

Manual de psicología de la salud

Isaac Amigo Vázquez

PIRÁMIDE

Manual de psicología de la salud

ISAAC AMIGO VÁZQUEZ
CATEDRÁTICO DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Manual de psicología de la salud

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Isaac Amigo Vázquez, 2012
© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2012
Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es
Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
ISBN digital: 978-84-368-2818-4

Vida honesta y arreglada,
usar de pocos remedios,
no reparar en los medios
de no alterarse por nada,
ejercicio y diversión.
No tener nunca aprensión,
salir al campo algún rato,
poco encierro, mucho trato
y continua ocupación.

Consejos para mantener la salud
FRAY GREGORIO DE SALAS
Clérigo extremeño (siglo XVIII)

Índice

Presentación 17

PARTE PRIMERA
Conceptualización de la psicología de la salud

1. La psicología de la salud 21

1. Aproximación histórica a los conceptos de salud y enfermedad 21
   1.1. La relación mente-cuerpo 21
   1.2. El modelo biomédico 22
   1.3. Hacia una nueva conceptualización de la salud y la enfermedad 23
      1.3.1. El modelo biopsicosocial 24
2. El nacimiento de la psicología de la salud 24
   2.1. Delimitación disciplinaria 26
      2.1.1. Medicina psicosomática 26
      2.1.2. Psicología médica 26
      2.1.3. Medicina conductual 27
      2.1.4. Psicología clínica 28
   2.2. La práctica profesional de la psicología de la salud 28

2. Aspectos teóricos y estrategias de intervención para la modificación de las conductas de salud 31

1. Hábitos saludables 31
2. Los obstáculos en el camino de la prevención 33
   2.1. Actitudes y pautas culturales 33
   2.2. La naturaleza de los hábitos saludables 34
   2.3. El sistema sanitario y los cambios en las recomendaciones sobre la salud 34
   2.4. La orientación de la psicología clínica 34
3. La conducta de salud y sus determinantes 35
   3.1. El contexto social 35
   3.2. La percepción del síntoma 35
   3.3. Los estados emocionales 35
   3.4. Las creencias sobre la salud 36

© Ediciones Pirámide

4. Aproximaciones teóricas al concepto de conducta de salud 36
4.1. El modelo de la creencia sobre la salud (MCS) 36
4.2. El cambio de actitud como estrategia de prevención 37
4.2.1. Campañas informativas 37
4.2.2. Apelaciones al miedo 38
4.2.3. Cambio de actitud y cambio de conducta 39
4.3. El enfoque conductual 39
4.3.1. El problema de la recaída 40
5. Aplicaciones de los enfoques teóricos 40
5.1. Las recomendaciones del médico 40
5.2. Las campañas en los medios de comunicación 40
5.3. La promoción de la salud en la escuela 41
5.4. La promoción de la salud en el lugar de trabajo 42
5.5. Grupos de autoayuda 43
5.6. Programas comunitarios 43
5.7. Conclusiones 44

PARTE SEGUNDA
Conducta y salud

3. Control del peso, dietas y trastornos alimentarios 47

1. Introducción 47
2. Mecanismos de regulación del peso 47
2.1. El *efecto suelo* de las dietas 48
2.2. El *efecto techo* de la sobrealimentación 48
2.3. El concepto de *setpoint* y el ponderostato 49
2.4. Cálculo del gasto energético 49
3. ¿Es la obesidad un riesgo para la salud? 52
3.1. El sistema de medida y el grado de obesidad 52
3.2. La distribución de la grasa en el cuerpo 53
3.3. Las fluctuaciones de peso 54
4. Las dietas 54
4.1. El mantenimiento de la pérdida de peso 56
4.2. El efecto de las dietas yo-yo 57
4.3. Fármacos y cirugía 58
4.4. Atracones y sobrepeso 59
5. Trastornos de la conducta alimentaria 60
5.1. La anorexia nerviosa 60
5.1.1. El abordaje de la anorexia nerviosa 63
5.2. La bulimia 64
5.2.1. La lógica de la bulimia 66
5.2.2. La intervención en la bulimia 67
5.3. El trastorno por atracón 68
5.3.1. La intervención en el trastorno por atracón 69
6. Programa para la prevención de la anorexia y la bulimia 70
6.1. Objetivos del programa 70
6.2. Características del programa 70
6.3. Descripción del programa sesión por sesión 70

© Ediciones Pirámide

4. Ejercicio físico 73

1. Ejercicio físico y adaptación 73
2. Efectos saludables del ejercicio físico 73
   2.1. Sistema cardiovascular 74
   2.2. Cáncer 77
   2.3. Ansiedad 78
   2.4. Depresión 79
   2.5. Control de peso 81
   2.6. Otros beneficios 83
3. Riesgos del ejercicio físico 84
4. La enseñanza de la educación física 86

5. Alcohol 87

1. Introducción 87
2. Los beneficios del alcohol 88
3. Los peligros del alcohol 90
4. ¿Es el alcoholismo una enfermedad?: implicaciones en la prevención 91

