activos en el cambio de modos incorrectos de respuesta. Pueden y deben ser partícipes en el aprendizaje y aplicación de modos más efectivos de respuesta al ambiente y situaciones o estados. Por lo tanto, las metas de la intervención cognitiva conductual son la conceptualización del dolor, adquisición y consolidación de habilidades, y el mantenimiento y generalización (Turk y Fernández, 1997).

La literatura que describe la estrategia cognitiva conductual para gente con dolor crónico ha crecido en la década pasada. Esta estrategia está basada en recientes desarrollos teóricos en terapias cognitivas y conductuales (Turk, Meichenbaum & Genest, 1983).

Esta enfoca ambos componentes conductuales y cognitivos del dolor crónico, enseñando a la gente con dolor crónico la relación del dolor con factores cognoscitivos, afectivos y psicológicos a fin de ayudarlos a conceptualizar su propia habilidad para controlar el dolor. Las estrategias conductuales cognoscitivas

enseñan habilidades para cambiar la forma en que la gente encara el dolor diariamente.

La estrategia es multimodal y usualmente incluye métodos de tratamiento como entrenamientos en relajación, imaginación visual, caminar, entretenimiento asertivo y fijación de objetivos, así como también práctica y consolidación de habilidades de aceptación, y otras técnicas conductuales (Kerns, Turk & Holzman, 1983). Tomado de: Modelo Multidimensional de Dolor Crónico, Epistemología, Proceso Psicodiagnóstico y Terapéutica. p. 22-29.

6.6 ATENCIÓN AL PACIENTE ONCOLÓGICO Y SU FAMILIA

Para atender a pacientes oncológicos se debe tomar en cuenta varios objetivos, tales como los siguientes:

- Valorar aspectos psicológicos, psiquiátricos y socioculturales, evaluando el aspecto económico, la psicosexualidad, tener claro el nivel del diagnóstico, para poder proceder con el tratamiento, hay que evaluar la fase de remisión, fases de recaídas, si se encuentra en fase terminal, estado de agonía.
- De los aspectos mencionados es imprescindible que el profesional busque centrarse en los aspectos psicológicos, el cambio de conducta frente al estado catastrófico de la enfermedad, promoviendo una adecuada investigación para realizar una adecuada gestión asistencial.

6.6.1 Fuentes de estrés en los enfermos oncológicos

Existe una disciplina que permite que los profesionales de salud mental sepan cómo intervenir en casos de pacientes con cáncer, así es como surge la Psicooncología que se encarga de estudiar las dimensiones psicológicas, sociales, comportamentales, del cáncer desde las respuestas psicológicas tanto del paciente como de los familiares y la manera como pueden llegar a influir los aspectos psicológicos y sociales en la morbilidad y mortalidad de la enfermedad. (Tomado de: Medina, Alvarado: Psicooncología; Respuesta al malestar emocional del paciente oncológico; Vol.3 pág., Núme.2 pág. 190-196, México (2011)).

El paciente cuando recibe el diagnóstico de cáncer, puede reaccionar de forma negativa, ya que es un impacto que puede alterar el estado psicológico y las

respuestas del sistema inmunológico frente al diagnóstico de la enfermedad, esto puede generar un estrés interno, que se puede transformar en ansiedad, aquí el paciente comienza a manifestar ideas de miedo hacia la muerte, en casos de personas que sean padres o madres, comenzará a surgir la incertidumbre por el futuro de los hijos.

6.6.2 Respuesta psicológica del enfermo oncológico

Un tema con consideraciones técnicas, respuesta psicológica de un enfermo que no está enfermo, que esta psicológicamente enfermo, el tema nos explica como una persona puede enfermarse con su mente, puede crear enfermedades que incluso tienen cambios y alteraciones de tipo biológico pero no existe causa biológica explicable, un ejemplo típico de esta enfermedad es el embarazo psicológico, en el que la mujer tiene tanta ansiedad con una idea fija de embarazarse que su vientre crea un crecimiento de su vientre, presenta los mismos signos y síntomas de la madre embarazada pero no existe un producto, entre esas enfermedades tenemos varias que se deben investigar para incrementar el conocimiento de esta enfermedad psicológica.

Los síntomas somáticos sin causa orgánica (SSCO) incluyen una larga serie de quejas subjetivas para las que no se encuentran signos clínicos que las justifiquen. Puede tratarse de síntomas solos o agrupados. Algunos grupos de síntomas constituyen síndromes funcionales que coexisten, a menudo, en los mismos pacientes y se suceden a lo largo de su vida. Los diagnósticos funcionales se solapan unos con otros y también con diagnósticos psicopatológicos como ansiedad y depresión.

El solapamiento puede depender, entre otros factores, tanto de que se apliquen clasificaciones nosológicas basadas en criterios para trastornos orgánicos que no se pueden objetivar en estos síntomas y síndromes, como de la consecuente interpretación subjetiva de los médicos. Los estudios de Nimnuan¹, comprueban que pacientes con grupos similares de síntomas son diagnosticados de unos u otros síndromes funcionales dependiendo del especialista al que acudan: fibromialgia si acuden al reumatólogo; fatiga crónica si acuden al neurólogo y colon irritable si se trata del digestólogo. Cada especialista toma en consideración los síntomas que le son familiares y dejan fuera del diagnóstico una media de 8 síntomas que no encajan en su especialidad.

Según un trabajo inédito de recopilación y caracterización de teorías de la salud realizado por los autores, Sara Velasco, M^a Teresa Ruiz y Carlos Álvarez-Dardet de la Revista Española de Salud Pública v.80 n.4 Madrid jul.-ago. 2006: existen

teorías de la salud alternativas caracterizadas por diferentes conceptos del proceso de salud-enfermedad. Las teorías socialista, biopsicosocial, ecosocial y psicoanalítica, se caracterizan por incluir en el proceso salud enfermedad tanto el contexto social y la biografía como su interacción con la experiencia vivida y subjetiva de las personas. Ello implica que buscan etiología y factores causales o asociados en la biografía y la forma en que estos factores psicosociales son experimentados, es decir, el significado subjetivo.

La teoría feminista, una teoría crítica más, añade los conceptos ligados a la diferencia sexual y la construcción social del género como factores del contexto socio-cultural que influye en el proceso de enfermar. Bajo estas perspectivas conceptuales se describe la influencia de factores del contexto social, de género y subjetivo sobre el fenómeno de los SSCO.

Son factores que influyen: la clase social, el nivel cultural y la etnia, la situación laboral, el estado civil, y los estilos de vida y capacidad de respuesta a factores estresantes o eventos vitales. Se añaden factores de género: cuidado de hijos pequeños, carga del trabajo doméstico y múltiple roles, feminidad y masculinidad y experiencia vivida y análisis de género y poder y cómo este interviene en la presentación de los síntomas en las consultas, inmersas en un determinado tipo de relación médico-paciente. Se trata de considerar múltiples factores psicosociales y sus interacciones.

El gran reto de la medicina, en este siglo, es seguir mejorando nuestro conocimiento acerca del impacto negativo del estrés crónico sobre los sistemas nervioso, endocrino, e inmune, con el propósito de implementar programas preventivos de intervención biopsicosocial.

Manolete S. Moscoso

En una investigación realizada por Moscoso, En la revista cielo Perú, hace un análisis sobre el estrés como factor causal de diversas enfermedades, se hace una relación entre la mente y el cuerpo, se establece como el pensamiento, proporciona la solución o en los conflictos de las diferentes circunstancias que tiene que enfrentar cada ser humano, por conservar su salud o por recuperarla. Se sabe desde la época de Galeno que las emociones afectan la salud del individuo. Sin embargo, la medicina convencional continúa ejerciendo la práctica profesional tratando la mente y el cuerpo como dos entidades totalmente separadas e independientes. En 1977, George Engel propuso una nueva forma de conceptualizar la realidad médica y reconsiderar el modelo biomédico de la práctica tradicional por un nuevo modelo médico: El Modelo Biopsicosocial (Engel, 1977). Engel propuso que el ser humano está compuesto intrínsecamente

de factores biológicos, psicológicos, y sociales. Este se comporta en formas y estilos de vida que pueden beneficiar o deteriorar su salud. Muchos de los factores mediadores y moderadores entre la mente y el cuerpo, incluyendo la interacción social del individuo, contribuyen a la preservación de la salud o al deterioro de esta (Ray, 2004).

Una situación estresante que altere uno de los sistemas del funcionamiento humano afecta a los demás sistemas debido a las múltiples conexiones mente-cuerpo. El buen manejo de la relación médico-paciente y el éxito terapéutico producto de esta relación, requiere el entendimiento de las interconexiones de la mente, sistema nervioso, sistema endocrino, y sistema inmune.

En las últimas dos décadas, estudios de investigación biopsicosocial tomando en consideración las emociones, comportamiento social, y rasgos de personalidad en la preservación de la salud, han avanzado significativamente las ciencias biomédica y psicosocial dentro del nuevo orden del diagnóstico y tratamiento de enfermedades (Chiong, 2001). En base a este nuevo paradigma biopsicosocial, no existe una real división entre la mente y el cuerpo debido a las interconexiones científicamente establecidas entre el cerebro, sistema nervioso, y los sistemas endocrino e inmune (Maier, Watkins&Fleshner, 1994).

Nuestra forma de pensar, creencias, y sentimientos no son nada menos que la actividad bioquímica en las células nerviosas de nuestro cerebro, la cual se expresa dentro de los sistemas endocrino e inmune determinando el estado de salud actual del individuo. La evidencia científica, hoy en día, demuestra que al modificar nuestros pensamientos estamos modificando nuestra biología (Kiecolt-Glaser, McGuire&Robles, 2002; Cousins,1989).

En este sentido, es necesario indicar que el cerebro es la línea de vanguardia de nuestro organismo en la defensa contra las enfermedades y el envejecimiento; y la mente representa el funcionamiento del cerebro (McEwen, 2008). Los conceptos y datos científicos que se presentan en líneas posteriores corroboran lo expresado en este párrafo.

Como indicamos anteriormente, en las dos últimas décadas hemos sido testigos de la gran transformación en la forma de entender la relación entre nuestra mente y salud, así como también entre nuestra mente y enfermedad.

En el aspecto académico también hemos sido testigos del significativo aumento en el número de escuelas de medicina en USA, los cuales cuentan con departamentos dedicados a investigación y tratamiento bajo el paradigma mente-cuerpo, entre las que podemos citar la las universidades de Harvard, Columbia, UCLA, UC San

Francisco, Pittsburgh, Stanford, Arizona, Miami, South Florida (USF). Un ejemplo interesante en este relativamente nuevo campo interdisciplinario es el trabajo realizado por Dean Ornish y colaboradores en la Universidad de California, San Francisco. Ornish reportó a principios de la década del 80' que las enfermedades cardiovasculares podían ser prevenidas o revertidas en base a cambios en estilo de vida del paciente, el cual incluye un programa nutricional vegetariana y bajo en grasas saturadas, ejercicios físicos moderados, meditación, manejo del estrés y soporte social (Ornish, 1983).

6.6.3 Formas de afrontamiento

Siguiendo con el modelo de Lazarus y Folkman (1991) las personas con pocas estrategias de afrontamiento tienen más posibilidades de estresarse. Por esto, la medición y evaluación del afrontamiento es un componente esencial para la explicación y conceptualización del proceso de estrés. El afrontamiento es un proceso dinámico, que involucra la evaluación y reevaluación constante de las personas ante situaciones demandantes y su función está en consonancia con las estrategias que los individuos llevan a cabo para la consecución de objetivos específicos.

Las estrategias de afrontamiento propuestas por los autores están divididas en: a) afrontamiento dirigido a la acción, que son actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema y, b) el afrontamiento dirigido a la emoción, que son las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar.

En las investigaciones sobre estrategias de afrontamiento, Fraguera, Luengo, Romero, Villar y Sobral (2006) encontraron diferencias de género respecto al tipo de estrategias y su relación con el inicio de la conducta antisocial y el consumo de drogas, además de que indicar la existencia de diferencias entre las estrategias de afrontamiento en función de las variables como la edad y el sexo. También muestran que los estilos de afrontamiento, como evitar los problemas, distracciones, etcétera, son factores protectores importantes contra el riesgo del consumir drogas, además de la implicación en actos antisociales.

En los trabajos de Figueroa, Contini, Letina, Levin y Estevez, (2005) y Gonzáles, Montoya, Casullo y Bernabéu (2002) se analizaron tres aspectos: estrategias de afrontamiento, bienestar psicológico y género, encontrando relaciones entre éstas; en el caso de Figueroa et al. (2005), y Palomar (2008), que además evaluaron el nivel socio económico de los participantes, observaron, primero, que las estrategias de afrontamiento que más utilizan los adolescentes son la

distracción y la evitación del conflicto; segundo, diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento en adolescentes con alto y bajo nivel de bienestar psicológico y diferencias por nivel económico, donde los de bajo recursos cuentan con más estrategias de afrontamiento y tercero, también encontraron diferencias entre estrategias de afrontamiento y género, siendo las mujeres quienes poseen mayor repertorio de estrategias en comparación con los hombres.

A la luz de lo anterior, una investigación que resulta importante es la de Nava y Vega (2008) que evaluaron las variables de red y de alteración psicológica (depresión) con la finalidad de probar el valor relativo de las propiedades dinámicas de la red para describir y predecir alteración emocional en adolescentes que vivieran con sus familias y adolescentes que no vivieran con ellas. Los resultados mostraron que los adolescentes con ausencia de familia muestran más depresión que los adolescentes que viven con sus familias y estos últimos obtuvieron puntajes más altos en el índice de relaciones familiares y en la calidad de red social. Asimismo, reportan relaciones significativas entre calidad de red familiar y depresión, calidad de red de amigos y familiares en los adolescentes reclusos, mientras que en los otros adolescentes la calidad de red familiar correlacionó con depresión y con los subgrupos de red. Lo anterior indica que cuando algún componente de la red social se ve alterado, por alguna circunstancia, tienden a presentarse problemas de alteración psicológica como la depresión y tiene impacto en las medidas de red social.

En continuidad con la investigación precedente, Vega, Martínez, Nava y Soria (2010) se propusieron dar respuesta a las preguntas surgidas del estudio anterior ¿sería posible encontrar depresión aun cuando no hay ausencia de familia de origen? y, ¿Qué variables explicarían tal fenómeno, en caso de encontrar diferencias? Por lo tanto, los participantes seleccionados fueron adolescentes de secundaria que vivieran con sus familias y que no mostraran ninguna alteración psicológica aparente, evaluándose las variables de apoyo social, estrés y calidad de red. Los resultados demuestran que el nivel de calidad de red social familiar y de amistades es significativo para determinar la depresión. En el caso de la segunda pregunta sobre qué variables podrían explicar el fenómeno de la depresión no se encontraron relaciones entre el estrés, el apoyo social y la depresión.

Con base en lo anterior podemos referir que el modelo de Lazarus y Folkman cuenta con evidencias empíricas en las investigaciones realizadas en diferentes muestras de adultos y adolescentes.