6. Tabaco 95

1. El consumo de tabaco 95
2. Tabaco y enfermedad 95
   2.1. Enfermedades cardiovasculares 96
   2.2. Cáncer 96
   2.3. Envejecimiento de la piel 97
   2.4. Impotencia 98
   2.5. Otros efectos del tabaco 98
3. El fumador pasivo 98
4. Los beneficios del abandono del tabaco 99
5. Programa multicomponente para dejar de fumar 100
   5.1. Estructura 100
   5.2. Desarrollo del programa 100
6. Prevención del tabaquismo 102
7. Programa para la prevención del abuso de sustancias 102
   7.1. Objetivos del programa 102
   7.2. Características del programa 102
   7.3. Descripción del programa por componentes 103

PARTE TERCERA
Conducta y enfermedad

III.1. El papel del estrés en el desarrollo de la enfermedad

7. Estrés 111

1. Delimitación conceptual 111
2. Rutas psicofisiológicas del estrés 113
   2.1. El sistema nervioso autónomo 113
   2.2. El sistema hipotalámico-hipofisario-suprarrenal 114

© Ediciones Pirámide

3. Estrés y enfermedad 115
3.1. Estrés y sistema cardiovascular 115
3.2. Estrés y sistema gastrointestinal 116
3.3. Estrés y sistema endocrino 117
3.4. Estrés y sistema inmunitario 118
3.5. Estrés y sexualidad 118
3.6. Estrés y estados emocionales 121
3.7. Estrés y conducta de enfermedad 122
4. ¿Qué hace a una situación estresante? 122
4.1. La impredecibilidad de los acontecimientos 122
4.2. La incontrolabilidad de los acontecimientos 123
4.2.1. El *burn out* o el síndrome de estar quemado en el trabajo 124
4.3. La falta de apoyo social 126
4.4. Los eventos vitales estresantes 129
4.5. El modo de afrontar la situación 131
5. Técnicas para el control del estrés 134
5.1. Técnicas de relajación muscular 134
5.2. Técnicas de biofeedback 135
5.2.1. Los cinco tipos de biofeedback más utilizados 136
5.3. Las diversas formas de la meditación trascendental 137
6. El estrés saludable 138

III.2. El dolor como problema central de los trastornos psicofisiológicos

8. Dolor crónico 143

1. Caracterización del trastorno 143
2. Teorías explicativas del dolor 144
3. Conducta de dolor 146
4. Evaluación psicológica del dolor crónico 147
4.1. La entrevista 148
4.2. Procedimientos de autoinforme y cuestionarios 148
5. Tratamiento del dolor crónico 149
5.1. Tratamiento farmacológico 149
5.2. Tratamientos psicológicos 150
5.2.1. Técnicas operantes 150
5.2.2. Técnicas de relajación muscular 151
5.2.3. Técnicas cognitivo-conductuales 152
5.2.4. La terapia de aceptación y compromiso 153
5.2.5. Conclusiones 157

9. Cefaleas 159

1. Caracterización del trastorno 159
2. Clasificación de los dolores de cabeza 160
2.1. Cefalea tensional 160
2.2. Migrañas 160
2.3. Cefalea por sobreabuso de medicación 161
3. Mecanismos explicativos del dolor de cabeza 162
4. Evaluación psicológica del dolor de cabeza 163

© Ediciones Pirámide

5. Tratamientos del dolor de cabeza 164
5.1. Tratamiento farmacológico 164
5.1.1. Cefalea tensional 164
5.1.2. Migraña 164
5.2. Tratamiento dietético 164
5.3. Tratamientos psicológicos 165
5.3.1. Entrenamiento en relajación y biofeedback 165
5.3.2. Entrenamiento en asertividad 166

10. Placebo 169

1. Introducción 169
2. Definición 170
3. Características del efecto placebo 171
4. Variables que modulan el efecto placebo 172
4.1. La conducta del profesional de la salud 172
4.2. Las características del paciente 172
4.3. La comunicación médico-paciente 173
4.4. Determinantes contextuales del efecto placebo 173
4.5. El marco cultural y el efecto placebo 173
4.6. La generalidad del efecto placebo 174
5. Mecanismos explicativos del efecto placebo 174

III.3. Enfermedades crónicas: prevención y tratamiento

11. Enfermedades cardiovasculares 179

1. Caracterización del trastorno 179
2. Variables psicológicas como factores de riesgo en las enfermedades cardiovasculares 180
2.1. Del patrón de conducta tipo A a la hostilidad y la ira 180
2.2. Ansiedad 180
2.3. Depresión 181
3. Hipertensión esencial 181
3.1. Factores de riesgo 182
3.1.1. Obesidad 182
3.1.2. Consumo de sal 183
3.1.3. Alcohol 183
3.1.4. Sedentarismo 183
3.1.5. Variables psicológicas 183
3.1.6. Estrés 184
4. Evaluación de la presión arterial 185
4.1. La medida manual de la presión arterial 185
4.2. Métodos de medición automática de la presión arterial 185
4.3. La medida ambulatoria de la presión arterial (MAPA) 185
5. La hipertensión de bata blanca o hipertensión clínica aislada 185
5.1. Caracterización de la hipertensión de bata blanca 186
5.2. Presión arterial y condicionamiento clásico 186
5.3. Implicaciones clínicas 187
6. Tratamiento de la hipertensión arterial 188