6.6.4 Estrategias de actuación ante el enfermo oncológico y sus familiares

Las enfermedades oncológicas en lo referente a su diagnóstico y tratamiento médico han evolucionado vertiginosamente en estas últimas décadas. En los años 50, hablar de cáncer era prácticamente sinónimo de muerte o devastación personal, física y emocional. En los comienzos del siglo XXI esto ya no es así. La esperanza de vida de un paciente oncológico se ha triplicado e incluso se está llegando a curaciones totales en cánceres que eran letales hace 60 ó 70 años. Sin embargo, toda enfermedad de larga duración, crónica o que pone en peligro la salud física y psicológica del individuo entronca con un fenómeno humano universal: el sufrimiento. Y este fenómeno es personal e íntimo, donde el cáncer juega un papel disparador pero donde es el individuo, en último caso, el que afrontará de una manera u otra la enfermedad, sus consecuencias intrínsecas (el propio deterioro físico celular) y extrínsecas (los tratamiento invasivos frecuentemente necesarios en estas enfermedades).

El sufrimiento como experiencia humana en el ámbito del cáncer tiene tres grandes afectados: el paciente, la familia-ámbito social (amigos, compañeros) y el personal sanitario. La interrelación entre el malestar del paciente, de la familia y del personal sanitario hace que el malestar percibido de uno de ellos puede amplificar o minimizar el malestar de los demás. Las expectativas de uno pueden influir en los otros y viceversa, y estas expectativas y metas pueden diferir de un colectivo a otro. Tomado de: La terapia cognitiva de la depresión. (1979).

1. En el paciente las metas son:

- Recobrar el bienestar físico
- Ajustar o restaurar la integridad corporal después de la mutilación o la pérdida de las funciones corporales
- Restaurar o preservar el equilibrio emocional
- Superar la inseguridad y la sensación de pérdida de control
- Adaptarse a situaciones médicas poco habituales
- Sobreponerse a la amenaza existencial
- Preservar una calidad de vida significativa bajo diferentes circunstancias

2. En la familia y ámbito social (amigos, compañeros de trabajo, vecinos, conocidos) las metas ante la nueva situación creada por la enfermedad oncológica pueden ser:

- Que la persona se “ponga bien”
 - Mantener o recobrar una relación aceptable con la pareja
 - Recobrar o restablecer el papel desempeñado en la familia
 - Asegurar los recursos sociales y financieros de la familia
 - Retomar la posición laboral o adaptarse a un cambio de ocupación
 - Mantener relaciones sociales con amigos y conocidos
3. Por parte del personal sanitario, la expectativa y metas que tiene respecto al paciente. Son:
- Que cumpla óptimamente con todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos (en ocasiones muy invasivos).
 - Que resista intervenciones dolorosas y/o molestas
 - Que se ajuste al nuevo rol que demanda el ambiente médico.
 - Que coopere de forma activa en la rehabilitación.
 - Que mantenga la estabilidad emocional.

Todos estos aspectos en un contexto en el que el paciente se puede encontrar inmerso en preocupaciones existenciales que aparecen por primera vez en su vida. El paciente se puede ver envuelto en la desesperanza, la pérdida de significado vital, en la sensación de futilidad y separación, y en un miedo al vacío, a la nada. No es extraño, por tanto, que el paciente se preocupe por la muerte, que vea la enfermedad como un castigo y que tenga remordimientos por un sentimiento de culpa (“no debí fumar”, “debía haberme preocupado más por mi salud”, “¿por qué no fui a hacerme las revisiones?” entre otros).

Junto a ello, la enfermedad oncológica y sus tratamientos -a pesar de los adelantos técnicos, farmacológicos y médicos en general- sigue presentando una serie de síntomas físicos importantes, como son:

- Dolor
- Falta de energía, Somnolencia
- Mareos, Náuseas, Vómitos, dificultad para tragar
- Entumecimiento, Picor
- Problemas gastrointestinales (Estreñimiento, Diarrea)
- Tos, Problemas respiratorios.
- Inflamación de brazos y piernas.
- Cambios en el peso corporal.
- Problemas sexuales.



- Y una serie de alteraciones psicológicas:
- Ansiedad y Depresión.
- Problemas en el ciclo del sueño, Pesadillas y Dificultades en la respuesta sexual.
- Irritabilidad.
- Problemas de comunicación y Malestar por el sufrimiento de la familia.
- Problemas de concentración y Dificultades para tomar decisiones.
- Malestar relacionado con los servicios de salud.
- Miedo al futuro y Desesperanza.

La información en oncología no es sólo un proceso bidireccional entre médico-paciente ya que la familia, y más en nuestro medio, lleva a cabo una intervención activa que es preciso tener en cuenta. Es preciso aprender a comunicarse no sólo con el enfermo, sino también con sus familiares y allegados ya que esta relación también tiene repercusión en la atención al paciente. Estos familiares y allegados participan en la información, la modulan e, incluso, la ocultan o la modifican. y este papel de la familia, realmente relevante, llega a aceptarse de manera tácita y por costumbre sin que suela aparecer especificado en textos científicos o legales. Y el motivo es que, más allá de unas líneas generales, es muy poco lo que se ha estudiado sobre la necesidad, el contenido y los límites de la información a los familiares, especialmente de los pacientes oncológicos. (Tomado de: Resolución de problemas y modificación de conducta. pág. , 78, 107-126.).

6.7 DERECHO Y DEBER DE INFORMAR

Las situaciones críticas que la salud y la medicina van colocando en la vida de una persona hacen que el sistema de valores sea diferente entre los pacientes, el personal sanitario, la familia y la población en general. Y este sistema de valores es un reflejo del modo de ser de la persona dentro de su propio ambiente cultural. Estas divergencias se hacen aún más relevantes cuando lo que se plantea es la indicación de un tratamiento oncológicas o la actitud ante el final de la vida, bien por el valor que se da a la expectativa de supervivencia o bien por el modo en que se desearía acabarla y es en esta perspectiva como se comprende con profundidad la cuestión de la información dentro del respeto al paciente y sus opciones.

Adentrarse en cuestiones médicas con una carga deontológica fuerte, pero que no se han desarrollado de manera suficiente en nuestro ambiente cultural, supone el riesgo de copiar las tendencias y los dictados de la cultura anglosajona.

Ingleses y norteamericanos tienen una mentalidad diferente a la nuestra y han mostrado más interés y han empleado más medios en el estudio de las cuestiones que ahora nos preocupan. Una de ellas es la de la información en medicina.

La información a la familia del enfermo oncológico es importante, por tanto, realizar una lectura crítica de lo que aporta la literatura médica sobre la información y no extrapolar directamente a nuestro medio las tendencias y las recomendaciones de la bibliografía anglosajona.

Ni el médico ni la familia son los protagonistas de la enfermedad: este protagonismo corresponde al paciente que es quien padece la enfermedad y en cuyo beneficio se dirige toda la actividad. La información al paciente o a la persona en quien él delegue o en quien recaiga la responsabilidad de sus decisiones es una obligación indicada expresamente en la Ley General de Sanidad y en el Código Deontológico. Pero esta información es un deber y, a la vez, un derecho del personal sanitario: un derecho que le permite al médico delegar y compartir responsabilidades.

Es lógico que el personal sanitario no asuma más responsabilidades que las que ya de por sí le corresponden y un modo de delegarlas es el de participar la información y sus conocimientos sobre la enfermedad en cada paciente: aparte de ofrecer una atención médica transparente permite implicar al enfermo y a sus allegados en su cuidado. (Tomado de: Hacer frente a la mama cáncer con el tiempo y la situación. pág., 37, 523 - 542).

6.8 EL PAPEL DE LA FAMILIA

Incluso los autores más avanzados e individualistas, es decir, los que defienden con mayor vehemencia la independencia del individuo ante su enfermedad y en sus decisiones, acaban reconociendo que la familia es probablemente el primer cuidador y su apoyo más inmediato. En la persona enferma hay que distinguir el principio de la autonomía y el problema de la soledad.

En condiciones normales la familia, por tanto, debería tener siempre un papel principal en la atención al enfermo, especialmente al enfermo oncológico. Y la importancia de este papel se agranda cuando el paciente se encuentra en situación terminal.

En nuestro ambiente, en la mayor parte de los casos es la familia la que solicita la atención del enfermo, la juzga y la crítica o bien alaba y estimula el trato que recibe el enfermo. Y es también la familia quien asume también el papel de interlocutor

ante el médico o ante el personal sanitario, es decir, quien plantea los problemas (síntomas, dudas, etc.) y recibe la información. Hay trabajos, principalmente en el ámbito anglosajón, que han profundizado en las necesidades de información de la familia del enfermo oncológico.

Su diseño se orienta a conocer las demandas de la familia en cuanto a información para intentar cubrirlas. Obviamente, esta línea general merece una aprobación y un respaldo común. Sin embargo, no profundizan en cuál es el derecho a la información, ni en qué cantidad, ni bajo qué circunstancias, ni cuál es la actitud del propio paciente ante esta información, ni cuál debe ser el tiempo que proporcionalmente se dedique, etc. No se puede negar la aportación de estos estudios, pero es preciso estar alerta para darles su auténtica relevancia y superar el componente emotivo con una visión más práctica. (Tomado de Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España; 110: 744-750).

La atención y la exposición periódica de la situación clínica a los familiares puede suponer un nuevo componente en la relación: el encontrarse de maneras inopinadas sometidas a examen y evaluadas por parte de alguien que en ningún momento demuestra una cualidad suficiente para llevarlo a cabo y que a veces únicamente busca un respaldo para sus propias opiniones. Además la familia puede presentar exigencias utópicas, que no se basan en la realidad clínica del paciente, o transmitir unas valoraciones particulares sobre la actividad médica, recibidas o no de otro profesional, ciertas o tergiversadas. Esta actitud llega a causar ansiedad y recelos mutuos y puede ser origen de conflictos con el personal sanitario.

En nuestro medio, las familias que cuidan al paciente oncológico heredan una tradición de sobreprotección. Y por ello asumen directamente la información, sobre todo del diagnóstico y del pronóstico, y gran parte de las decisiones sobre el tratamiento. Todo ello en un contexto de muy escasa comunicación sobre la verdad con el enfermo: ni es informado de su situación ni se le abre una vía para dialogar sobre su futuro, sus preocupaciones y sus angustias.

Cualquier argumentación para esta línea de sobreprotección se quiebra al conocer que la mayor parte de estos mismos familiares que bloquean la información no desearían que se actuase igual con ellos si fueran los pacientes. Aun así, es muy probable que en un futuro, si no cambia esta mentalidad, también sus familiares continúen esta tradición y actúen con ellos del mismo modo, es decir, ocultándoles la verdad. (Tomado de: Telling the truth about terminal cancer; pág., 279: 1746-1748).

Cuando se intenta acceder a un paciente para facilitarle información es frecuente

chocar con una negativa, más o menos vehemente, por parte de la familia. Los datos psicológicos muestran que, junto a una actitud cultural, heredada y aprendida, es la propia angustia de los allegados la que favorece que esta situación se estructure y cristalice. Con esta conspiración del silencio se construye una barrera que se hace muy difícil superar por parte del personal sanitario.

Cualquier aproximación con actitud abierta al enfermo origina contratiempos e incluso enfrentamientos con aquellos que más deberían colaborar y, de hecho, colaboran, en la atención al paciente. A la hora de manejar la información que se facilita a la familia es recomendable intentar explicar que este muro de silencio no es sólo un modo de proteger al enfermo y sus esperanzas, sino que también es un mecanismo de defensa de los cuidadores para manejar la propia angustia. Aunque cualquier intento de explicación y de diálogo es muy loable, sigue siendo muy difícil hacer que la familia lo comprenda y/o lo crea.

Un método de chantaje discreto para obligar al médico a omitir cualquier tipo de información al paciente es que éste ya había expresado, o la familia está segura porque lo conoce bien, que si algún día sabía que tenía un cáncer se suicidaría.

Este dato es muy preocupante y somete al médico a una presión y a un riesgo añadido. No obstante, los datos de la experiencia común no respaldan la fiabilidad de estas apariencias. El suicidio es realmente infrecuente en pacientes oncológicos, tanto en nuestro medio como en países de cultura anglosajona.

Por las repercusiones personales y posiblemente legales que se derivan de cualquier paso que se dé, una medida de prudencia obligada es disponer de testigos que avalen los hechos y las conversaciones que se han mantenido para evitar malas interpretaciones y responsabilidades en un futuro. Tomado de: Oncología clínica básica. 2000. p.

6.8.1 Actitudes de la familia

Las actitudes o reacciones ante la información o ante cualquier evidencia o realidad desagradables, sobre todo si es inesperada, son universales. Por tanto, las etapas que se han descrito en los enfermos terminales de cara a su muerte de choque, negación, ira, negociación, depresión y aceptación se pueden referir a su vez a cualquier información. Y se aprecian también en la familia en la medida en que también recibe para sí la información del paciente oncológico.

Dentro de esta variedad de reacciones, hay una doble faceta en la información a la familia y en su actitud. Por una parte se encuentra el apoyo que le puede

suponer al personal sanitario ya que lo ideal es el trabajo en equipo para alcanzar los mismos fines. Por otra, la familia puede llegar a coartarle su libertad y su iniciativa a la hora de tratar y de comunicarse con el paciente; estas dos posibilidades son reales y se encuentran con relativa frecuencia en la práctica diaria.

Es sorprendente cómo puede cambiar la reacción de la familia ante el personal sanitario que atiende a un paciente oncológico en función de la situación de su enfermedad, del tratamiento administrado y del pronóstico. En una primera fase, cuando el primer objetivo es intentar alcanzar la curación o, al menos mejorar significativamente el pronóstico, la familia se muestra más desconfiada, exigente. Y suele buscar, ante cualquier duda o cuando la información sobre la evolución o la respuesta a los tratamientos no se adapta a sus expectativas o exigencias, una segunda opinión para contrastar los datos que se les aporta.

Es lógico que, como respuesta a esta actitud recelosa, el personal sanitario reaccione limitando la relación y la información a lo mínimo imprescindible. De hecho, para un porcentaje elevado del personal sanitario la información a la familia del enfermo oncológico dedicado a la oncología, buena parte de la ansiedad y del stress personal que se originan en el quehacer laboral provienen del trato con los familiares, no con el enfermo propiamente dicho. La revelación de diagnóstico de cáncer. Pág.; 72: 3355-3365.

Una situación muy distinta es la que suele verse en los enfermos atendidos en sus domicilios por Unidades de Cuidados Paliativos. En estos casos la familia, además de ser propiamente el cuidador principal, la primera persona que cuida y atiende los síntomas y las necesidades corporales y espirituales del paciente, es un verdadero aliado del personal sanitario para lograr un control sintomático adecuado. De hecho, en la definición de Medicina Paliativa se entiende a la familia en sí, globalmente, y no sólo al paciente, como unidad de cuidados. Sin embargo, este cambio sólo aparece cuando la familia ha comprendido y asumido la situación y el pronóstico. Si no se llega a dar este paso, la situación con el paciente terminal sigue siendo una prolongación de lo que pudo pasar en etapas previas de la enfermedad. (Tomado de Información al enfermo oncológico).