© Ediciones Pirámide

6.1. Tratamiento farmacológico 188
6.2. Tratamientos psicológicos 188

12. Síndrome del intestino irritable 191

1. Caracterización del trastorno 191
2. Sintomatología 191
3. Etiología 192
4. Tratamientos del síndrome del intestino irritable 193
   4.1. Tratamientos médicos 194
   4.2. Tratamientos psicológicos 194
      4.2.1. Hipnosis 194
      4.2.2. Biofeedback 195
      4.2.3. Entrenamiento en el manejo del estrés 195
      4.2.4. Manejo de contingencias 196
5. Intervención comportamental en el síndrome del intestino irritable 197
   5.1. Evaluación conductual y análisis funcional 197
   5.2. Tratamiento conductual 198
   5.3. Estudio de un caso clínico 199

13. Asma bronquial 203

1. Caracterización del trastorno 203
2. Tratamiento médico 204
3. El papel de los factores psicológicos en el asma 204
   3.1. Variables cognitivas 204
   3.2. Variables emocionales 205
   3.3. Variables conductuales 206
4. Evaluación de las variables psicológicas relevantes en el asma 206
   4.1. La entrevista en el asma 206
   4.2. Listado de Problemas Conductuales en el Asma 207
   4.3. Encuesta de Actitud sobre el Asma 207
   4.4. El autorregistro del asma. 207
5. El manejo de los factores psicológicos que contribuyen al asma 207
   5.1. Corregir creencias erróneas sobre el tratamiento del asma 208
   5.2. Conocer las condiciones que desencadenan y agravan el asma 208
   5.3. Reconocer los signos tempranos de la crisis y saber responder a ellos 208
   5.4. Aprender técnicas de relajación y respiración abdominal 209
6. Programas de automanejo 209

14. Cáncer 211

1. Caracterización del trastorno 211
2. Factores de riesgo del cáncer 213
3. Sintomatología 216
4. Tratamiento médico 216
5. Estilos de afrontamiento del cáncer 217
6. Intervenciones psicológicas en el cáncer 219
   6.1. La comunicación de la información sobre la enfermedad 219
   6.2. Intervención psicológica sobre los efectos negativos de la enfermedad y del tratamiento..... 220
   6.3. Terapia de grupo 223

© Ediciones Pirámide

6.4. Terapias psicológicas para la prevención del cáncer y recidiva de la enfermedad 223

Anexo I. Preguntas sobre Psicología de la Salud recogidas en las últimas convocatorias de los exámenes PIR (Psicólogo Interno Residente) 225

Anexo II. Respuestas a las preguntas de Psicología de la Salud recogidas en las últimas convocatorias de los exámenes PIR (Psicólogo Interno Residente) 231

Anexo III. Propuesta de prácticas 233

Bibliografía 235

© Ediciones Pirámide

Presentación

Transcurridos catorce años desde la primera edición del *Manual de psicología de la salud* en 1998, en esta cuarta edición se ha tratado de ajustar sus contenidos a los cambios docentes y académicos que Bolonia supone. La reducción del número de horas de clases presenciales, junto con el incremento de horas de prácticas y tutorías grupales, conlleva un cierto cambio en el abordaje de la asignatura tanto por parte del alumno como del profesor. Esta edición pretende adaptarse a esta nueva situación. Para ello ha sido necesario reducir los contenidos que se recogían en ediciones anteriores a través de un mayor esfuerzo de síntesis. No se debe olvidar que la asignatura ya no es anual sino semestral. Además, las horas de prácticas han aumentado y ahora es necesario contar con un esquema de trabajo para plantear en clase diversas actividades que pongan en marcha los contenidos teóricos. En el anexo III se proponen cinco tipos de prácticas que se podrían incorporar al desarrollo de la asignatura. Pero también hay que tener en cuenta que la temática de la Psicología de la Salud viene teniendo en la oposición PIR (Psicólogo Interno y Residente) una presencia cada vez más significativa en los últimos años. En los anexos I y II se recogen preguntas que se formularon en las últimas convocatorias y que pueden ser contestadas a través de este manual.

De acuerdo con todo ello, el manual se estructura en tres partes fundamentales: *Conceptualización, Conducta y salud y Conducta y enfermedad.* Dentro de la primera, se intenta una aproximación histórica y conceptual a esta disciplina. Se enfatizan también los puntos de intersección con otras áreas de la psicología.

En la segunda parte de este libro se aborda la relación entre conducta y salud. Se trata, por un lado, de presentar los aspectos teóricos y técnicas de intervención en los que basarse para el desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por otro, analizar los factores de riesgo cuya corrección, a través de comportamientos adecuados, resultan fundamentales para conseguir ese estado de bienestar físico y psicológico que se suele denominar salud. En este sentido, se resalta, paradójicamente, cómo determinadas creencias y prácticas de salud (nutricionales o de ejercicio físico) resultan iatrogénicas.

La tercera parte, conducta y enfermedad, se inicia con un tema dedicado a explicar el papel que el estrés tiene en el desarrollo de la enfermedad. Los tres temas siguientes, el dolor crónico, las cefaleas y el placebo, se han incluido en un bloque dedicado al dolor. El estudio del placebo es muy interesante en este punto porque éste es su ámbito de aplicación por excelencia. El siguiente bloque, dentro de este apartado, se refiere a las posibilidades de prevención y tratamiento de enfermedades crónicas muy prevalentes (la hipertensión esencial, el síndrome del intestino irritable, el asma y el cáncer) que implican cambios sustanciales en el estilo de vida de las personas que las sufren.

Finalmente, los autores agradeceríamos cualquier comentario o sugerencia sobre el texto con el compromiso adquirido de responder a los mismos. Para tal fin estaría a disposición del lector el e-mail: «amigo@uniovi.es»

Oviedo, julio de 2012.

ISAAC AMIGO VÁZQUEZ

© Ediciones Pirámide

PARTE PRIMERA
Conceptualización de la psicología de la salud

La psicología de la salud 1

1. APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LOS CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD

El nacimiento de la *psicología de la salud* habría que situarlo en un contexto en el cual, a pesar de los espectaculares avances que se han vivido dentro del campo de la medicina y la farmacoterapia, se ha puesto de relieve que la salud no es sólo cuestión de una tecnología que permita reparar los sistemas biológicos del organismo cuando estos fallan, sino que ésta también depende de todo aquello que la persona puede hacer para prevenir la enfermedad y promover el bienestar. En este mismo sentido, la OMS (1948) ya definió la salud no sólo como ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico y psicológico.

A lo largo de la historia y en todas las culturas, siempre se han reconocido y enseñado comportamientos muy distintos y a veces contradictorios para potenciar la salud. Baste pensar, por ejemplo, en los cambios en las recomendaciones dietéticas que se han efectuado en el mundo occidental en las últimas décadas en relación al valor nutricional de determinados alimentos.

Esas recomendaciones sobre lo que hay hacer para llevar un estilo de vida saludable, vienen determinadas, en gran medida, por el modo en que cada cultura ha entendido la relación mente-cuerpo. Dicha relación, a lo largo de la historia de las civilizaciones, ha ido balanceándose desde una perspectiva holística a una visión dualista. La primera, que supone asumir que el ser humano es un todo indisociable mente-cuerpo diferente de la mera suma de esos elementos, suele conllevar un énfasis en lo que la persona puede hacer para mantener su salud, tal como ocurrió en Grecia y en China o como en la actualidad propone el modelo biopsicosocial de la salud. Por el contrario, el dualismo implica una visión de la salud como algo que viene dado y en la que se pone menos énfasis en la importancia de los comportamientos saludables que en los tratamientos de las enfermedades, tal como en la actualidad se desprende del modelo biomédico.

1.1. La relación mente-cuerpo

Un breve repaso a la historia nos permitirá observar cómo el modo de entender la salud que propone la psicología de la salud está esbozado formalmente en culturas muy distintas a la nuestra. En la antigua Grecia se consideraba que la mente y el cuerpo estaban esencialmente unidos, de tal manera que se influían mutuamente. Hipócrates es, probablemente, el mejor representante de esa tradición. La salud, según él, era la resultante de un estado de armonía del individuo consigo mismo y con el exterior, mientras que la enfermedad devenía de la ruptura de esa armonía por causas naturales. Dentro de dichas causas no sólo incluía las de naturaleza biológica, sino también las relativas al comportamiento del individuo y su «personalidad». Mucho antes, en China, también se desarrolló una concepción naturalista de la salud. Esta aproximación evolucionó de un modo independiente a las nociones desarrolladas en el mundo occidental. El con-

© Ediciones Pirámide

cepto clave es el balance de fuerzas. La enfermedad aparece cuando se rompe el balance de esas fuerzas opuestas, por ejemplo, cuando el cuerpo sufre mucho calor o mucho frío, o cuando se sufre un acontecimiento emocional o se produce un desequilibrio en la dieta. Desde esta perspectiva, mente y cuerpo están indisolublemente unidos y la salud física se ve decisivamente influida por las emociones y conductas de las personas. Esta visión sigue vigente aún hoy en día en la medicina china actual (Pachuta, 1989).

Durante la Edad Media se produjo un giro en esta concepción naturalista de la salud en el mundo occidental hacia una visión dualista del ser humano según la cual, dentro de cada persona, hay un espíritu eterno que vive dentro de un cuerpo finito. Este enfoque espiritualista se hizo cada vez más dominante debido al poder creciente de la Iglesia Católica en todos los ámbitos de la sociedad en esa época. Su influencia en la práctica médica era tal que, en el año 1139, el Papa Inocencio II dictó una norma por la que prohibía a los sacerdotes dispensar medicina, con objeto de que se dedicaran más intensamente a las prácticas propias de su ministerio (Shelton, Anastopoulos y Elliot, 1991). La enfermedad era vista como el resultado de la violación de una ley divina y la curación como resultado de la fe y arrepentimiento del pecado. Esto es, el pecado sería el patógeno y la absolución la terapia.

Durante el Renacimiento se recuperó una cierta conceptualización de la enfermedad en términos naturalistas. Durante este período, se vivió un renovado interés por el estudio de las ciencias, fruto del cual fueron, por ejemplo, el desarrollo del microscopio o la realización de autopsias. Sin embargo, «esta visión holística del fenómeno salud-enfermedad, empieza a cobrar influencia en el pensamiento médico como un residuo ancestral notablemente desnaturalizado. Será durante el Renacimiento cuando tenga lugar el hecho que cambió la historia de la medicina y posibilitó la aparición, consolidación y absoluta primacía del modelo biomédico» (Gil Roales-Nieto, 1996).