6.9 ATENCIÓN AL PACIENTE CARDIOVASCULAR

Al paciente cardiovascular se le debe evaluar los niveles de tensión arterial, tomando en cuenta qué aspectos están generando tensión interna, evaluar las funciones psíquicas del paciente, su estado anímico, analizando cuales son los canales sensoriales con los cuales el paciente tiene más actividad.

Los pacientes que manifiestan hipertensión arterial, pueden estar relacionados con conflictos de tipo territorial, ya que el entorno familiar donde estén los hijos, la función del esposo, las reacciones afectivas son inestables.

6.9.1 Fuentes de estrés en los enfermos cardiovasculares

Inicialmente debe realizarse el diagnóstico psicológico en la atención al paciente coronario grave que consiste en:

- Precisar qué enfermedad es la causante de que el paciente esté hospitalizado.
- Reconocer qué información tiene paciente de su estado y de su enfermedad. Identificar antecedentes patológicos personales del enfermo, insistiendo en los de carácter psicológico.
- Debe determinar las principales características personalógicas así como considerar personalidad premórbida del paciente, actitudes, valores, intereses, posibilidad de autocontrol.
- Estar basado en las vivencias, tipo de enfermedad y estilos de afrontamiento tanto del paciente como de su familia.
- Debe determinarse el conocimiento acerca de la enfermedad y las representaciones mentales sobre la misma.
- Debe evaluarse el apoyo familiar y social, así como la interacción de la familia.
- Tenencia identificar posibles de adicciones y tipo, por las implicaciones en el cuadro clínico al producirse el cese abrupto por indicación médica.
- Es muy importante determinar el estado emocional del paciente, así como sus y mecanismos de autocontrol que posee y su repercusión a nivel conductual, fundamentalmente sobre los procesos de alimentación y sueño.

Cuando el terapeuta ha logrado conformar el diagnóstico psicológico del paciente y los mecanismos de interacción familiar, procede a la intervención auxiliándose de los variados recursos psicoterapéuticos que ofrece la Psicología.

El paciente coronario grave tiene la peculiaridad generalmente de ser un paciente cooperador, interactivo, tal vez favorecido esto por las características de la enfermedad, que al estabilizarse permite una adecuada comunicación, e intercambio.

6.9.2 Principales alteraciones emocionales

- Ansiedad, estrés, depresión, o el denominado síndrome de cuidados intensivos, en cuyo desarrollo se encuentran implicados factores como el ruido excesivo que puede dificultar el sueño y el descanso pero manifestar, el dolor; de la misma manera, las medidas empleadas para la ventilación que impiden que los enfermos se puedan comunicar adecuadamente, etc.
- Sentimientos de falta de control de sí mismos, siendo las principales necesidades manifestadas la sensación de seguridad y “saber qué está pasando”.
- Las vivencias experimentadas pueden continuar, llegando a desarrollar un trastorno por estrés postraumático, lo que justifica un seguimiento con el objetivo de detectarlas y tratarlas adecuadamente.
- Se pueden disparar las anomalías psicológicas conocidas como “síndrome de cuidados intensivos”, pobre orientación, anomalías en el comportamiento que incluyen agresión, pasividad y negativismo, los cuales pueden llegar a incrementar la duración de la estancia hospitalaria, ambiente (Hewitt J, 2002).

En el caso de los pacientes ventilados la imposibilidad para comunicarse verbalmente es generadora de gran angustia, lo que a su vez precipita la ansiedad y la depresión. Por demás, el esfuerzo continuado para hacerse comprender va provocando mayor agotamiento físico y psicológico del enfermo, y sensación de impotencia al tratar de hacerse entender.

Una vez retirada la ventilación mecánica empiezan a aparecer nuevas preocupaciones y molestias en el paciente, dadas ahora por la no emisión total de la voz, flemas que provocan desagrado, e incertidumbre relacionadas con la posibilidad o no de volver a recuperar las facultades para la expresión oral. (Tomado de: Cardiología. El libro de la medicina cardiovascular (t. 3 pp.2764-84)).

El ambiente de la UCI donde se atienden pacientes coronarios es, per se, tenso,

dados por los ruidos inherentes que emanan de emanados por los equipos de monitorización, el movimiento del personal de enfermería, el accionar del equipo médico ante paradas cardiacas, lo anterior puede resultar extraño o desconocido para los pacientes; además, la privación de sus interacciones de la vida cotidiana y sensaciones habituales, mientras perciben el riesgo al compararse con otros pacientes y eventos desfavorables.

Entre los estresores presentes en este tipo de ambiente, Hewitt (2002) destaca la privación sensorial, definida como una reducción en la cualidad o cantidad de estimulación. Asimismo, identifica cinco tipos de alteraciones ambientales que pueden conducir a un comportamiento anormal: una reducción en la cantidad y variedad de estimulación, pequeñas variaciones en los estímulos, ruido excesivo, aislamiento físico y social y restricciones de movimiento. Las alarmas, los equipos de monitoreo y de ventilación dejados en funcionamiento tras su utilización y los teléfonos como factores que contribuyen al malestar de los pacientes (Ramírez, de la Fuente, Martín, Vila, 2006).

Además, las conversaciones del equipo de la UCI también se han considerado una fuente de ruido y confusión. Por otro lado, la ausencia de ciertos ruidos “normales”, como la televisión, la radio, el tráfico, conversaciones con amigos, etc., pueden ser identificados como causa de estrés por algunos pacientes.

Estos niveles de ruido pueden tener un impacto significativo en la cantidad y calidad del sueño de los pacientes, que puede convertirse en otro tipo de estresor. No obstante, aunque estos estresores se hallen presentes en el ambiente propio de la UCI, Hewitt (2002) afirma que el dolor es lo que más preocupa a los pacientes.

6.9.3 Respondiendo a las reacciones del paciente

La forma más eficaz de contrarrestar las reacciones de los pacientes es ofreciendo apoyo y solidaridad mediante una respuesta empática:

- Intente identificar la emoción principal que embarga al paciente atendiéndole detenidamente.
- Si está silencioso o perturbado pregúntele directamente cómo se siente: “¿qué piensa de lo que acabo de decirle?”
- Acérquese físicamente al enfermo y si es posible tóquele el brazo o la mano. Haga un comentario para transmitirle que sus sentimientos y



reacciones son legítimas y comprensibles. Utilice un comentario solidario del tipo: “No se preocupe, entiendo sus sentimientos. Es natural que reaccione así”.

- Deje pasar suficiente tiempo para que el paciente exprese libremente sus sentimientos y emociones. Aproveche esta etapa para recopilar información de sus temores o preocupaciones concretas: le será muy útil para “negociar” con el paciente el plan de tratamiento a seguir, podrá ventilar sus emociones.
- Si el paciente pregunta por su pronóstico infúndale una esperanza realista. Es muy importante asegurarle que los síntomas pueden ser aliviados eficazmente y que será siempre bien atendido y comprendido.
- Tenga siempre en cuenta las opiniones y puntos de vista del paciente y sus familiares. Sobre todo si éstas están llenas de sensatez y buen juicio.
- Tenga sensibilidad para discutir temas conflictivos o íntimos con delicadeza dentro de un marco de máxima reserva.
- Explique y justifique las pruebas y tratamientos pendientes de realizar, especificando sus incomodidades y posibles efectos secundarios. Organice, contando en lo posible con las disponibilidades del enfermo, un cronograma de las mismas. Esto reducirá significativamente el grado de incertidumbre del paciente y garantizará su colaboración.
- Establezca planes alternativos por si un tratamiento o una prueba no dan el resultado esperado. Esta estrategia de seguridad ayudará a consolidar la confianza en la relación psicólogo-médico-enfermo.
- Intente transmitir el mensaje al binomio paciente-familia de que no van a ser abandonados a su suerte y que usted está activamente comprometido con el plan terapéutico diseñado y en disposición permanente de ofrecer ayuda.
- Termine haciendo un resumen final: compendie lo dicho durante la reunión y aclare las dudas que hayan podido surgir.
- Intente saber qué quiere conocer el paciente de su enfermedad porque las personas se enfrentan a las malas noticias de forma diferente dependiendo de su cultura, raza, creencias religiosas o nivel socioeconómico. Aunque la mayoría de los pacientes querrán conocer todos los detalles sobre su

enfermedad y pronóstico, otros no mostrarán ningún interés y presentarán típicas conductas de evitación. (Tomado de: Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. pág. 133, 693-8).

Las pruebas científicas sobre el papel del estrés en la patología cardiovascular son menos robustas y está menos estudiado que los factores anteriores, por la dificultad de medir el estrés de forma objetiva. El estrés ocurre generalmente cuando no se es capaz de dar respuesta a las demandas que la sociedad y la vida imponen. Se ha demostrado de manera particular que el estrés en el trabajo, definido como alta demanda y poca capacidad de decisión (modelo demanda-control de Karasek), está asociado a una mayor probabilidad de eventos coronarios en los hombres. Además, como cabría esperar, existen interacciones importantes entre el estrés, la categoría profesional y el género.

Sin embargo, hay menos estudios de estos aspectos en mujeres. Otros aspectos del estrés como la hostilidad, apuntan hacia a una relación distinta entre el estrés y la cardiopatía isquémica según el género. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Ministerio de Sanidad, Madrid, 2005.

Las investigaciones en Fisiología, Psicología y Medicina, han sostenido la idea de que el riesgo de enfermedad cardiovascular está incrementado por respuestas exageradas al estrés. En este contexto se propone un modelo de control del SNC sobre sistemas de respuesta periférica que suministran una vía para designar 3 fuentes de reactividad exagerada al estrés, la cual puede variar entre los diferentes individuos. El nivel superior incluye el sistema límbico y la corteza prefrontal como áreas interactuantes que forman las respuestas al estrés psicológico.

Estas interacciones frontal-límbicas, constituyen un medio para trasladar experiencias y procesos afectivos a las respuestas corporales. El nivel medio incluye al hipotálamo y algunas áreas del cerebro que trasladan las influencias descendentes al rendimiento corporal. Los niveles de activación de estas estructuras pueden conducir a reactividad incrementada para muchas formas de desafío.

El nivel final incluye los efectores periféricos que crean la respuesta en sí misma, la función alterada de un efector puede ser una fuente de reactividad incrementada. Esta organización es la que llega a suministrar una vía para penetrar en las fuentes de reactividad al estrés que caracterizan a grupos específicos de riesgo y permite, por lo tanto, suponerla como la fuente de la fisiopatología de la enfermedad. Tomado de Castro Beiras A. Enfermedad cardiovascular en la

mujer. Masson: Barcelona 2000.

Está bien establecido que los factores psicológicos pueden actuar como factores de riesgo para el síndrome coronario agudo (SCA), enfermedad en cuya progresión tiene un importante papel el SI. Los factores de riesgo psicológicos crónicos como la hostilidad y el estado socioeconómico bajo, son importantes en las etapas tempranas de esta enfermedad, en tanto que factores episódicos como la depresión y el agotamiento están implicados en la transición de las placas arterioscleróticas de estables a inestables.

Disparadores psicológicos agudos como la cólera y el estrés mental, pueden promover la isquemia miocárdica y la ruptura de la placa. Investigaciones recientes demuestran la importancia de los parámetros inflamatorios en la etiología y pronóstico del SCA. Un estudio que exploró las relaciones entre los factores psicológicos y los parámetros inmunológicos en esta enfermedad, donde fueron evaluados el control percibido, apoyo emocional y eventos vitales -2 ó 3 días después de la hospitalización-, así como el conteo de leucocitos totales y porcentaje de monocitos, macrófagos, como el nivel de neutrófilos y linfocitos, demostró que la hostilidad y los eventos vitales se correlacionaron positivamente con el porcentaje de monocitos, en tanto que el control percibido y el apoyo emocional se correlacionaron inversamente.

En cuanto al porcentaje de neutrófilos, hubo una correlación positiva con el apoyo emocional y negativa con los eventos vitales estresantes, y existió relación entre el reclutamiento de monocitos y un peor perfil psicosocial, predictivo de SCA.

El SNC libera la epinefrina y la norepinefrina de la médula adrenal, lo que produce un incremento en la cantidad de ácidos grasos libres en la sangre favoreciendo la aterosclerosis, presión sanguínea elevada y el SCA. Tomado de Sánchez-Segura M, González-García R M, Marsán-Suárez V, Macías- Abraham C. Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas.

Existen también evidencias de que ciertos tipos de personalidad son más susceptibles a las enfermedades relacionadas con el estrés. Los aspectos psicosociales de la enfermedad del corazón han sido usualmente estudiados en pacientes masculinos. En las mujeres, las fuentes de distrés son a menudo encontradas en otras áreas como la familia, el ambiente del hogar y menos frecuentemente en el lugar de trabajo. Especialmente para las madres trabajadoras, la combinación del trabajo profesional con el del hogar, constituye un evento estresante considerable.

El estrés es percibido en los hombres de manera diferente que en las mujeres, y conduce también a diferentes reacciones psicológicas. Un ejemplo es la recientemente descrita “cardiomiopatía de estrés”, una enfermedad aguda, amenazadora para la vida, la cual es a menudo provocada por distrés emocional súbito y puede ser encontrada principalmente en mujeres. Las mujeres con enfermedad del corazón manifiestan más distrés psicológico en respuesta a su enfermedad que los hombres. Al igual que en el hombre, los síntomas depresivos pueden impactar negativamente el pronóstico. (Tomado de Bayés R. Modulación psicológica de la respuesta inmunológica. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter 1988;4:7-29).

En 1999, el Instituto Nacional de Salud de EE.UU. fundó nuevos centros de investigación mente-cuerpo, para examinar cómo las creencias, actitudes y el estrés, afectan la enfermedad del corazón y el fallo del SI. Se ha comprobado que los pacientes que sufren de depresión después de un fallo cardíaco, es más probable que mueran comparados con otros que tienen una respuesta más adaptativa. Es muy importante la forma en que una persona percibe el estrés.: (Tomado de: Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2006.).

Una misma situación extrema puede producir distintos tipos de estrés en personas diferentes. En términos de estrés y enfermedad del corazón, el estudio más amplio hasta la fecha ha sido “Interheart”, llevado a cabo en 52 países, el cual examinó principalmente al estrés laboral y otros como el estrés financiero y el estrés alrededor de eventos vitales importantes en 24 767 personas, y encontró que el estrés elevó el riesgo de ataque al corazón 2,5 veces, casi tanto como el hábito de fumar y la diabetes. Aunque estudios previos han sugerido una correlación entre estrés crónico y enfermedad cardiovascular, esta fue la primera vez que se mostró una relación tan evidente.