Efectivamente, el modelo biomédico tuvo su fundamento doctrinal en el dualismo mente-cuerpo y la teoría que quizá mejor la representó fue la de René Descartes (1596-1656). Descartes planteó que lo físico y lo espiritual son dos realidades separadas; mientras que el cuerpo pertenecería a la realidad física, la mente sería una realidad espiritual. De acuerdo con esta visión, el cuerpo sería como una máquina que podría ser analizada en términos de sus partes constituyentes y entendida, así, en términos mecánicos. La enfermedad sería, entonces, el resultado del fallo de algún elemento de la máquina y, al igual que haría un mecánico, el trabajo del médico sería el de diagnosticar dicho fallo y reparar la maquinaria. Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad pasan a ser vistas como una cuestión meramente bioquímica, omitiéndose la importancia de los factores sociales o psicológicos. Este planteamiento dualista, que con el tiempo ha llegado a ser dogma oficial de la naturaleza humana (Ryle, 1949), fue admitido muy prontamente por la Iglesia Católica, ya que el avance científico dejaba de ser un peligro para sus dogmas y para el poder social que ejercía. El espíritu y la mente pasaban a ser entendidos como algo inmaterial, no sujeto a las leyes del mundo físico a las que estaba sometido el cuerpo. Esta perspectiva de la realidad tiene su expresión en la actualidad en el llamado modelo biomédico.

No obstante, se debe subrayar que este modelo de la enfermedad ha reportado (dejando al margen sus problemas, que veremos más adelante) grandes beneficios a la humanidad. Así, por ejemplo, las enfermedades infecciosas han sido en gran medida controladas, las tasas de mortalidad han decrecido espectacularmente en el mundo occidental y la cirugía ha permitido tratar e, incluso, curar algunas enfermedades que antes resultaban fatales.

1.2. El modelo biomédico

El modelo biomédico descansa sobre dos supuestos básicos (Engel, 1977). El primero de ellos es la doctrina del dualismo mente-cuerpo, descrita en el apartado anterior, en virtud de la cual se entiende que el cuerpo es una entidad física y la mente forma parte del dominio espiritual. El segundo principio es el del reduccionismo. Se asume que todo el proceso de la enfermedad se limita a una cuestión

© Ediciones Pirámide

de reacciones físicas y químicas. Un cáncer, por ejemplo, es visto como un fenómeno de naturaleza física en el cual la proliferación incontrolada de células, fruto de una mutación genética, acabará dañando los órganos y tejidos del organismo, mientras que la reacción emocional de la persona a esa enfermedad, así como otros elementos, como la adhesión al tratamiento, que pueden ser importantes en su evolución son, generalmente, obviados. En definitiva, se aborda la enfermedad atendiendo a sus aspectos físicos, se trata un cáncer o un infarto de miocardio y no se presta atención al hecho de que detrás de ellos hay una persona cuya respuesta (personal, familiar, etc.) a ese nuevo estado va a influir en el curso de la patología.

Engel (1977) ha puesto de manifiesto algunas de las *insuficiencias* que esta perspectiva biomédica presenta a la hora de tratar la enfermedad.

En primer lugar, *el criterio fundamental para el diagnóstico de la enfermedad es la presencia de anormalidades bioquímicas*. Esto ignora el hecho documentado de que esas alteraciones bioquímicas son condiciones necesarias pero no suficientes para el establecimiento del diagnóstico. Éste sería el caso, por ejemplo, de la llamada hipertensión de bata blanca (véase capítulo 11) donde la medición de un parámetro biológico se puede mostrar insuficiente e, incluso, iatrogénico en el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión esencial. Del mismo modo que en la actualidad se discute el valor de antígeno específico de próstata (PSA) como predictor del cáncer de próstata.

En segundo lugar, *el diagnóstico del estado físico depende también, en gran medida, de la información que proporciona el paciente*. Aunque el examen físico y las pruebas de laboratorio son decisivas para identificar la enfermedad, el diagnóstico descansa, además, sobre lo que el paciente es capaz de comunicar al profesional de la salud. Así, por ejemplo, el diagnóstico de los trastornos digestivos funcionales se establece únicamente por los síntomas que el paciente refiere, una vez excluida la patología orgánica (véase capítulo 12). Por lo tanto, la exactitud en el diagnóstico también depende, en cierta medida, de la habilidad del médico para recabar información en la entrevista clínica y su capacidad para comprender los determinantes psicológicos, sociales y culturales de los síntomas presentados por el paciente.

En tercer lugar, la aproximación biomédica a la enfermedad, concentrada en el estudio de la problemática fisiológica *ignora la influencia de determinadas situaciones vitales en la salud de las personas*. La enfermedad no sólo está mediada por la susceptibilidad biológica del organismo, sino que también son decisivos en ella los eventos vitales estresantes que una la persona sufre a lo largo de su vida (véase capítulo 7).