El modelo biopsicosocial describe las interacciones entre los factores biológicos y psicosociales en la etiología y progresión de la enfermedad. La forma en la que el individuo interpreta y responde al medioambiente determina la respuesta al estrés, influye en el comportamiento de la salud, contribuye a la respuesta inmune y neuroendocrina, y puede finalmente producir enfermedad. Las intervenciones psicológicas oportunas son necesarias para modular la respuesta al estrés y mejorar el comportamiento de la salud, enseñando a los individuos métodos más adaptativos para interpretar los desafíos de la vida con respuestas más efectivas. (Tomado de: Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2006.).

6.9.4 Respuesta psicológica del enfermo cardiovascular

Desde siempre el corazón ha sido considerado como el centro de las emociones. En los pacientes que han superado un infarto es muy importante atender a su estado psicológico, ya que influye de forma determinante en su evolución.

Los programas de rehabilitación cardiaca no deben centrarse sólo en el cuidado del estado físico del enfermo, sino que también han de atender el emocional. “Cuando una persona sufre un infarto, sobre todo si es el primero, le cambia la vida radicalmente y en ocasiones, por sorpresa”, afirma Carlos Catalina, coordinador de Psicología de Ibermutuamur y coautor del manual Una visión psicosocial de la enfermedad coronaria. (Tomado de “Estudio comparativo sobre factores de riesgo psicológico en cardíacos y pacientes de otras enfermedades” “El infarto es una enfermedad grave que requiere un proceso de adaptación importante. Se estima que uno de cada cinco pacientes va a padecer un trastorno depresivo y cerca del 50 por ciento mostrará síntomas cercanos a la depresión”.

Catalina afirma que el cardiólogo debe estar pendiente del estado psicológico del enfermo, ya que “el bienestar psicológico de una persona tras el infarto siempre debe ser un objetivo y, por tanto, hay que prestarle atención clínica” (Tomado de: Actualización en Psicocardiología. Ed. Lumiere,).

6.9.5 Indicadores de trastorno emocional Cambios en el carácter y el ánimo

- El paciente se siente triste, malhumorado, inseguro, dubitativo.
- Impaciencia, sentido de urgencia en la adquisición de información referente a su enfermedad.
- Percibe su entorno cercano (familia, trabajo, médicos, etc.) como opuestos a sus intereses, lo que supone una amenaza para su - autoestima y percepción de control de la situación.
- El paciente se muestra irritable y se involucra en situaciones de estrés y riesgo personal (realizando esfuerzos poco recomendables o descuidando su salud).

Sentimiento de culpa e indefensión: “no debería haber bebido tanto”, “yo sabía que me iba a pasar por el tabaco”, “tendría que haber acudido mucho antes al médico” (Tomado de: Necesidad estratégica de la comprensión de las emociones en la terapéutica cardiovascular.)

Cambio en las funciones corporales

- Duerme menos y más irregularmente que antes
- Come mucho más o mucho menos que antes
- Se queja más frecuentemente que antes de dolores concretos o de problemas corporales
- Se siente más cansado que antes

Cambio en las funciones cognitivas

- Problemas de concentración en tareas rutinarias como la lectura
- Se olvida de las cosas más que antes.

Un 20 por ciento de los pacientes que han sufrido un infarto van a experimentar depresión. Muchos más padecen problemas de ánimo que, sin ser graves, pueden influir en la recuperación. La aparición de problemas psicológicos empeora el pronóstico de estos pacientes. (Tomado de: American Association of Cardiovascular).

6.9.6 Formas de afrontamiento

Para determinar las forma de afrontamiento en las enfermedades cardíacas, es necesario evaluar el tipo de personalidad juntos con los signos y los síntomas que la estructuran, evaluando las creencias que mantiene desde el entorno familiar y social, la edad, el género, la religión; desde estos parámetros se pueden establecer las formas de afrontamiento terapéutico, dentro de las enfermedades cardíacas su principal síntoma es la ansiedad que puede proyectar conductas impulsivas, verborreas, agitación psicomotriz, miedos, temores, fobias, ideas fijas, falta de aceptación.

En pacientes que se presentan con conflictos de relaciones de pareja, se ve manifestada los síntomas relacionados con la ansiedad que automáticamente pueden generar enfermedades cardíacas vinculadas con la hipertensión, estos conflictos de pareja se ven relacionados especialmente con las taquicardias, donde el ritmo cardíaca juega un papel importante con los ritmos sexuales.

Las formas de afrontamiento deben ir encaminadas desde el enfoque que el terapeuta se acomode mejor, como la Terapia Racional Emotiva, La terapia

Cognitivo Conductual, La Programación Neurolingüística, La Hipnosis Ericsoniana, las técnicas de relajación, las técnicas del Espejo, Psichy, la técnica E F T, todas estas y otras técnicas más pueden ayudar a que los pacientes se ubiquen en la realidad.

6.9.7 Estrategias de actuación frente al enfermo cardiovascular

La atención psicológica al paciente en estado de gravedad y a su familia está considerada dentro del quehacer psicológico un área altamente sensible y de máxima entrega en la actuación psicológica, por las características y condiciones especiales de la situación que atraviesa el enfermo y por el fuerte impacto emocional que provoca en sus allegados.

El paciente con Enfermedades cardiovasculares (ECV) en estado de gravedad, tiene ciertas características que lo diferencian de los otros pacientes en igual estado por otras causas. Tienen la peculiaridad generalmente de ser un paciente cooperador, interactivo, tal vez favorecido por las peculiaridades de la enfermedad, permitiendo una adecuada comunicación, e intercambio.

El paciente grave por su condición, requiere de cuidados especiales en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la permanencia en este lugar por varios días condiciona por sí una serie de respuestas psicológicas, además de las ya acarreadas por la enfermedad presente.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) acogen a pacientes críticos, portadores de diferentes enfermedades o pacientes que de manera repentina por accidentes o traumas se les ha dañado de manera seria su integridad.

Las enfermedades cardiovasculares con frecuencia desencadenan el estado de gravedad en los pacientes, ya sea de manera repentina, quiere es decir cuando la persona desconoce que es portador de enfermedades o factores de riesgo que han conducido al agravamiento del estado de salud o también cuando la persona sabe que tiene un padecimiento y de manera inesperada se ha complicado para situarlo en un estado crítico. (Tomado de: Music therapy-a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients. pag 19, 21-30.).

Ante cualquiera de las dos variantes, desde el momento en que se diagnostica una enfermedad cuyo tratamiento va a requerir un ingreso hospitalario, tanto el paciente como sus familiares o cuidadores primarios se ven implicados en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales. Se suma a ello las características de un sala que atiende a pacientes coronarios

graves, generalmente precedido de episodios dolorosos intensos, agresiones necesarias para devolver la estabilidad clínica, traslados drásticos, y procedimientos que generan malestar físico y psicológico. (Tomado de: ¿En qué tiempo puede cambiarse la mente de un niño? pp. 68-73).

Durante la hospitalización estos pacientes están sujetos a vivenciar situaciones límites, relacionadas con su propio estado o con el de otros pacientes que forman parte de su entorno, el ruido que generan los monitores al censar parámetros vitales, la reanimación cardiopulmonar a veces necesaria y por demás impresionante ante los ojos de aquellos que tal vez de manera esporádica han estado en un hospital, y finalmente muchas veces, con el enfrentamiento a la muerte. Aun cuando los síntomas físicos han desaparecido persiste el malestar psicológico de estos enfermos.

Con frecuencia aparece la duda de las limitaciones futuras que impondrá la enfermedad, respaldado unas veces por creencias populares e ideas irracionales, otras por una realidad que se impone y merma las capacidades del paciente coronario, resquebrajando la autoestima y obligándolo a modificar su posición ante la vida.

Exigen estas realidades exigen una intervención psicológica esmerada que se debe dirigir al paciente y a su familia. Es una labor mancomunada por el equipo de salud, donde cada uno de sus integrantes (médicos, enfermeros/as, fisioterapeutas, psicólogos/as) debe proteger y respaldar el accionar cotidiano encaminado a rescatar la vida del paciente, que no está pero no exento de riesgos, vivencias dolorosas, situaciones estresantes y angustiosas, que asociadas a la personalidad de los enfermos y sus cuidadores, devienen en respuestas personalizadas a veces protectoras, a veces desestabilizadoras. Tomado de: La intervención familiar en las actuales realidades sociales. pág., 9, 21.

Es aquí cuando la comunicación entre el médico, el paciente y los familiares establece la posibilidad de un contacto humano único capaz de minimizar la angustia (San Román, 2006).

Se hace necesario recordar nuevamente la implicación que los estados emocionales pueden ejercer sobre el sistema cardiovascular, lo cual se traduce en variadas ocasiones en inestabilidad del cuadro clínico general cuando los parámetros fisiológicos se ven desestabilizados por aspectos puramente psicológicos, recrudesciendo el padecimiento del enfermo y entorpeciendo su recuperación. Se considera que la descompensación emocional precipitan la descompensación cardiaca (Barsky, 2006, Givertz, Colucci, y Braunwald, 2006, Rodríguez, 2008). El estrés favorece la cardiopatía isquémica al aumentar la

demanda miocárdica de oxígeno y produce disminución del flujo coronario (Ridker et. al, 20065), por tanto, si los esfuerzos terapéuticos logran disminuir la actividad del SNS, se está contribuyendo a mejorar el estado clínico del paciente infartado.

Otro aspecto importante a valorar se relaciona con la personalidad de quien ofrece la ayuda; es recomendable expresar actitudes de aceptación y comprensión, lo que favorecerá el proceso de cambio y creará condiciones exitosas para la labor asistencial. Significa ser hospitalarios, empáticos, comunicativos, respetuosos con el paciente y sus allegados, ser deferentes y no permisivos, humanitarios por demás.

En este escenario el proceso de comunicación es imprescindible, además de saber emitir el mensaje para no causar iatrogenia. El primer sistema de señales (la gestualidad, la mímica) debe cuidarse con esmero porque puede delatar a los profesionales y agudizar el sufrimiento de los enfermos. El paciente debe ser tratado con dignidad y respeto, muchas veces tiene temor a que no se le diga la verdad, de ser un anónimo, con pérdida de su identidad, temor al sufrimiento, siente ansiedad acerca de su futuro después del alta y puede tener un sentimiento de vulnerabilidad y necesidad de confiar. Tomado de: Importancia de la familia.

6.9.8 El paciente cardiovascular ventilado

Los pacientes cardiovasculares pueden llegar a sufrir complicaciones muy graves para lo cual se necesitan ser ventilados. Existen Escalas en Medicina crítica para evaluar la agitación del paciente y la sedación. Una a de las más usadas es la denominada Score Descripción Definición Sedación Agitación Riker (SAS). Se recomienda identificar los factores que contribuyen a la agitación del paciente ventilado para poder actuar adecuadamente sobre ellos. Pueden ser de origen:

1. Exógeno (externo), o tóxico-orgánico
2. De origen psicógeno
3. De origen endógeno

Unido a la terapia medicamentosa se deben aplicar otras alternativas terapéuticas no medicamentosas o no farmacológicas.

6.9.9 Estrategias no farmacológicas o terapias complementarias

Se debe promover el sueño en la UCI, para lo que se tomarán todas las medidas necesarias, en especial las no farmacológicas: el uso de tapones auriculares, para así disminuir la percepción del ruido, respetar, en la medida de lo posible, el ritmo vigilia-sueño, disminuyendo la intensidad de luz por la noche, así como las intervenciones de enfermería o procedimientos.

- Los masajes pueden ser usados como una alternativa o adyuvante de la terapia farmacológica.
- Se recomienda la musicoterapia en los pacientes admitidos en la UCI, en especial en los que reciben VM.
- Se recomienda informar al paciente sobre su enfermedad y los procedimientos que se le realizarán. Aclarar todas las dudas cuantas veces sea necesario y hasta un nivel que el enfermo pueda tolerar.
- Crear alternativas para establecer una adecuada comunicación con los pacientes ventilados. Pueden usarse tarjetas con frases, letras para conformar la palabra necesaria, gestos sencillos para aprobar o no acerca de lo expresado por los integrantes del equipo médico o la familia, lápiz y papel para escribir lo que quiere comunicar el paciente. Debe entrenarse al acompañante para que aprenda a utilizar estos recursos de forma adecuada. De esta manera se elimina la fuente generadora de ansiedad al establecerse el proceso de comunicación. A su vez debe ser explicado el proceso de reincorporación de la voz hasta llegar a la normalidad. Se reconoce que los intentos de comunicación no verbal de estos pacientes tampoco suelen ser exitosos, causándoles sentimientos de frustración, despersonalización e inseguridad. Sin embargo de las únicas posibilidades existentes es la menos traumática.

6.9.10 Intervención psicológica con el paciente grave portador de EC

Las principales modalidades psicoterapéuticas que deben emplearse (individualizadas) son:

- Técnicas de relajación a través de equipos de grabación.
- Musicoterapia; debe seleccionarse la modalidad que se ajuste al cuadro clínico del paciente.
- Otras técnicas de desactivación fisiológica; respiración profunda, técnica del suspiro, respiración alternante, técnicas de corto-circuito.

- Estas técnicas además de mejorar el estado emocional, pueden atenuar el tono simpático, con los consecuentes efectos favorables para algunos parámetros fisiológicos (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, presión arterial media, doble producto, entre otros).
- Técnicas de imaginiería o visualización.
- Técnicas cognitivas: adecuación de metas, romper ideas irracionales.
- Orientación psicológica a familiares y amigos.
- Enseñar a los familiares la aplicación de técnicas que logren el control elemental de las emociones en el paciente (técnicas del contacto piel con piel, técnicas respiratorias) y en el dominio de alternativas para comunicarse con su enfermo cuando éste está ventilado. Tomado de Revista de la Asociación Mexicana de medicina crítica y terapia intensiva. Pag 18, 6, 173-91.
- Brindar apoyo: Es propio de cualquier relación de ayuda, consiste en tratar de incrementar la autoconfianza del paciente con el objetivo de reducir ansiedad, agresividad, frustración o cualquier estado afectivo negativo.
- Persuasión: Se emplean elementos racionales y emocionales para modificar un comportamiento inadecuado o para que enfrente determinada situación, es tratar de hacerle comprender al paciente la importancia de determinada conducta a partir de los argumentos ofrecidos.
- Ventilación: Se le facilita al paciente que exprese libremente sus emociones negativas, cualquier idea que pudiera estar perturbando su tranquilidad mental. Existe un error generalizado al tratar de reprimir las emociones negativas de las personas, cuando realmente lo que se debe hacer es propiciar la expresión de éstas. Las emociones que se reprimen dañan y martirizan al individuo, por lo que una tarea es facilitar su expresión.
- Aireación: Se le da la oportunidad al paciente de expresar ideas reprimidas vinculadas a determinados sucesos de su vida presente o pasada, la finalidad es facilitar la libre expresión de sentimientos reprimidos. A través de este recurso, el psicólogo, el médico o la enfermera pueden recibir información de carácter íntimo o personal, que debe quedar bajo estricto secreto profesional, donde el paciente tiene el derecho a que su privacidad sea respetada y, a la vez, ayuda a aliviar tensiones contraproducentes para la estabilidad clínica.