El modelo biomédico también puede fracasar a la hora de determinar la recuperación de la salud después de la enfermedad. Se sobrentiende, en muchos casos, que la enfermedad finaliza cuando se han corregido las alteraciones fisiológicas. Sin embargo, no siempre ocurre así, tal y como queda ilustrado en el caso del dolor crónico benigno (véase capítulo 8), en el cual las consecuencias sociales pueden mantener las quejas del paciente.

Finalmente, dentro de estas críticas al modelo biomédico, Engel también señala el hecho poco reconocido de que *el resultado del tratamiento también se verá influido decisivamente por la relación médico-paciente*. Si bien desde la perspectiva biomédica el énfasis se pone en el uso de medicamentos u otras tecnologías, la interacción con el médico puede ser decisiva, puesto que de ella depende, en gran medida, la cooperación del paciente. Además, las reacciones a la conducta del médico pueden traducirse en cambios psicofisiológicos que alteran el curso de la enfermedad. En este sentido, Engel (1977) ha señalado que los requerimientos de insulina de un diabético pueden fluctuar, significativamente, dependiendo de la percepción que el paciente tiene de su relación con el doctor (véase capítulo 16).

1.3. Hacia una nueva conceptualización de la salud y la enfermedad

Ante las dificultades planteadas al modelo biomédico, diversos autores han sugerido la necesidad de formalizar una nueva conceptualización que permita comprender y controlar mejor la enferme-

© Ediciones Pirámide

dad (Jasnoski y Schwartz, 1985; Berquin, 2010). Aunque en este intento se plantean opciones con matices distintos, existe, obviamente, un gran acuerdo en la necesidad de incorporar los aspectos positivos del modelo biomédico así como sus avances técnicos y farmacológicos. Lo que se pretende es, en definitiva, superar la formulación dualista cuerpo-mente.

1.3.1. *El modelo biopsicosocial*

El modelo biopsicosocial sostiene que es el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales el determinante de la salud y de la enfermedad (Reig, 2005). De este modo, tanto los que se podrían calificar de *macroprocesos* (apoyo social, trastornos de salud mental, etc.) como los *microprocesos* (alteraciones bioquímicas) interactúan en el proceso de salud-enfermedad. Lo cual implica que la salud y la enfermedad tienen una causación múltiple y que múltiples, también, son sus efectos. El modelo biopsicosocial, además, pone en el mismo ámbito de su interés la salud y la enfermedad (frente al modelo biomédico que se ocupa fundamentalmente de la enfermedad) y sostiene que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales y no como algo que le es concedido como un don.

En el ámbito de la investigación, el modelo sostiene que para comprender los resultados en el dominio de la salud y la enfermedad, se deben tener en cuenta todos los procesos implicados y se deben tratar de medir los tres tipos de variables antes mencionadas. Si ello no se hace así y el investigador atribuye a un tipo particular de variables el protagonismo principal, se deberá sobrentender que los otros tipos de variables son condiciones necesarias para que tenga lugar el proceso. Por ejemplo, en el caso de un infarto de miocardio, si se atribuye al estrés el papel de desencadenante del mismo se está asumiendo que ciertas condiciones biológicas del organismo han sido necesarias para que este proceso ocurra (véase capítulo 7).

Para comprender el proceso de interacción de las variables biológicas, psicológicas y sociales, los investigadores, en general, han adoptado la *teoría de sistemas*. Según ésta, todos los niveles de organización en cualquier ente están relacionados entre sí jerárquicamente y los cambios en cualquier nivel afectarán a todos los demás. Por lo tanto, la salud, la enfermedad y la atención médica serían un conjunto de procesos interrelacionados que provocan cambios en el organismo y éstos, a su vez, sobre los otros niveles.

El modelo biopsicosocial conlleva, como es natural, distintas implicaciones clínicas. En primer lugar, se sostiene que el proceso de diagnóstico debería considerar siempre el papel interactivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales a la hora de evaluar la salud o enfermedad de un individuo. Por lo tanto, el mejor diagnóstico es el que se hace desde una perspectiva multidisciplinar (véase capítulo 8).

Por otra parte, el modelo también sostiene que las recomendaciones para el tratamiento deben tener en cuenta los tres tipos de variables antes mencionadas. Se trata, en definitiva, de ajustar la terapia a las necesidades particulares de cada persona, considerando su estado de salud en conjunto y haciendo aquellas recomendaciones de tratamiento que sirvan para abordar el conjunto de problemas que esa persona plantea.

En tercer lugar, el modelo biopsicosocial destaca explícitamente la importancia de la relación entre el paciente y el clínico. Se reconoce que una buena relación entre ambos puede mejorar de un modo sustancial la adhesión del paciente al tratamiento, la propia efectividad del mismo y acortar el tiempo de recuperación de la enfermedad. En definitiva, desde este modelo se insiste en la necesidad de que el clínico debe comprender, además de los factores biológicos, los factores psicológicos y sociales que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la enfermedad con objeto de abordarla adecuadamente.

2. EL NACIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En un contexto interesado por este modelo holístico de salud, surge el nacimiento formal de la

© Ediciones Pirámide

psicología de la salud (Ballester, 1998), coincidiendo ello, además, con la propuesta formulada a finales de los sesenta, de considerar la psicología como una profesión sanitaria, al reconocerse que la conducta del ser humano puede ser crucial tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad.