Estas técnicas deben adecuarse según el estado clínico del paciente y la enfermedad. Por ejemplo, es necesario fijar pautas de tratamiento ante la sintomatología del paciente, con la intención de no crear molestias y de no interferir en las acciones médicas y de enfermería.

En los pacientes infartados no complicados el intervencionismo psicológico se inicia desde las primeras horas del evento isquémico, fundamentalmente cuando esté aliviado el dolor o reacciones inmediatas de la medicación indicada. Con estos pacientes desde el evento agudo se hace posible iniciar la modificación de actitudes de prácticas no saludables, realizar acciones terapéuticas para el control emocional de los cardiópatas y se inician orientaciones específicas para contrarrestar la sintomatología que se deriva después del cese abrupto de tóxicos (café, cigarro y alcohol) por indicación médica. Tomado de Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgésia en el paciente adulto críticamente enfermo. Pag. 31.

6.9.11 Paciente Sometido a Cirugía cardiovascular en estado de gravedad

La cirugía cardiovascular, constituye siempre un reto para el paciente y su familia es una situación amenazante, que generalmente desborda los recursos con los que ellos cuentan para adaptarse. Con frecuencia provoca estrés, depresión y angustia en el enfermo, en sus cuidadores y seres queridos. Tal vez sea la cirugía que más preocupaciones acarree, en tanto todas las personas conocen la magnitud de la función del corazón. Así, la ansiedad prequirúrgica experimentada por estos pacientes puede causar problemas fisiológicos que lleven a una curación más lenta de las heridas, una disminución de la respuesta inmune y un incremento del riesgo de infecciones.

Además, puede exacerbar el dolor experimentado en el postoperatorio, dañar significativamente el bienestar psicológico y la cooperación con las actividades de autocuidado y propiciar una recuperación más lenta y difícil. Moix et al. (1993) señalan que en relación con la influencia de la ansiedad prequirúrgica en la recuperación postquirúrgica pueden intervenir tanto mecanismos conductuales como fisiológicos.

La depresión en estos pacientes los predispone a contraer sepsis, mayor demora en la cicatrización de la herida quirúrgica, mientras que la ansiedad en el postoperatorio, según estudios recientes, puede elevar el consumo de analgésicos por la implicación de factores subjetivos en la conducta dolorosa (Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano, de Andrés, 2007).

6.9.12 Pacientes en el post-operatorio inmediato de cirugía cardiaca

La sedo-analgesia postoperatoria reduce la morbilidad en cirugía cardiaca. La taquicardia y la liberación de catecolaminas contribuyen a la presentación de hipertensión arterial, isquemia miocárdica y ruptura de la placa aterosclerótica.

En el momento del ingreso en la UCI, los pacientes se encuentran bajo efectos residuales de anestésicos, siendo la técnica anestésica empleada un factor importante para definir el grado de sedo-analgesia necesario (Celis-Rodríguez, et al, 2007). Pero también se recomienda el uso de técnicas no farmacológicas como las mencionadas anteriormente, para ayudar al paciente a mejora la estabilidad emocional.

6.9.13 El papel de la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos

La enfermedad se definen como un acontecimiento que genera estrés familiar, resulta de la vivencia de situaciones límites que son de carácter accidental, ponen a prueba el máximo de los recursos adaptativos de las personas y las familias (Arés, 1999). La enfermedad es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona y que puede conducir a la muerte, supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que produce un impacto en la vida del sujeto, una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual (Rodríguez, 1995), además de tener efectos estresantes en los familiares del enfermo. Pueden durar periodos largos, y conduce a cambios permanentes en pacientes y sus familiares.

Ante la enfermedad crónica o terminal de un miembro de la familia, se producen cambios en las interacciones familiares, que pueden cronificarse y muchas veces interfiere en la rehabilitación y en la adaptación a las secuelas que pueda dejar el padecimiento (González, Chacón, 2003; Nieto-Munuera, Abad, Esteban, Tejeira, 2004).

La familia del paciente crítico sufre la angustia que supone la amenaza de su muerte inminente, está bajo el impacto emocional de su pérdida brusca de salud y apenas entiende lo imprevisible de su evolución clínica en cortos períodos de tiempo. En este contexto, es capital una comunicación franca y fluida entre los responsables del cuidado del paciente crítico y su familia. Especialmente útil es:

Emplear un lenguaje sencillo, sin tecnicismos, gastar el tiempo necesario y realizar la entrevista en una estancia suficientemente confortable y con el nivel

de privacidad adecuado. Con el fin de que el contenido de la información sea lo más coherente posible, se procurará que el mismo médico sea el que informe diariamente a la familia.

Respetar los horarios de la información médica, la espera es una fuente obvia de ansiedad en familiares ya de por sí angustiados.

La incertidumbre con respecto al pronóstico de todo paciente crítico debe ser manejada de forma sensata, estableciendo objetivos terapéuticos modestos y a corto plazo y sobre la consecución de éstos reelaborar diariamente el pronóstico. Es crucial hacer ver a la familia que existe un plan terapéutico a seguir, y que en caso de que los resultados no sean los adecuados existen planes alternativos.

Todas las intervenciones terapéuticas urgentes que se planteen, especialmente las consideradas “sensibles” a la familia, como: la intubación traqueal, la restricción física por agitación, etc., deberán ser comunicadas y explicadas puntualmente, pues las sorpresas en este sentido suelen ser, comprensiblemente, muy mal asumidas por los allegados y son fuente segura de conflictividad.

Se le permitirá estar la mayor parte del tiempo con su ser querido y se le instruirá para que trasmitan apoyo, paz; asimismo, pueden enseñarse técnicas elementales para el control de las emociones y puedan sugerírsela a su enfermo o aplicárselas en momentos específicos.

Debe haber intimidad y privacidad para el contacto, es adecuado dejar que ventilen sus emociones, sus sufrimientos.

Los familiares deben ser aconsejados para el cuidado personal (alimentación, sueño, estabilidad emocional), recurriendo a la necesidad de que se mantengan sanos y estables para poder ayudar a sus seres queridos.

Se debe orientar al familiar para que participe en el cuidado del enfermo.

La información dada debe ajustarse a la realidad del paciente, no se deben crear falsas expectativas, pero se debe incentivar a conservar la esperanza porque todos los recursos están en función del enfermo.

Vigilar la instauración de mecanismos de defensa en los familiares más allegados y en dependencia de la situación de salud real del paciente desestructurarlos o no en aras de amortiguar el costo emocional de la situación enfrentada. Los mecanismos que con más frecuencia se ven en la práctica clínica son: negación,

racionalización y sublimación.

Cuando se impone dar una mala noticia es necesario recordar que existen técnicas para atenuar su impacto y que constituye un principio inviolable dentro de la práctica asistencial. La comunicación de malas noticias es una práctica inherente a la medicina en tanto permanentemente se debe dar información que frustra las expectativas del paciente (Bascuñan, 2005; Ungar et.al, 2002).

Deben tenerse cuenta los criterios establecidos para proceder de forma correcta ante tal situación. Se deberán tomar en cuenta las normas legales de cada país o estado y los protocolos institucionales. Tomado de Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in intensive care unit. 4 Pt 1, 1155-62.

6.10 ¿QUÉ ES UNA MALA NOTICIA EN MEDICINA?

Puede definirse como aquella que drásticamente y negativamente altera la propia perspectiva del paciente, o sus familiares, en relación con su futuro. El resultado es un desarreglo emocional o de comportamiento que persiste un tiempo después de que la mala noticia es recibida (García, 2006).

Cuando se impone dar una mala noticia es necesario recordar que existen técnicas para atenuar su impacto y que constituye un principio inviolable dentro de la práctica asistencial. La comunicación de malas noticias es una práctica inherente a la medicina en tanto permanentemente se debe dar información que frustra las expectativas del paciente (Bascuñan, 2005; Ungar et.al, 2002).

Deben tenerse cuenta los criterios establecidos para proceder de forma correcta ante tal situación. Se deberán tomar en cuenta las normas legales de cada país o estado y los protocolos institucionales (Teno, 2001). Tomado de Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. Pag 1, 167, 5, 708-15.

Factores que intervienen en las malas noticias

- Factores socioculturales: normas de comportamiento, creencias, estatus y roles, percepción de riesgo de la enfermedad dado por creencias populares.
- Edad del paciente.
- Ocupación del paciente.



- Estatus.
- Escolaridad del paciente y de los familiares.
- El estado de ánimo y características de la personalidad de quienes la reciben.

6.10.1 ¿Cómo dar malas noticias?

En nuestro medio la mayor parte de las responsabilidades que tienen relación con este tema, es atribuido al psicólogo clínico como parte de sus fusiones, por este tipo de actividades es que el psicólogo es mal visto por el paciente. Esta es una actividad que debe ser manejada con trabajo social y el equipo integral de una manera técnica, preparando al familiar para recibir una respuesta de quebranto.

- Reunir toda la información disponible del enfermo y de su enfermedad. Esto permitirá al médico determinar lo que sabe el paciente y sus expectativas con respecto al diagnóstico adverso.
- Suministrar información inteligible en consonancia con las necesidades y deseos del paciente.
- Aportar habilidades de comunicación que permitan reducir el impacto emocional que la mala noticia tiene sobre el receptor (evitar iatrogenia).
- Consensuar un plan de tratamiento que permita un alto grado de cooperación del paciente, evitar la jerga médica, con frecuencia malinterpretada por parte del enfermo. Utilice un lenguaje sencillo y adecuado al nivel intelectual y cultural para dar tiempo a que el receptor las asimile. Deje pausas entre las frases para permitir fluir las emociones del paciente y familia.
- Cuando la noticia tiene que ser dada a los familiares debe tenerse en cuenta los vínculos afectivos con el paciente, el sentido psicológico de esa persona, la convivencia o no, las características personales de la familia, su idiosincrasia y la preparación que han podido tener para recibir la información (Villa, 2007).

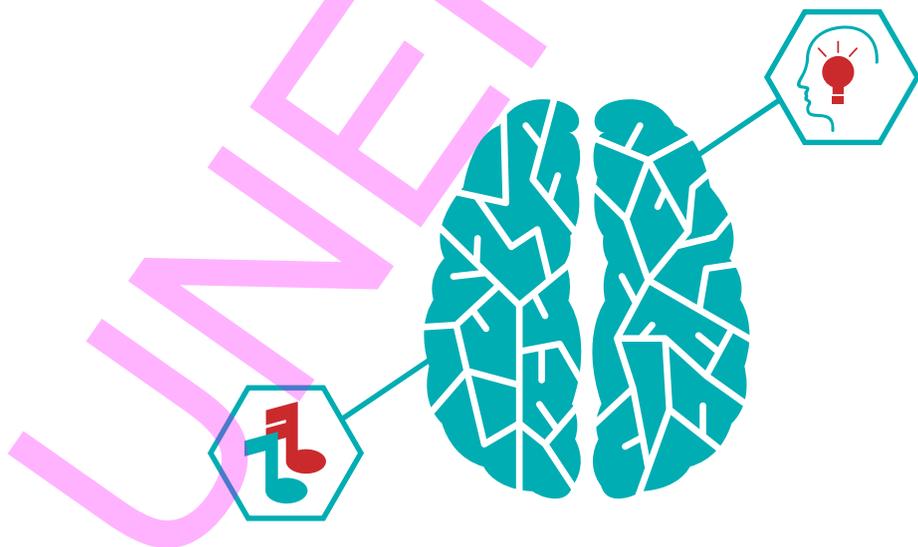
6.10.2 Notificación de muerte

Es frecuente escuchar que las personas deben ser preparadas para la muerte. Este hecho drástico e irreversible, siempre que aparece produce una reacción desgarradora y a veces incontrolable en los seres queridos del que fallece. Se suma a ello una serie de variables que, por sí mismas, son capaces de recrudecer o amortiguar el efecto de tal hecho. Así, la edad de la persona, la forma en que muere, la rapidez del suceso, el tipo de enfermedad entre otras, deben siempre ser muy bien valoradas en el momento de dar las noticias de muerte.

Los profesionales que trabajan vinculados al paciente grave deben saber que las malas noticias siempre serán mejor darlas cara a cara, siempre que sea posible escoger un lugar privado, demostrándose comprensión, respeto y solidaridad humana con los familiares del fallecido. El lenguaje debe ser acorde al momento, ajustado a la realidad, no deben usarse palabras rebuscadas, frases clichés.

Es oportuno escoger a la persona más ecuánime o quien ocupa una posición jerárquica en las interacciones de la familia para dar la información.

En el caso de los pacientes cardiovasculares, la gravedad no siempre es ostensible. El paciente puede conservar una buena apariencia, no haber deterioro físico ni psicológico, conversa, se ríe y puede referir sentirse bien. Esta condición complica la percepción real sobre el enfermo, aun cuando el médico de forma sistemática comunica a la gravedad que está viviendo. Dicha situación puede provocar una



resistencia a la aceptación del hecho. Tomado de Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects, pág 1, 167, 5, 708-15.

6.11 ATENCIÓN AL PACIENTE VIH.

El VIH designa a una infección que afecta el sistema inmunológico, exponiendo al enfermo sin tratamiento a un deterioro físico y cognitivo grave. Además, hace referencia a un estado de enfermedad que pone en entredicho la integridad cognitiva y moral de la persona y su respetabilidad ante el grupo social al que pertenece. El VIH arrebató al enfermo su autonomía psicológica, el control de sus decisiones; debilita su vida mental, su identidad y su autoestima.

El VIH afecta al sistema nervioso en diversas formas y desde el inicio, manifestándose en alteraciones de atención, memoria, funciones ejecutivas y en casos de fases avanzadas de SIDA, cuadros complejos de demencia.

La enfermedad representa un grito de auxilio de un cuerpo enfermo en el presente, pero comúnmente maltratado en etapas tempranas de su desarrollo, sobre todo si creció y vive en situaciones de pobreza económica y educativa. La situación se recrudece debida principalmente al estigma del trinomio sida-sexo-pecado de que se ha investido a la enfermedad, en una cultura donde reina el prejuicio como móvil de la conducta, donde se privilegian la mojigatería, la apariencia y la hipocresía destructiva, sobre la razón, la información y la empatía hacia el doliente.

El VIH es un estado complejo, de múltiples y variados aspectos interrelacionados, un campo abierto y demandante de atención, donde el profesional de la psicología encuentra amplias posibilidades de servicio, a múltiples niveles, todos relevantes, necesarios y pertinentes.

El VIH es una enfermedad que no solo afecta el estado físico de la persona, sino que se escurre y hace tambalear la estructura vital, las emociones y la relación con los otros. Afecta la imagen y prestigio social, pone en evidencia la forma de vida, los secretos, los actos "pecaminosos", muy probablemente homosexuales, o al menos, irresponsables.