Básicamente, son tres las razones que se suelen plantear como causas particulares de la emergencia de la psicología de la salud. En primer lugar, desde mediados del siglo XX se asistió a un cambio en la preocupación sanitaria que se desplazó, en una medida importante, desde las enfermedades infecciosas a los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal que están ligados al estilo de vida propio de las sociedades industrializadas. El incremento de estas «nuevas» enfermedades (como el cáncer o los problemas cardiovasculares) es, en definitiva, producto de comportamientos y hábitos poco saludables o insanos, que, actuando sinérgicamente, facilitan la aparición de enfermedad.

En segundo lugar, este tipo de enfermedades crónicas, con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años, suelen conllevar una serie de cambios importantes en su estilo y calidad de vida (por ejemplo, mantener una buena adhesión a los tratamientos crónicos) a los que las personas deben adaptarse.

Finalmente, el modelo médico de la enfermedad, como ya hemos señalado, entiende la enfermedad en términos de un desorden biológico o desajustes químicos y, en definitiva, asume el *dualismo mente-cuerpo*. Esta perspectiva es, a todas luces, insuficiente, tanto para entender como para tratar los problemas de salud crónicos que han emergido con fuerza a lo largo del siglo XX.

Por todas estas razones y en pleno desarrollo de esta perspectiva emergente de los problemas de salud, la Asociación Americana de Psicología (APA) creó, en 1978, como una más de sus divisiones, la 38 concretamente, la Health Psychology (división de psicología de la salud) que al año siguiente, en 1979, publica su primer manual *Health Psychology. A Handbook* (Stone, Cohen y Adler, 1979). En 1982 también aparece la revista de esta división de la APA con el título *Health Psychology*.

Las atribuciones de esta disciplina y sus áreas de trabajo quedan descritas en la vigente, y ampliamente aceptada, definición de Matarazzo (1980, p. 815):

> «La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud».

En esta formulación de Matarazzo se recogen las cuatro líneas de trabajo fundamentales del psicólogo de la salud. En primer lugar se destaca *la promoción y el mantenimiento de la salud,* que incluiría todo el ámbito de las campañas destinadas a promover hábitos saludables. La segunda línea de trabajo la constituye *la prevención y el tratamiento de la enfermedad.* La psicología de la salud enfatiza la necesidad de modificar los hábitos insanos con objeto de prevenir la enfermedad, sin olvidar que se puede trabajar con aquellos pacientes que sufren enfermedades en las cuales tienen gran importancia ciertos factores conductuales, además de enseñar a la gente que ya ha enfermado a adaptarse con más éxito a su nueva situación o aprender a seguir los regímenes de tratamiento. En tercer lugar, la psicología de la salud también se centra en el estudio de la *etiología y correlatos de la salud, enfermedad y las disfunciones.* En este contexto la etiología hace referencia al estudio de las causas (conductuales y sociales) de la salud y enfermedad. Dentro de las mismas se incluirían hábitos tan referidos como el consumo de alcohol, el tabaco, el ejercicio físico o el modo de enfrentarse a las situaciones de estrés. Finalmente, también se atribuye como competencia de la psicología de la salud el estudio del *sistema sanitario y la formulación de una política de la salud.* En definitiva, se trataría de analizar el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales sobre el comportamiento de la población

© Ediciones Pirámide

y desarrollar recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud.

2.1. Delimitación disciplinaria

La psicología de la salud no es la única disciplina que se ha ocupado del campo antes descrito. A continuación, trataremos de puntualizar las diferencias y los puntos de encuentro que mantiene con otras disciplinas próximas.

2.1.1. *Medicina psicosomática*

La medicina psicosomática constituyó el primer intento de investigar, dentro del ámbito médico, las relaciones entre las variables psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas. El término fue acuñado en 1918 por Heinroth (Reig, 1981). Con él se quiso dar cuenta de las relaciones entre los procesos psicológicos y las estructuras somáticas. Históricamente se han descrito dos momentos en la evolución de la medicina psicosomática (Lipowski, 1986). El primero comprende entre 1935 y 1960 y se caracteriza por la notable influencia del psicoanálisis. De hecho, en esta fase, la medicina psicosomática se centró fundamentalmente en el estudio de la etiología y patogénesis de la enfermedad física desde una perspectiva abiertamente psicodinámica. Se asumía que las causas de algunas enfermedades orgánicas concretas se encuentran en ciertas características de personalidad, conflictos interpersonales y el modo de responder a dichos conflictos. Si se suma una cierta vulnerabilidad orgánica, constitucional o adquirida a la presencia de los tres factores antes mencionados, el resultado será una enfermedad específica. Según uno de sus representantes más relevantes en ese momento, Alexander (1950), las alteraciones de salud más importantes que podían considerarse de naturaleza psicosomática serían el asma, la neurodermatitis, la úlcera de duodeno, la colitis ulcerosa, la artritis reumatoide, la hipertensión esencial y la diabetes.