Al hacer referencia a situaciones sexuales, mueve la propia problemática sexual de los observadores (cada uno de los cuales tiene carencias más o menos graves, de conocimiento de su propia sexualidad y muestra una serie de prejuicios al respecto). Se torna un tema escabroso, "delicado", difícil de manejar para el

paciente, la familia, el médico tratante, psicólogos y demás personal de salud.

Para el profesional de la Psicología, dedicado a la atención clínica de personas, en tanto agente o promotor de cambios (de forma ideal y con unos u otros métodos y técnicas), es una obligación conocer los aspectos básicos de la infección por VIH. Para ello es menester estar entrenado en temas de sexualidad, haber trabajado los propios conflictos sexuales y prejuicios al respecto, conocer los aspectos básicos de la infección y su tratamiento, con el objeto de ofrecer apoyo necesario para prevenir la infección y atender a los ya afectados, contribuyendo a la construcción de una vida sexual sana y responsable.

Es un reto para los psicólogos y los que están en vías de serlo (los estudiantes), el aprender a trabajar en asuntos que confrontan con miedos y prejuicios, tal como lo hace el VIH y el SIDA. Es urgente educar y entrenar a nuestros estudiantes en asuntos que pueden salvar la vida física y emocional de las personas. La sexualidad es un tema pendiente en el bagaje informativo que promovemos en los estudiantes. Es urgente el abordaje constante de los temas sexuales que determinan aspectos vitales de la persona.

6.11.1 Datos Históricos

En 1981 apareció la primera descripción del síndrome. El New Journal of Medicine informaba de cuatro personas de orientación homosexual que sufrían infecciones micóticas, bacterianas y víricas diversas (evidenciando la afectación del sistema inmune) que evolucionaban de forma inminente hacia la muerte. El nombre de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA, designaba este estado patológico general (Oldstone, 2002).

Desde entonces la infección pasó de epidemia a pandemia global, y así continúa hasta nuestros días. Se calculan cifras que están entre los 40 y 60 millones de personas que ya se encuentran infectadas y se teme que cien millones lo estén al término del primer decenio de este nuevo siglo. Se estima que 22 millones de personas han muerto (ONUSIDA, 2008; Levy, 2007). Una nueva infección ocurre en el mundo cada siete segundos y una muerte por SIDA ocurre cada 10 segundos, supone Levy.

Existen casos de SIDA descritos en casi cualquier parte del mundo, pero el 95% de las personas infectadas pertenecen a países en vías de desarrollo. Los factores sociales que se asocian con la aparición y la extensión de la enfermedad siguen siendo los mismos: migración, pobreza, prostitución, turismo internacional,

comportamiento sexual, uso intravenoso de drogas y recepción de sangre (ONUSIDA, 2008).

Existen factores que afectan el riesgo y la vulnerabilidad al VIH, que no se han abordado con eficacia en la mayoría de los países: la desigualdad entre sexos, (el estado de indefensión de las mujeres y niñas -violencia de género), y la discriminación, el estigma y la marginación social (ONUSIDA, 2008).

Algunos datos acerca de la distribución del VIH a nivel mundial, son: África Subsahariana: 24.5 millones; América del Norte, 1.3 millones; América Latina: 1.6 millones (<http://www.unaids.org>), (ONUSIDA, 2008).

América Latina es una de las zonas de mayor afectación por el VIH, en especial en países como Brasil, Argentina, Colombia y México. En México, para el año 2006, las nuevas infecciones registradas fueron en promedio 140 000; mientras que 65 000 personas habían fallecido por SIDA en esta región (ONUSIDA, 2008).

La gran población de México implica que a pesar de la baja prevalencia, en la Revista No. 13 - ISSN 1870-2104 52, se afirma que: la Intervención en psicológica VIH/SIDA nacional del VIH estimada en adultos (0,2%-0,7%), de 130 000 a 180 000 personas estaban viviendo con el VIH en 2005 (ONUSIDA, 2008). Los casos confirmados y registrados en México, son 130, 969. De estos, el 16.9% están concentrados en el Distrito Federal; el 11% en el Estado de México; Veracruz, tiene el 9.1%; Jalisco el 8%. Michoacán concentra al 2.7% de la población infectada (CENSIDA, 2009).



La epidemia de México se concentra principalmente entre varones que tienen relaciones sexuales con varones, profesionales del sexo y sus clientes y consumidores de drogas intravenosas. El 70 % de las nuevas infecciones se producen en varones, de los cuales el 60% tienen relaciones sexuales con varones, el 25% son consumidores de drogas y el 15% varones contagiados por relaciones sexuales heterosexuales. Entre las mujeres, el 75% de nuevas infecciones se producen en relaciones heterosexuales, con prácticas de penetración anal, y el 25% por consumo de drogas por vía parenteral. En las comunidades afroamericana e hispanica, las mujeres, los jóvenes y los niños están especialmente afectados (ONUSIDA, 2008; Levy, 2007; APA, 2002).

Hay constancia de una propagación significativa del VIH en zonas rurales del país; la migración (especialmente entre México y los Estados Unidos) parece ser un factor propiciatorio (ONUSIDA, 2008).

La pandemia del VIH ha afectado gravemente a personas, familias, pueblos, naciones enteras. En los países más afectados, el VIH ha reducido la expectativa de vida en más de 20 años, disminuyó el crecimiento económico y profundizó la pobreza en los hogares. En África Subsahariana sola, la epidemia ha dejado huérfanos a casi 12 millones de niños menores de 18 años (ONUSIDA, 2008; Soler y Ramos, 2006).

6.11.2 Fuentes de estrés en los enfermos VIH

El VIH es un virus que tiene por objetivo destruir el sistema inmunológico del paciente, en primer lugar es primordial la forma en como el profesional procede a informar al paciente sobre esta patología catastrófica, ya que desde ahí el paciente reaccionará predispuesto a seguir con su vida o dejar de cumplir con el propósito de existir.

El médico quien se encarga de informar al paciente del estado de salud y de la forma como el virus destruye el sistema inmunológico, poniendo el organismo del paciente expuesto a cualquier ataque de los virus, los pacientes que son informados de ser portadores de este virus, pueden reaccionar con conductas depresivas, perjudicando el sistema inmunológico, así mismo se pueden desencadenar estados de estrés y ansiedad que ocasiona un desgaste interno en el organismo.

Hay que partir del medio familiar como principal fuente de estrés, tomando en cuenta que el virus lleva una información que los pacientes que son portadores desarrollan gracias a los conflictos vivenciados en el entorno familiar, estos

pacientes pueden desarrollar programas mentales donde el querer desaparecer de la familia porque se sienten que son una vergüenza, con sentimientos de culpa predominantes permiten que la enfermedad se desarrolle en el paciente, favoreciendo al estrés psicosocial por desarrollar el virus mortal.

6.11.3 Respuesta psicológica del enfermo VIH

Partiendo de los principios de la Psico neuro inmuno endocrinología, se puede explicar las funciones del sistema inmunológica frente a los ataques de los virus; el sistema inmune reacciona de acuerdo a los estímulos que recepta el individuo por medio de los canales sensoriales, estos estímulos son interpretados dentro del sistema nervioso, donde intervienen las glándulas quienes ante el tipo de interpretación se produce las secreciones de hormonas por todo el organismo a través del torrente sanguíneo, afectando principalmente al timo que es la principal glándula que produce defensas para el organismo, llegando afectar al cerebro y la memoria.

Si se toma en cuenta que el ser humano cuando se halla centrado en su vida, con la predisposición para disfrutar de la vida, comprendiendo que todos los estímulos del exterior se hallan en perfecta existencia, que la interpretación con predominio de juicios permite que se cuestione la realidad, lo que finalmente ocasiona el sufrimiento para las personas, principalmente con estados emocionales alterados ante la incertidumbre existente.

Al analizar las historias clínicas de los pacientes que son portadores de VIH, se puede constatar que los conflictos tienen gran relevancia en torno al medio intrafamiliar, sus respuestas están dadas a ideas fijas pasadas, que se manifiestan como síntomas depresivos y de ansiedad que propician el desarrollo del virus.

6.11.4 Formas de afrontamiento

Para que se den las adecuadas formas de afrontamiento se requiere partir primero de la realización de un diagnóstico claro determinando el tipo de personalidad, la entidad clínica, las debilidades y fortalezas del paciente en torno al medio familiar, evaluando sus creencias, el tipo de religión, la edad, el género, el estatus social, la capacidad intelectual.

Luego de realizar los pasos preliminares, se puede aplicar técnicas psicoterapéuticas que puedan aportar cambios en el estado afectivo, del paciente, estas técnicas

pueden tener bases en Psicoterapia Cognitivo Conductual, la terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, las técnicas de Programación Neurolingüística, La Hipnosis Ericsoniana; por lo que a más de realizar psicoterapias individuales, también se pueden hacer intervenciones grupales para su mayor efectividad.

6.11.5 Estrategias de actuación frente al enfermo VIH

El tema del afrontamiento es de gran importancia dentro del campo de la salud. Con él están relacionadas múltiples categorías y procesos asociados a la estabilidad psíquica y al modo de vida de individuos y grupos, es expresión del papel activo del ser humano ante los desafíos de la vida cotidiana, y se ha constatado que puede mediatizar los efectos adversos del estrés sobre la salud,¹ incluso sobre la competencia inmunológica del individuo.

El término afrontamiento fue trabajado desde una perspectiva transaccional* por Lazarus y Folkman, quienes lo definieron como los esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales que exceden los recursos de la persona. Lo describieron como un proceso relacionado con los significados que la persona construye sobre la situación demandante, y afirmaron que los estilos y estrategias de afrontamiento no son constructivos o destructivos en sus consecuencias. Sus costos y beneficios dependen de la persona, su momento y el contexto en que surge la situación estresante. Tomado de: Roca Perara MA, Pérez Lazo de la Vega M. Apoyo sociales: su significación para la Salud Humana. La Habana: Editorial "Félix Varela", de 1999.

Cada vez se pone mayor énfasis en el estudio de las variables implicadas en la interpretación de la situación por su potencial para determinar las reacciones subjetivas, conductuales, e incluso, fisiológicas del sujeto. De ahí la importancia de los significados construidos alrededor de las situaciones de vida.

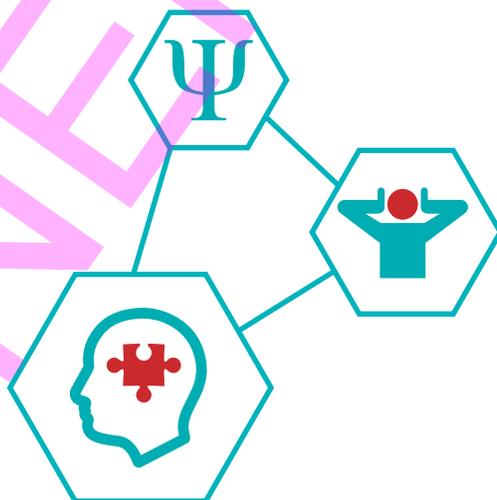
Numerosos autores han descrito diferentes estrategias de afrontamiento. Múltiples también han sido los intentos por estudiarlas y los instrumentos construidos desde este propósito. A los efectos de este trabajo, partiremos de la descripción original de Lazarus y Folkman, quienes propusieron dos estilos básicos de afrontamiento: el focalizado en el problema (dirigido a modificar la situación problemática para hacerla menos estresante a través de la confrontación de la realidad y el manejo de sus consecuencias); y el focalizado en la emoción (dirigido a reducir la tensión, la activación fisiológica y la reacción emocional para intentar mantener el equilibrio afectivo). Según los autores, utilizar un estilo u otro depende de la percepción del sujeto respecto a la posibilidad de cambio

de la situación estresante. No obstante, ambos grupos pueden combinarse en el proceso de afrontamiento a una misma situación. Revista No. 13 - ISSN 1870-2104 52.

Desde nuestra perspectiva, los estilos constituyen tendencias. Ello significa que, aunque en el afrontamiento a situaciones demandantes siempre están involucrados elementos afectivos como conductuales y cognoscitivos, los dos estilos antes descritos expresan la tendencia a centrarse más en la modificación de la situación problemática (estilo focalizado en el problema), o la tendencia a centrarse más en el manejo emocional.

Se han acumulado evidencias acerca de un grupo de factores determinantes del afrontamiento. 3,6,10 La naturaleza específica de la situación estresante parece ser de los más significativos y, dentro de ella, las enfermedades crónicas y las situaciones que implican evaluación social se consideran como los acontecimientos vitales más demandantes Debido a que las exigencias de las enfermedades crónicas rebasan los marcos institucionales sanitarios y abarcan la vida cotidiana de la persona y sus redes sociales, los significados alrededor del cuerpo, las construcciones de género y los sentidos atribuidos al proceso salud-enfermedad como categorías psico-socio-culturales resultan básicos para comprender la experiencia de afrontar el padecer. Tomado de Lázaro RS, Folkman S. Estrés Y Procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, 1986.

La revisión de la literatura sobre el tema del afrontamiento a enfermedades



crónicas aporta una gran cantidad de resultados en el campo de las enfermedades oncológicas, cardiovasculares y el VIH-SIDA (en menor grado, nefropatías, enfermedades gastrointestinales y neurológicas). Sin embargo, los aportes desde el campo de las enfermedades endocrinas en general son menores, y especialmente centrados en la diabetes mellitus. Sobre estos fundamentos, el presente estudio se propuso describir los procesos de afrontamiento a la enfermedad en un grupo de personas cuya apariencia física se había modificado como resultado del padecimiento de enfermedades endocrinas.

Coincidimos con la opinión de otros autores respecto a que el estilo focalizado en el problema usualmente está asociado a mayor sentido de bienestar y de resolución de las situaciones críticas; sin embargo, consideramos que el hecho de que para los pacientes de nuestro estudio la búsqueda de apoyo social integrara ambas funciones (centrada en el problema y centrada en la emoción), fue determinante en que dicha estrategia fuese referida como la de mayor importancia en el afrontamiento a la enfermedad.

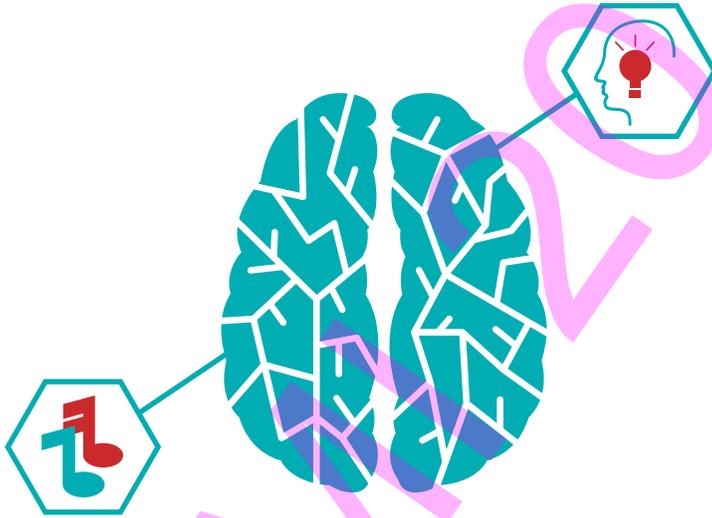
El hecho de que aportara los mayores beneficios y de que incidiera positivamente en el sentido de bienestar y calidad de vida de los sujetos, se relaciona con su potencial estimulador de su autoestima, su ayuda en la regulación de las respuestas emocionales, su capacidad para ofrecer alternativas de tratamiento adecuado a la situación y su potencial para estimular una actitud de enfrentamiento activo.

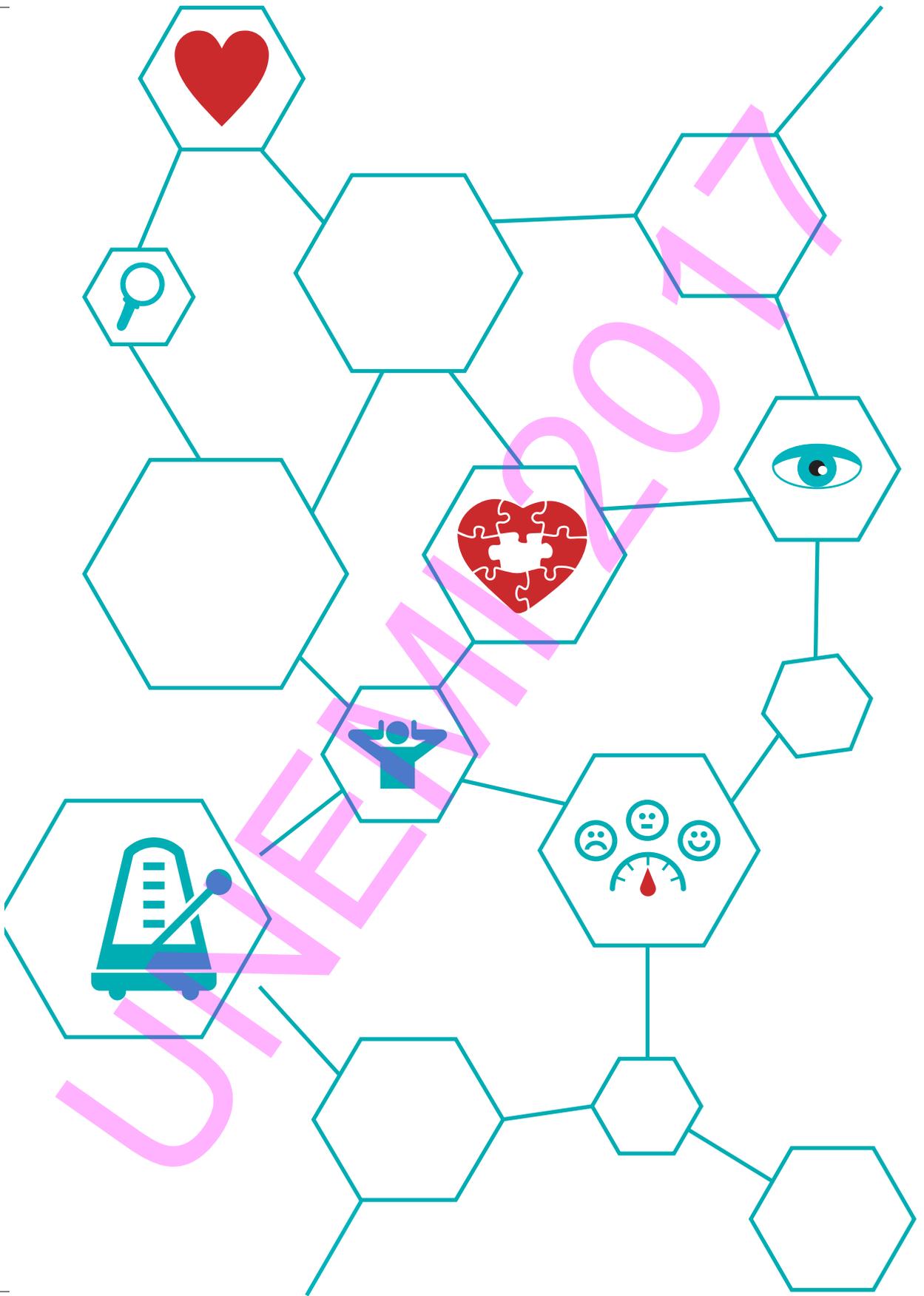
Respecto a las estrategias relacionadas con los recursos personales es posible apreciar algunas diferencias en el proceso de afrontamiento entre mujeres y varones. Sin embargo, aunque fueron las mujeres quienes refirieron explícitamente el uso del estilo focalizado en la emoción, también fue utilizado por el sexo masculino. Esto se pudo vislumbrar en el hecho de que muchas de las estrategias personales por ellos referidas, además de incidir en la situación problema directamente, cumplían también la función de canalizar las tensiones y emociones provocadas por el proceso de enfermedad. Aquí podemos mencionar, desde la recuperación de actividades habituales, pasando por la búsqueda de información, hasta la utilización del “chiste” y la “exculpación”.

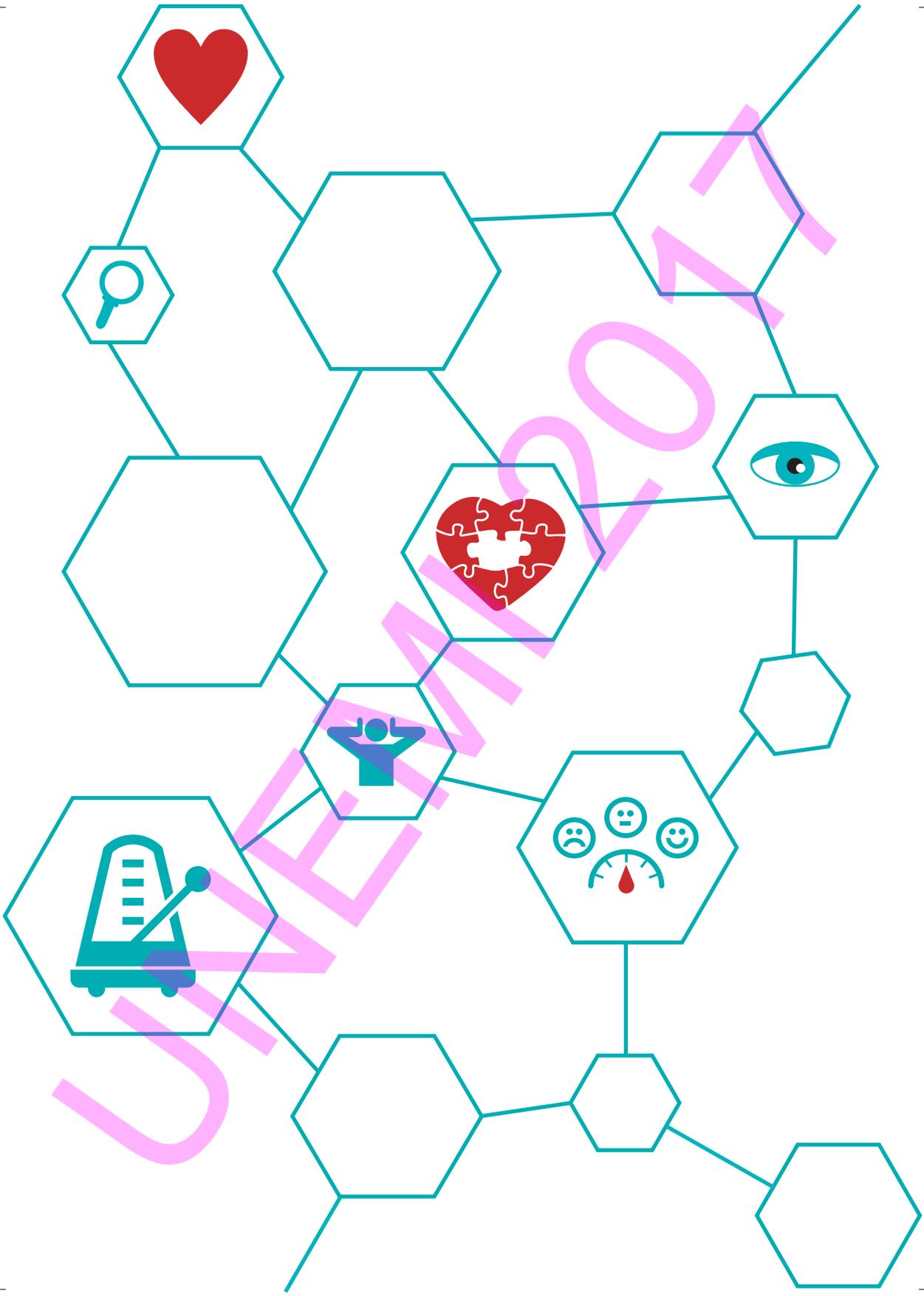
Pensamos que el hecho de que la expresión de las emociones esté legitimada como cualidad femenina en la cultura occidental, aún más en contextos latinos, puede considerarse como aspecto significativo que permite explicar las diferencias en cuanto al carácter explícito o no de la expresión y tratamiento de las tensiones emocionales por unas y otros. En conclusión, el sistema de estrategias utilizadas por las mujeres y varones estudiados privilegió la interacción social, y estuvo definido por la integración entre las construcciones de género, los significados

atribuidos al proceso de enfermedad y al cuerpo.

El propósito: restituir el equilibrio subjetivo, corporal y social quebrado por las vivencias de la enfermedad. Recobrar el sentido de identidad. (Tomado de Rodríguez Marín J. Psicología Social de la Salud. Madrid: Editorial Síntesis, 1996).









BIBLIOGRAFÍA

- Flores-Guerrero, R. (2004). Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. *Revista Mad*, (10), 21-29.
- Flórez-Alarcón, L., Vélez-Botero, H., & Rojas-Russell, M. (2014). Intervención motivacional en psicología de la salud: revisión de sus fundamentos conceptuales, definición, evolución y estado actual. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 49-71.
- Buela-Casal, G., Gil Roales-Nieto, J., Sierra, J. C., Bermúdez, M. P., Agudelo, D., Bretón-López, J., & Teva, I. (2005).
- Imagen de la psicología como profesión sanitaria en profesores universitarios de psicología y de medicina. *Papeles del Psicólogo*, 26(91), 4-15.
- *Entre médicos y curanderos*, (2002). Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna. Buenos Aires, Norma,. Pag 67
- *Política, médicos y enfermedades*.(1996). Lecturas de historia de la salud en la Argentina. Buenos Aires, Biblos/Universidad Nacional de Mar del Plata. Pag 34.
- Rojas (1990). Salud enfermedad y práctica médica. Editor Plaza y Valdes. Pag 34.

- Tisminetzky M. (1978). Salud y enfermedad. Editor. Editorial. Galerna. Pag 78
- Ackerman, Nathan W.: (1966), Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. 2° Edición. Ediciones Hormé. Pag:22
- Aizeberg, M. (1968): La Salud en el proceso de desarrollo de la comunidad. CREFAL,. Pag:68
- Hanlon, J.J.: (1963) Guías para la Salud de la Comunidad. Prensa Médica,. Pag: 63
- Klineberg, O.: Psicología Social. Fondo de Cultura Económica. 3ª Reimpresión, 1973. Pag:
- García M. (1982), Exposición crítica de las teorías vigentes sobre el origen de la vida.
- Barcelona: Anthropos,. Pag: 45
- Krieger N. (2001). Teorías para una epidemiología social del siglo XXI: Una perspectiva ecosocial. International Journal of Epidemiology.; Pag: 35
- Cucho, Denys. (2002). La noción de la cultura en las ciencias sociales. Buenos Aires: Nueva Visión. Pag: 120
- Saraceno, Benedetto. (2004). La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. México: Paz. Pag: 58
- Last JM. (2001) A dictionary of epidemiology, 4th ed. Oxford, Oxford University Press,
- World Health Statistics (2006). Ginebra, World Health Organization.
- Thomas, Louis Vincent. (1974). Antropología de la Muerte. Fondo de Cultura Económica. México
- Revista Mad. No.10. Mayo (2004). Departamento de Antropología. Universidad de Chile

- Last JM. A, (2001), Dictionary of epidemiology, 4th ed. Oxford, OxfordUniversity Press,
- Realización del Foro Andino de Ministros sobre Reforma del Sector Salud.
- WHO, World Health Organization (1986), Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. (1978): Atención Primaria de Salud. Ginebra: Serie salud para todos N° 1, 1979
- Testa M. (1986) Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud. Cuad Med Soc. 38: 3-24,
- Mac Manon, B y Pugh. (1975). Principios y Métodos de la epidemiología (2da Edición) México D. F.: la prensa Medica Mexicana.
- Foster, G. M. y Anderson, B. G. (1978). Medical Anthropology. New York: McGraw-Hill.
- Castellanos, PL. (1986), las ciencias sociales en la investigación de la salud. En: Salud y la sociedad. Memorias del Seminario Ciencias Sociales y Salud, Quito, 1983 Washington, D. C. Organización Panamericana de la S alud.
- Duarte A, "aproximación al estudio de cognición ".[www.astrocosmos .cl/h-foton/h-foton-06_20.htm](http://www.astrocosmos.cl/h-foton/h-foton-06_20.htm).
- García Avelasturi Lourdes, (1983) "desarrollo y perspectivas de la psicología de la salud en cuba ", revista de papeles del colegio, Madrid 10 y 11.
- Luzoro G. Jorge (1992).Psicología de la Salud. Antecedentes.1. Pag. 1-10.
- Oblitas G. Luis, (2008), Psicología de la salud,. Editorial UNIFE. Bogotá Pag. 12
- JR Cooper, Bloom FE, Roth RH. (1991), La base bioquímica de

Neurofarmacología, 6ª ed. Nueva York: Oxford University Press,

- Oviedo, Montoto B, Fernández. (2006), Introducción a la mesoterapia.
- Arce-Bustabad S. (2006), Mente/Cuerpo y enfermedad. Consulta Médica Granma
- Lopez Mato A. (1996) “Psiquiatría Neoclásica”. Vol. 1 - Ed Toquito,
- Boullosa O, (1992)., “Neuroendocrinology” . CRC Press. Nemeroff
- Lopez Mato A, (2002).. “Psiconeuroinmunoendocrinología” . Ed. Polemos,
- Ader R. , Luchina C, Bonet J. (1998) “Psiconeuroinmunoendocrinología” . Vertex, vol VI -175-177. Rev. Arg. de Siquiatría
- Besedovsky H, (1992), “ Neuroendocrinology” NI 13: 61 - 94, ABBAS AK.
- Inmunología celular y molecular. Tercera edición – 1998
- Revista de la carrera de licenciatura de enfermería de la UNNE Pag. 123 <http://recursos.cnice.mec.es/biosfera/alumno/3ESO/salud/contenido16.htm>
- Beatriz Gómez González, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México monografía
- Ader R., Felten DL, y Cohen N. Eds. Psiconeuroinmunología, segunda Edición, Nueva York: Academia Press, 1991: Pag. 3-25.
- Yanet Pintado Machado, (2010). Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos “Dr. Raúl Dorticós Torrado”, Cuba Pag.89
- Manual de diagnóstico médico internacional CIE 10
- Rivas M. Navarro. (2008). procesos cognitivos y aprendizaje significativo, Editorial BOCM Madrid España, pag. 21