A partir de 1965 se observa un cambio de orientación en esta disciplina. Se abandonan progresivamente las formulaciones psicoanalíticas para explicar la enfermedad, se busca una base más sólida de conocimiento equiparable al de la medicina y se plantea la necesidad del desarrollo de técnicas terapéuticas eficaces para el tratamiento de la enfermedad psicosomática. Este cambio de orientación queda plasmado en los objetivos que, según Lipowski (1977), le corresponderían a la medicina psicosomática: 1) el estudio del papel de los factores psicológicos, biológicos y sociales en la homeostasis del ser humano; 2) una aproximación holística a la práctica de la medicina, y 3) una relación con la práctica psiquiátrica de consulta-apoyo.

A pesar de esta notable evolución, las diferencias entre la medicina psicosomática y la psicología de la salud se plantean de un modo evidente. El énfasis de la primera en la enfermedad y en el tratamiento frente al interés de la segunda en la salud y la prevención son alguno de los contrastes que se acentúan si se atiende a la metodología o a las técnicas de intervención. Al margen de su papel histórico de sensibilizar a los médicos y psicólogos hacia la interacción de las emociones y los desórdenes físicos, el interés casi exclusivo de la medicina psicosomática por el tema de la enfermedad (en detrimento de la salud), su inicial vinculación con la teoría psicoanalítica y atención limitada a un pequeño grupo de alteraciones fisiológicas, redujeron las posibilidades de esta disciplina para hacerse cargo de la temática de la salud en su sentido más amplio.

2.1.2. *Psicología médica*

La definición muy amplia y general de lo que es la psicología médica formulada, por Asken (1979), puede ilustrar perfectamente el campo diverso y disperso que se le asigna a esta disciplina. Según este autor su objetivo es:

> «... el estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, el grupo y los sistemas. La psicología médica no representa una orientación teórica particular; los problemas de la misma pueden ser conceptualizados desde cualquier orientación deseada. La psicología médica tiene,

© Ediciones Pirámide

además, como foco, todas las áreas de interés académico: investigación, intervención, aplicación y enseñanza» (p. 67).

Desde esta perspectiva dentro de la psicología médica cabría prácticamente todo. Se podría recoger en ella la medicina psicosomática en su primera etapa, se aceptaría la intervención psicológica en el ámbito médico desde posiciones teóricas distintas e, incluso, contradictorias o, simplemente, cabría el uso de técnicas psicológicas (de tipo psicométrico, por ejemplo) para el diagnóstico y evaluación de la enfermedad física. A pesar de todo ello, la psicología médica no ha podido englobar todo el ámbito de trabajo que caracteriza a la psicología de la salud ni la conceptualización del objeto de estudio de la misma. A modo de ejemplo, la psicología médica no pone en primer plano la salud como objeto de intervención y olvida, además, el papel de otras profesiones clínicas en el cuidado de la salud, subordinando el campo psicológico al médico y confundiendo el objeto de estudio con la competencia profesional (Gil Roales-Nieto, 1996).

2.1.3. *Medicina conductual*

Posiblemente, deslindar la «medicina conductual» de la «psicología de la salud» constituye el ejercicio más difícil de delimitación conceptual dentro de esta área de conocimiento, ya que hasta los años ochenta ambos términos se usaron casi indistintamente para referirse a esta nueva aproximación de tipo biopsicosocial a la salud. El término «medicina conductual» fue utilizado por primera vez en 1973 apareciendo en el título del libro *Biofeedback: Behavioral Medicine* (Birk, 1973). Se presenta este término como un sinónimo y complemento del biofeedback y se reconoce así la importancia que tuvo el biofeedback en el nacimiento de esta disciplina. No obstante, el término equivalente en el ámbito infantil *behavioral pediatrics* ya había sido empleado en 1970 en un artículo sobre los factores conductuales en la etiología y el curso de la enfermedad somática en el contexto hospitalario (Friedman, 1970).

Tal y como expresa el concepto, la medicina conductual nace como una extensión de la tradición teórica conductista, por lo cual su preocupación principal fueron las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios necesarios que habría que operar en las mismas para modificar dichas conductas. En la práctica clínica, la medicina conductual emplea las técnicas de modificación de conducta para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad física o disfunciones psicofisiológicas, además de la utilización del análisis funcional de la conducta para la comprensión de las conductas asociadas a los trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud (Pormelau y Brady, 1979, p. xii).

En este sentido, Schwartz y Weiss formularon una definición de la medicina conductual, ampliamente aceptada, en la que se recogen sus características esenciales:

> «La medicina conductual es un campo interdisciplinario ocupado en el desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, conocimiento y técnicas relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de esas técnicas y ese conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación» (Schwartz y Weiss, 1978, p. 250).

En base a esta formulación dos son las diferencias fundamentales que se pueden enfatizar entre la psicología de la salud y la medicina conductual. En primer lugar, en la medicina conductual se pone el acento en su naturaleza interdisciplinaria, frente a la psicología de la salud que se presenta como una rama de la psicología y, en segundo lugar, mientras que la medicina conductual parece centrarse en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la psicología de la salud se preocupa, especialmente, del ámbito de la promoción de la salud (Godoy, 1999).

Es por ello, quizá, que el término medicina conductual suele ser utilizado por los investigadores y clínicos que trabajan en el ámbito médico (hospitales, facultades de medicina, etcétera), mientras que el término psicología de la salud suele ser asu-

© Ediciones Pirámide