- Revista de Terapia Cognitivo Conductual nº 13 | Julio 2007
- Alvarez,R. (2011), República bolivariana de Venezuela, revista de la universidad nacional experimental Simón Rodríguez.
- Centre Londres 94. Modelo cognitivo conductual. Teoría del aprendizaje. mailxmail - Cursos para compartir lo que sabes.
- Marcus EM.(1994). Una introducción a las neurociencias. Baltimore: William &Wilkins;
- Armando Luis Morera Fumero y J. L. González de Rivera (1983). Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica,
- GONZALEZ DE LA RIVERA, J.L.: (1980), Estrés, homeostasis y enfermedad. En Manual de Psiquiatría, segunda Edicon pág. 771-782. Editorial. Karpos, Madrid.
- Frances Cohen. (2001), Personalidad, Estrés y el Desarrollo de Enfermedades Físicas. University of California, San Francisco. Pag. 18
- Juan, E. (2003) Evaluación psicológica y calidad de vida en el paciente oncológico.
- En Gutiérrez y cols (2003) Instrumentos de evaluación en psicología de la salud: Madrid: Alianza Editorial. Cap. 6 pags 183 – 208
- Psic. Silvia Russek. 2007. Maestría en Terapia de Pareja. Relación entre estrés y algunas enfermedades.
- Rivier C: Neuroendocrine effects of cytokines in the rat.Rev Neurosci, 4: 223-237, 1993.
- Ledoux J: The Emotional Brain. The Mysterious Under- pinnings of Emotional Life. Simon & Schuster, Nueva York, 1996.
- Schlechte JA, Sherman B: Lymphocyte glucocorticoid receptor binding in

depressed patients with hypercortisolaemia. Psychoneuroendocrinology

- Eichenbaum H:(2001), Conscious awareness, memory and the hippocampus. Nature Neuroscience, Vol. 2, No. 9, pp. 775-776.
- Arehart-Treichel J: (2000), Stress more toxic to brain than researchers thought. Psychiatric News, Mayo 19, 2000
- Bremner JD: (1999) Does stress damage the brain? Biol Psychiatry, 45:797-805.
- MUSSELMAN DL, NEMEROFF CB: Adrenal function in major depression. The endocrinologist, 5:91-96, 1995.
- Barriga, S., León, J.M., Martínez, M.F. y Jiménez, I.F., Psicología de la salud. Aportaciones desde la Psicología Social. Sevilla. Sedal.
- Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (1993). Modificación de conducta y salud. Madrid. Eudema.
- Pelechano, V., Botella, C., Blanco-Picabia, A., Belloch, A., Echeburúa, E., Gil-Roales, J. y Luciano, M.C., Psicología Clínica y/o de la Salud. Valencia. Promolibro.
- Rodríguez, J. y García, J. (1996). Psicología Social de la Salud. En J. L. Alvaro, A. Garrido y J.R. Torregrosa, Psicología Social Aplicada (pp. 352-380). Madrid: McGraw-Hill.
- Rodríguez Marín, J. (1995). Psicología Social de la Salud. Madrid. Síntesis.
- <http://www.juntadeandalucia.es/averrores/recursos/area-salud.php3>
- <http://www.xtec.es/~imarias>
- <http://www.educacionparalasalud.com/index1.htm>
- revistas.um.es > Inicio > Vol 28, Núm 3 (2012) Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. Revista

Cubana de salud pública, 29(3), 275-281.

- Rodríguez-Marín J. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis-Psicología; 1995:176-180.
- Francisco Javier Galego, Fases De Adaptacion A La Enfermedad Terminal, 2008
- Cazau, Pablo - Diccionario de Psicologia Social. Pag. 17
- Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promot Int 2008; 23:19
- Helena Espinosa, Promoción de la salud, editorial médica panamericana. S.A, Bogota Colombia, 2002 Helena Espinosa, Promoción de la salud, editorial medica panamericanas. S.A, Bogota Colombia, 2002
- MINISTERIO DE SALUD. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el sistema general de Seguridad Social, Santafé de Bogotá: 2008 p.18.
- Grau J, Chacón M. La muerte y las actitudes ante la muerte. Una revisión. La Habana: INOR, 2001.
- Fernández C, Pérez M. Manual de psicología de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide, 1998.
- Oblitas, L. (2007). Enciclopedia de psicología de la salud. Bogotá: PSICOM
- Rodríguez-Marín J. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis-Psicología; 1995:176-180.
- Esteve M, Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. Med Clin (Barc) 1997; 108: 458-9.
- PATRICK, D., Erickson P. (1993). Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. Oxford University Press. New York
- Bayés, R. (1994). Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad. Cuadernos de Medicina Psicosomática 30:28-34.

- Badía X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. Med Clin (Barc) 1998 pag. 550
- BALTES PB, REESE HW and NESSELROADE JR. Métodos de investigación en Psicología Evolutiva: Enfoque del ciclo vital. Morata, Madrid. 1981
- Delgado Méndez L, Rodríguez Calzadilla A, Sosa Rosales M, Felipe Alfonso A. Estado de salud bucal de la población cubana, 1995. Dirección Nacional Estomatología. MINSAP. Rev Cubana Estomatol 1999 pag. 29.
- Flanagan, J. C. (1982). Measurement of quality of life: Current state of the art. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 63, 56-59
- Dueñas N. “psicología de la salud”, revisión bibliográfica. 10ma edic. bvs.sld.cu/revistas/mciego/docencia/psicologia_salud/.../pagina01.html
- Nigenda G, Mora G, López A, Núñez E: La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: El dilema entre regulación y tolerancia. Salud Pública de México vol.43 no.1 Cuernavaca, versión impresa ISSN 0036-3634, México (2001).
- Ebrí B, La medicina del siglo xxi, Revista Arbil N°104
- Rodríguez Marín; Ángeles Pastor; Sofía López: (1993). Departamento de Psicología de la Salud (Universidad de Alicante) pa, 355
- GÓMEZ GÓMEZ Francisco Escuela de Trabajo Social; Universidad Complutense de Madrid Pa:5-22
- OVIERO Anastasio: Psicología Social y Salud Universidad De Oviedo Pa; 37-38-146-147
- SALGADO LEVANO Cecilia Ana: Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación del Rigor Metodológico y Retos: Universidad de San Martín de Porres Pa 71
- SALAVERRY Olga M: Psicología en la Salud Pa:84-85-86-91-92-93

- CORBERA E, Marañón R : Tratado de Biodescodificación, Instituto Español De Biodescodificación (2012) Pa, 6-7-14
- American Psychiatric Association. (1996). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV-TR. Cuarto rev. ed. Washington, DC:
- Cole, (1998). Psicoterapia con el paciente con dolor crónico Usando Desarrollo Coping Skills: Estudio de Resultados. Journal of Occupational Health Psychology, Vol. 3, 217-226.
- GUIC S, Rebolledo. (2002). Contribución de factores psicosociales a la cronicidad del dolor lumbar. Rev. méd. Chile, vol.130, no.12, p.1411-1418.
- Hurley, Dusoir, McDonough, Moore, Linton, y Baxter. (2000). Cuestionario de detección biopsicosocial para los pacientes con dolor de espalda baja: informe preliminar de la utilidad en la práctica de la fisioterapia en el norte de Irlanda. Clínica Journal of Pain, 16, 214-228.
- Latorre Postigo, J. M. (1994). Psicología de la Salud "Tratamiento Psicológico del Dolor". Buenos Aires: Libris.
- Loeser, JD, Butler, SD, Chapman, CR, y Turk, DC (2001). Bonica gestión del dolor (3ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Martín M. GEMAT II. (1996a): Nuevo Sistema evaluativo Del dolor y la discapacidad. Rev. Soc. Ven. Esp. Dol. 1, Suplemente DEDICADO AL III Congreso Internacional de la Sociedad Española del Dolor,1-5.
- Muñoz, E. (2002). Modelo Multidimensional de Dolor Crónico, Epistemología, Proceso Psicodiagnóstico y Terapéutica. El Dolor, Año 11, N° 39, p. 22-29
- Roca Perara MA, Pérez Lazo de la Vega M. Apoyo sociales: su significación para la Salud Humana. La Habana: Editorial "Félix Varela", de 1999.
- Viñas Poch F, Caparrós Caparrós B. afrontamiento del Periodo de Exámenes y sintomatología somática autoinformada En Un Grupo de Estudiantes



Universitarios. Revista Electrónica de Psicología. 2000

- Lázaro RS, Folkman S. Estrés Y Procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, 1986.
- Rodríguez Marín J. Psicología Social de la Salud. Madrid: Editorial Síntesis, 1996.
- González Barrón R, Montoya Castilla I, Casullo MM, Bernabéu Verdú J. Relación Entre Estilos y Estrategias de afrontamiento y Bienestar Psicológico en Adolescentes. Psicothema. 2002; 14 (2) :363-8.
- Almerud, S., Petersson, K. (2003). Music therapy-a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients. Intensive Crit Care Nurs, 19, 21-30.
- Arés, P.M. (1999) ¿En qué tiempo puede cambiarse la mente de un niño? (pp. 68-73) La Habana: Editora Abril.
- Arés, P. (2003). La intervención familiar en las actuales realidades sociales. Rev Cub Sexología y Soc, 9, 21.
- Arés, P. (2007). Importancia de la familia. Conferencia ofrecida en el Evento Provincial de Psicología. Psico-Cienfuegos. 15,16 y 17 de febrero. Cienfuegos. Cuba.
- Barsky, A.J. (2006). Aspectos psiquiátricos y del comportamiento en las enfermedades cardiovasculares. En Braunwald, E., Douglas, Z., Libby, P. Braunwald's Cardiología. El libro de la medicina cardiovascular (t. 3 pp.2764-84). Boston, Massachusetts.
- Bascuñán, M.L. (2005). Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. Rev. Méd. de Chile, 133, 693-8.
- Carrillo, R., Carvajal, R., y Villaseñor, P. (2004). La etapa terminal de la vida en la unidad de terapia Intensiva. Revista de la Asociación Mexicana de

medicina crítica y terapia intensiva. 18, 6, 173-91.

- Celis-Rodríguez, E., Besso, J., Birchenall, C., De la Cal, M.A., Carrillo, R., Castorena, G., Ceraso, D., Dueñas, C., Gil, F., Jiménez, E., et al. (2007). Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgésia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Medicina Intensiva*, 31.
- Freedman, N.S., Kotzer, N., Schwab, R.J. (1999). Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med*, 159, 4 Pt 1, 1155-62.
- Gabor, J.Y., Cooper, A.B., Crombach, S.A., Lee, B., Kadibar, N., Bettger, H.E., Hanly, P.J. (2003). Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. *Am J Respir Crit Care Med*, 1, 167, 5, 708-15.
- Gabor, J.Y., Cooper, A.B., Crombach, S.A., Lee, B., Kadibar, N., Bettger, H.E., Hanly, P.J. (2003). Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. *Am J Respir Crit Care Med*, 1, 167, 5, 708-15.
- Beck, AT, Rush, AJ, Shaw, BF, y Emery, G. (1979). *La terapia cognitiva de la depresión*. Nueva York: Guilford.
- D'Zurilla, J. T., y Goldfried, M. R. (1971). Resolución de problemas y modificación de conducta. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Heim E., Augustiny, KF, Shaffner, L., & Valach, L. (1993). Hacer frente a la mama cáncer con el tiempo y la situación. *Revista de Investigación Psicosomática*, 37, 523 - 542.
- Centeno Cortés C, Núñez Olarte JM. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 744-750.



- Smith TJ, Swisher K. Telling the truth about terminal cancer. JAMA 1998; 279: 1746-1748.
- Rubiales AS, Martín Y, del Valle ML, Garavís MI, Centeno C. Información al enfermo oncológico
- Sardell AN, Trierweiler SJ. La revelación de diagnóstico de cancer. Procedimientos que influyen esperanza paciente. Cancer 1993; 72: 3355-3365.
- Gracia Guillén D. Ética y cáncer. En: DíazRubioE, García-Conde J (editores). Oncología clínica básica. Madrid: Arán Ediciones, S.A.; 2000. p.
- Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Ministerio de Sanidad, Madrid, 2005.
- Castro Beiras A. Enfermedad cardiovascular en la mujer. Masson: Barcelona 2000.
- Sánchez-Segura M, González-García R M, Marsán-Suárez V, Macías- Abraham C. Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. Rev Cubana Hematol Inmunol Med Transf 2006; 22(3). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol22_3_06/hih02306.html.
- Sánchez M, Cruz C. Roseta halogénica: su aplicación en pacientes sometidos a estrés agudo. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter 1991;7:88-92.
- Bayés R. Modulación psicológica de la respuesta inmunológica. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter 1988;4:7-29.
- Aroche AR, Obregón AGS, Alfonso GM, Padrón SKM. Aterosclerosis coronaria en pacientes tratados con intervencionismo percutáneo. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias 2006. Número especial URGRAV 2006. disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/113>

- LAHAM, M., "Estudio comparativo sobre factores de riesgo psicológico en cardíacos y pacientes de otras enfermedades" 1990.
- LAHAM, M., Escuchar al corazón, psicología cardíaca, actualización en Psicocardiología. Ed. Lumiere, Buenos Aires, 2006.
- RODRIGUEZ T, Gonzalez C, Falcon A. Necesidad estrategica de la comprension de las emociones en la terapeutica cardiovascular. Junio/04/2007.
- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation.

Guidelines for Cardiac Rehabilitation Programs. Human Kinetics Books, Illinois, 1995 p 10-17.

- Revista No. 13 - ISSN 1870-2104
- Velasco, S., Ruiz, M., & Álvarez-Dardet, C. (2006). Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica salud pública: De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Revista española de, 80(4), 317-333.
- Arieti. S. y Bemporad. J. (1993). Psicoterapia de la depresión. México: Paidós.
- Benkert, O. (1981). Reconocimiento del Síndrome Depresivo. Alemania: Hoelchst.
- Cano, F., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Actas Españolas de Psiquiatría, 35 (1), 29-39.
- Fernández, A. y López, I. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. International Journal of Clinical and Health Psychology, 6 (3), 635-645.
- Figueroa, M. I., Contini, N., Betina, L. A., Levín, M. y Estévez, S. A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). Anales de Psicología, 2 (1), 66-72.



- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middleaged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Fraguera, G. A., Luengo, M. A., Romero, T. E., Villar, T. P. y Sobral, F. J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (6), 581-597.
- Gonzáles, B. R., Montoya, C. I., Casullo, M. M. y Bernabéu, V. J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14 (2), 363-368.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca.